

Les psychotraumatismes de l'enfant.

L'histoire du psychotraumatisme de l'enfant peut être mise en parallèle avec celle de l'adulte, du moins dans le concept même de PTSD ou ESPT. Ainsi l'origine d'une conceptualisation clinique remonte à une période de guerre, plus précisément le deuxième conflit mondial du XXème Siècle. En 1944 deux auteurs, Anna FREUD et Dorothy BURLINGHAM ont individualisé des signes de névrose traumatique chez des enfants britanniques qui avaient eu à souffrir des bombardements et de leurs conséquences.

Ces deux auteurs ont insisté sur l'importance de la présence parentale lors de l'évènement traumatique mais surtout de la nature de leur réaction, l'anxiété du parent étant ainsi communiquée aux enfants. Elles ont mis en évidence le socle clