

État de stress post-traumatique chez l'enfant : sémiologie et comorbidité

S. MGHAIETH⁽¹⁾, S. OTHMAN⁽¹⁾, A. BOUDEN⁽¹⁾, M.B. HALAYEM⁽¹⁾

Post-traumatic stress disorder in children : clinical aspects and comorbidity

Summary. Introduction – Like adults, children and teenagers are increasingly confronted with threatening and traumatizing events. Clinical practice shows that serious psychological disorders may occur during these events, which frequently engenders disturbance of the adaptation of these young people. Nevertheless, research on this disorder has overlooked the young population, despite being subject to the same traumatic experiences as adults. **Aim of the study** – This clinical study therefore focused on young subjects aged from 4 to 17 and who were victims of road accidents in May 2004. **Methods** – The size of the sample was of 15 children and teenagers : 10 boys and 5 girls. Their disorders were evaluated by a clinical interview that made use of a semi-structured questionnaire K-SADS-PL two months after the trauma, then another after six months. **Clinical aspects** – The diagnosis of PTSD was found among 14 out of the 15 patients during the first evaluation and among the entire sample after six months. Among these children, four (26.7 %) were injured during the accident (fracture, brain damage, superficial injuries). About half of the sample (46.6 %) lost a member of their families (6 lost their mother, 1 lost his brother) and 40 % lost a relative (grand-mother, aunt, or cousin). **Results** – Using the clinical analysis with the K-SADS has shown validity of DSM IV criteria. The symptoms of dissociation, observed after two months, disappeared significantly six months later. This fact may be due to the emotional collapse which accompanies the most violent types of stress. An important comorbidity of depressive and anxious disorders – especially separation anxiety – was found constant during both evaluations. It represents a supplementary handicap and risk for important psychological after-effects, even after some years. Some disorders such as separation anxiety, regressive symptoms and psychosomatic manifestations are frequently associated with the PTSD. **Conclusion** – We hypothesise that these disorders should be considered as diagnostic criteria and not as comorbid disorders.

Key words : Adolescent ; Children ; Comorbidity ; ESPT ; Semiology.

Résumé. Les enfants et les adolescents comme les adultes sont de plus en plus confrontés à des événements menaçants et traumatisants. Notre étude s'est intéressée à l'évaluation clinique de jeunes, âgés de 4 à 17 ans, victimes d'un accident grave de la voie publique survenu au décours du mois de mai 2004. Le groupe est composé de 15 enfants et adolescents (10 garçons et 5 filles). Les troubles présentés par ces jeunes ont été évalués grâce à un entretien clinique complété par un questionnaire semi-structuré, le K-SADS-PL, à deux mois puis à six mois du traumatisme. Le diagnostic d'un état de stress post-traumatique a été retrouvé chez 14 des

15 patients lors de la première évaluation et chez la totalité de ces jeunes après six mois. Le recueil sémiologique aidé par le K-SADS a montré une bonne validité chez l'enfant des critères du DSM IV. Les symptômes de la dissociation, observés à deux mois, disparaissent de manière significative à six mois et semblent être contemporains de la débâcle émotionnelle qui accompagne les stress les plus violents et les plus difficiles à mentaliser. La comorbidité avec le trouble anxieux de séparation a été retrouvée systématiquement dans les deux évaluations, nous amenant à proposer cette entité comme un symptôme et non comme une comorbidité. La

(1) Service de Pédiopsychiatrie, Hôpital Razi, rue des Orangers, La Manouba, 2010, Tunisie.

Travail reçu le 9 janvier 2006 et accepté le 24 mai 2006.

Tirés à part : A. Bouden (à l'adresse ci-dessus).

comorbidité dépressive, quant à elle, complique à distance le tableau de l'ESPT. La dépression serait la conséquence de la sévérité et de la chronicité du tableau clinique initial.

Mots clés : Adolescents ; Comorbidité ; Enfants ; ESPT ; Sémiologie.

INTRODUCTION

Les enfants comme les adultes sont de plus en plus confrontés à des événements violents : agressions physiques ou sexuelles, maltraitements, catastrophes naturelles, accidents de la voie publique, guerres, etc.). Il est actuellement admis que l'enfant ayant expérimenté de telles situations traumatiques va développer à l'instar de l'adulte des manifestations psychopathologiques variées parfois sévères classées sous la rubrique « état de stress post-traumatique » (DSM IV, ICD-10) (3, 13). La triade caractéristique de l'état de stress post-traumatique faite d'un syndrome de répétition, d'un syndrome d'évitement et d'une hyperactivité neurovégétative est repérable chez l'enfant mais ne résume pas l'ensemble des modalités d'expression du trouble. De nombreux débats persistent afin d'affiner au mieux la sémiologie chez l'enfant et de rechercher des spécificités propres à chaque tranche d'âge. Le risque de développer le trouble après exposition à l'événement traumatique dépend outre des circonstances du traumatisme (gravité, répétition...), de nombreux facteurs : individuels (sexe, structure psychopathologique sous-jacente, troubles psychiatriques antérieurs...), familiaux (qualité du support sociofamilial, réaction parentale...) et culturels (certaines cultures, particulièrement celles du sud, seraient plus résilientes que d'autres du fait de croyances religieuses et/ou culturelles comme le fatalisme). Plusieurs études se sont intéressées à l'observation de groupes d'enfants soumis à un événement particulier. Dans les formes majeures la prévalence du trouble est élevée, pouvant atteindre dans certaines études 70 à 80 % des sujets. Dans ces formes, la comorbidité est fréquente (anxiété de séparation, dépression...) et représente un facteur de gravité supplémentaire (10, 11, 14).

OBJECTIFS

Les objectifs de cette étude sont les suivants :

- estimer la prévalence de l'état de stress post-traumatique chez un groupe d'enfants (n = 15), rescapés d'un grave accident de la voie publique (accident de bus survenu en mai 2004 en Tunisie) à deux mois et à six mois : traumatisme de type I selon Terr (19) ;
- décrire la sémiologie de l'état de stress post-traumatique lors des deux évaluations ;
- évaluer la comorbidité lors des deux évaluations.

MÉTHODOLOGIE ET OUTILS D'ÉVALUATION

L'évaluation clinique pratiquée par le même pédopsychiatre s'est déroulée en deux temps, à deux mois et à six mois de l'événement. Cette évaluation a été complétée par un questionnaire semi-structuré : le K-SADS-PL (9). Ne disposant pas d'échelle d'évaluation de l'ESPT traduite et validée en arabe dialectal, la sévérité des troubles a été évaluée lors de l'examen clinique.

Cette étude a été pratiquée par l'équipe du service de Pédopsychiatrie de l'hôpital Razi de Tunis, alors que la prise en charge thérapeutique a été assurée par les psychologues du service de Psychiatrie de l'hôpital de Monastir (centre de la Tunisie), lieu de résidence des familles impliquées. Les enfants ont été examinés à leurs domiciles respectifs, après accord parental.

L'étude statistique a été réalisée avec SPSS dans sa 10^e version.

RÉSULTATS

Au total, 15 enfants et adolescents rescapés ont été examinés une première fois à deux mois de l'accident, 10 filles et 5 garçons âgés de 4 à 17 ans avec une moyenne d'âge de 10,8 ans ; 4 parmi ces enfants (26,7 %) ont été blessés lors de l'accident (fractures, traumatismes crâniens, contusions, blessures superficielles). Près de la moitié (46,6 %) ont perdu un proche (6 ont perdu leur mère, un enfant a perdu un frère) et 40 % d'entre eux ont perdu un autre membre de la famille (grand-mère, tante, cousin). La structure et la qualité du soutien familial sont précaires dans près de la moitié des cas. Il est à signaler qu'un soutien psychologique individuel a été assuré par une équipe de psychologues de la région durant les premiers jours qui ont suivi l'accident.

Examen clinique à deux mois de l'accident

- *Prévalence et sévérité* : 14 enfants sur 15 ont développé à deux mois un état de stress post-traumatique dont l'intensité se distribue comme suit : 7 cas d'intensité légère, 3 cas d'intensité modérée et 3 cas d'intensité sévère.

- *Sémiologie de l'état de stress post-traumatique à deux mois* : le répertoire sémiologique de l'ESPT est présenté dans les *tableaux I et II*.

- *Comorbidité* : tous les enfants atteints d'un ESPT avaient un ou plusieurs troubles comorbides (jusqu'à 4 diagnostics). Le trouble comorbide le plus fréquent était le trouble anxieux de séparation (14 cas/14), suivi par le trouble dépressif (4 cas/14), l'attaque de panique (4 cas/14) et l'énurésie secondaire (4 cas/14).

TABLEAU I. — *Sémiologie de l'État de stress post-traumatique à deux mois et six mois.*

Sémiologie	2 mois	6 mois
Souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement	100 %	86,7 %
Jeux répétitifs	78,5 %	86,7 %
Épisodes dissociatifs	71,5 %	0 %
Illusions	78,5 %	6,7 %
Hallucinations	100 %	13,3 %
Détresse psychique lors de l'exposition à des indices rappelant le trauma	100 %	100 %
Réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices	100 %	100 %
Évitement des stimuli associés au traumatisme	92,8 %	80 %
Évitement des activités, endroits qui éveillent le souvenir	92,8 %	86,7 %
Incapacité de se rappeler un aspect important du trauma	85,7 %	40 %
Réduction nette des intérêts	64,2 %	46,7 %
Restriction des affects	64,2 %	40 %
Sentiment de détachement d'autrui	92,8 %	0 %
Sentiment d'avenir bouché	71,5 %	53,3 %
Rêves répétitifs de l'événement	100 %	100 %
Insomnie	92,8 %	100 %
Irritabilité	92,8 %	86,7 %
Difficulté de concentration	85,7 %	100 %
Hypervigilance	85,7 %	93,3 %
Réactions de sursaut exagéré	100 %	100 %

TABLEAU II. — *Étude comparative des deux évaluations (résultats significatifs sur le plan statistique).*

Sémiologie	À deux mois	À six mois	p
Dissociation	71,5 %	0 %	0,04
Illusion	78,5 %	6,7 %	0,04
Hallucination	100 %	13,3 %	0,04
Sentiment de détachement	92,8 %	0 %	0,03

Examen clinique à six mois

Les 15 enfants ont été réexaminés à six mois de l'accident. Dans l'intervalle, le suivi psychologique n'a pu être poursuivi malgré les nombreux rendez-vous fixés par l'équipe thérapeutique, hormis pour une seule patiente.

- *Prévalence et sévérité* : à 6 mois, tous les enfants étaient atteints d'un état de stress post-traumatique, dont l'intensité se distribue comme suit : 4 cas d'intensité légère, 6 cas d'intensité modérée, 5 cas d'intensité sévère.

- *Sémiologie de l'ESPT à six mois* : elle est présentée dans les *tableaux I et II*.

- *Comorbidité* : tous les enfants présentaient au moins un trouble comorbide. Le trouble anxiété de séparation reste à six mois le trouble comorbide le plus fréquent (13 cas/15), suivi par le trouble dépressif (7 cas/15) et l'énurésie secondaire (5 cas/15). On note un seul cas de trouble panique.

DISCUSSION

À deux mois

- La prévalence à deux mois de l'ESPT évaluée à 93 % est élevée par rapport aux chiffres avancés dans la littérature. Ceci s'explique probablement par la gravité majeure de l'accident au cours duquel les enfants survivants ont été confrontés à la vision insoutenable de corps de leurs proches ensanglantés, mutilés, voire déchiquetés. Certains ont même assisté au décès de leur mère ou d'un membre proche de la famille. Près du quart de l'échantillon a subi des blessures légères, voire des fractures. Le caractère effroyable de l'accident, la confrontation à la mort et au délabrement corporel expliqueraient cette prévalence élevée. En effet, plusieurs auteurs reconnaissent que la prévalence de l'ESPT chez l'enfant est fortement liée à la gravité de l'exposition (6). Foy *et al.*, dans une revue de la littérature, ont montré que certains facteurs sont fortement associés à la survenue d'un ESPT chez l'enfant : la gravité de l'exposition à l'événement et la détresse des parents (4). Kaminer *et al.* insistent sur le rôle aggravant de l'incapacité parentale de recréer, après

le traumatisme, un climat de protection et de sécurité et de contenir les peurs et l'anxiété de leurs enfants (8).

- L'analyse sémiologique à deux mois (K-SADS-PL) (9) montre que les critères du DSM IV sont valides chez l'enfant et décrivent bien la situation clinique. Certains symptômes retrouvés cliniquement chez tous les patients à une intensité perturbant le fonctionnement de l'enfant n'ont pu être évalués (par les outils diagnostiques), comme l'instabilité psychomotrice, l'agressivité et les plaintes somatiques. En fait, ces symptômes ne sont pas spécifiques de l'ESPT et constituent plutôt un mode d'expression privilégié de la souffrance chez l'enfant. Notons par ailleurs la grande fréquence des phénomènes dissociatifs (tendance exagérée à la rêverie avec perplexité anxieuse, épisodes de dépersonnalisation), des hallucinations (auditives et visuelles reprenant certains indices du traumatisme) et des illusions (imaginatives). La gravité du traumatisme pourrait expliquer la réponse émotionnelle initiale forte avec dissociation et détresse péri-traumatique comme l'ont évoqué plusieurs auteurs (15, 16). Certains items comme « sentiment d'avenir bouché » et « restriction des affects » sont moins systématiquement retrouvés. Ces items nous paraissent moins adaptés à l'enfant car ils nécessitent une bonne capacité d'introspection et de projection dans l'avenir. Cette capacité dépend du niveau de développement de l'enfant mais aussi du contexte culturel dans lequel il vit. En effet, dans certaines cultures comme la nôtre, l'enfant a tendance à exprimer son mal-être plutôt au niveau des sphères somatiques et comportementales.

- À deux mois, tous les enfants ont au moins un trouble comorbide. Il s'agit d'un trouble anxiété de séparation dans tous les cas. La présence quasi systématique de ce trouble malgré l'âge avancé de l'échantillon doit amener les chercheurs à essayer de le valider comme un des critères du diagnostic de l'ESPT et ceci quel que soit l'âge de l'enfant. En effet, l'angoisse de perdre la figure d'attachement ou d'en être séparé est un affect réactif chaque fois que l'enfant est menacé par un événement à haute portée négative. À côté des manifestations de l'anxiété de séparation, les manifestations régressives (énurésie, succion du pouce) ont été retrouvées chez les plus jeunes. Kaminer *et al.* considèrent l'anxiété de séparation et les manifestations régressives comme partie intégrante du trouble (8). La comorbidité dépressive a été retrouvée chez 28,5 % des enfants de l'échantillon. Parmi eux, deux ont perdu leur mère dans l'accident, une autre était déjà orpheline de père. Le taux de comorbidité dépressive est variable selon les études, il tend à s'accroître avec le temps à distance de l'événement (2, 5, 7, 21). Dans ce sens, certains auteurs pensent que l'apparition de l'ESPT précède et prédispose à l'apparition de troubles dépressifs (7, 21).

À six mois

- Six mois plus tard, tous les enfants de notre étude souffraient d'un état de stress post-traumatique chroni-

que. Cette chronicisation du tableau a été rapportée souvent dans la littérature, la durée moyenne de l'ESPT dépasse souvent les six mois dans de nombreuses études (2, 10, 14, 15, 16). Cette chronicisation semble par ailleurs s'expliquer dans notre échantillon par de nombreux arguments : l'absence de prise en charge thérapeutique au long cours, la gravité de l'accident, le décès d'un proche, les blessures physiques, la prédominance féminine (2/3 de l'échantillon), le soutien sociofamilial précaire... De nombreux auteurs s'accordent sur la place de ces facteurs de risque dans l'apparition et la chronicité des ESPT (2, 11, 15, 18). En effet, la gravité de l'événement traumatique lui-même ainsi que le degré d'exposition physique et émotionnelle à cet événement semblent être les facteurs déterminants dans l'apparition et la persistance de l'ESPT. La qualité de la réaction des parents et leur disponibilité ainsi que la qualité du support social sont également impliquées dans le pronostic (18).

- L'étude comparative de la sémiologie entre les deux évaluations montre la disparition à six mois de la dissociation, des phénomènes perceptifs ainsi que du sentiment de détachement ($p = 0,04$, $p = 0,03$). Ces symptômes traduiraient davantage la détresse péri-traumatique et tendent à disparaître à distance de l'événement très probablement au profit d'autres symptômes, notamment ceux du registre dépressif (15, 16).

Concernant les troubles comorbides, seule la dépression est passée de 4 cas à deux mois à 7 cas à six mois, réalisant ainsi un taux de 47 %. Ce taux est proche de ceux rapportés par la littérature internationale : 55 % après six mois dans la cohorte d'Oklahoma City, 48 % dans l'étude de la *National Survey Comorbidity*, 43,2 % à quatre mois pour Shalev *et al.* (10, 12, 17). À l'instar de l'adulte, la dépression semble toucher bon nombre d'enfants souffrant d'un état de stress post-traumatique (1, 2, 5, 14, 15). Pour Vila *et al.*, les troubles dépressifs comme les troubles anxieux tendraient à devenir plus fréquents ou à s'intensifier durant le premier semestre post-traumatique (20). La dépression serait, en effet, la conséquence de la sévérité et de la chronicité de l'ESPT (7, 21). Pour Taieb *et al.* la problématique traumatique et celle du deuil semblent se potentialiser, pouvant conduire à de graves syndromes dépressifs (18). Certains soutiennent même le concept de dépression post-traumatique en se basant sur un taux élevé de troubles dépressifs à distance de l'événement (16).

CONCLUSION

L'état de stress post-traumatique reste mal étudié chez l'enfant bien qu'il soit soumis aux mêmes expériences traumatiques que l'adulte (15, 16). En dépit d'un modèle clinique proche de celui des adultes, il semble malgré tout se dégager des éléments spécifiques à l'enfance. Certains troubles tels que l'anxiété de séparation, les manifestations régressives ainsi que les manifestations psychosomatiques sont si fréquemment associés au tableau clinique de l'ESPT qu'il faudrait essayer de les considérer

comme des critères diagnostiques et non comme des troubles comorbides. Des recherches cliniques de grandes cohortes sont nécessaires pour valider et intégrer ces symptômes parmi les critères de diagnostic.

Références

1. AMAYA-JACKSON I, MARCH JS. Post-traumatic stress disorder. *In* : March JS, ed. Anxiety disorders in children and adolescents. New York-London : The Guilford Press, 1995 : 276-300.
2. AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY OFFICIAL ACTION. Practice parameters for assessment and treatment of children and adolescents with post-traumatic stress disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998 ; 37 (Suppl 10) : 4-26.
3. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition. Washington DC : American Psychiatric Association, 1994.
4. FOY DW, MADVIG BT, PYNOOS RS *et al.* Etiologic factors in the development of post-traumatic stress disorder in children and in adolescents. *J School Psychol* 1996 ; 34 : 133-45.
5. FRANKLIN CL, ZIMMERMAN M. Post-traumatic stress disorder and major depressive disorder : investigating the role of overlapping symptoms in diagnostic comorbidity. *J Nerv Ment Dis* 2001 ; 189 : 548-51.
6. JOLLY A. Épidémiologie des PTSD. *J Intern Victimol* 2003 ; 2 (1) : www.JIDV.com
7. GOENJIAN AK, PYNOOS RS, STEINBERG AM *et al.* Psychiatric comorbidity in children after the 1988 earthquake in Armenia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995 ; 34 : 1174-84.
8. KAMINER D, SEEDAT S, STEIN DJ. Post-traumatic stress disorder in children. WPA Section report. *World Psychiatry* 2005 ; 4 (2) : 121-5.
9. KAUFMAN J, BIRMAHER B, BRENT D *et al.* Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children – Present and lifetime version (K-SADS-PL) : initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997 ; 36 : 980-8.
10. KESSLER RC, SOMEGA A, BROMET E *et al.* Post-traumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995 ; 52 : 1048-60.
11. MORO MR, LEBOVICI S. Psychiatrie humanitaire en ex-Yougoslavie et en Arménie. Face au traumatisme. Paris : PUF, 1995.
12. NORTH CS, NIXON SJ, SHARIAT S *et al.* Psychiatric disorders among survivors of the Oklahoma City bombing. *JAMA* 1999 ; 282 (8) : 755-62.
13. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS). Classification internationale des maladies, 10^e révision. Chapitre V (F) : troubles mentaux et troubles du comportement. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. Genève/Paris : OMS/Masson, 1993.
14. PYNOOS RS, GOENJIAN AK, TASHJIAN M *et al.* Post-traumatic stress reactions in children after the 1988 Armenian earthquake. *Br J Psychiatry* 1993 ; 163 : 239-47.
15. PFEFFERBAUM B. Post-traumatic stress disorder in children : review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997 ; 36 : 1503-11.
16. SCHMITT L, BIRMES P. Complications psychiatriques du trouble de stress post-traumatique. *Encéphale* 2004 ; 117-22.
17. SHALEV AY, FREEDMAN S, PERRI T *et al.* Prospective study of post-traumatic stress disorder and depression following trauma. *Am J Psychiatry* 1998 ; 155 : 630-7.
18. TAÏEB O, BAUBET T, PRADÈRE J *et al.* Traumatismes psychiques chez l'enfant et l'adolescent. *Encycl Med Chir* 2004. Paris : Elsevier SAS. Psychiatrie, 37-200-G-60.
19. TERR LC. Childhood traumas : an outline and overview. *Am J Psychiatry* 1991 ; 148 : 10-20.
20. VILA G, PORCHE LM, MOUREN-SIMEONI MC. L'enfant victime d'agression. Paris : Masson, coll Médecine et Psychothérapie, 1999.
21. YEHUDA R, McFARLANE AC. Conflict between current knowledge about post-traumatic stress disorder and its original conceptual basis. *Am J Psychiatry* 1995 ; 152 : 1705-13.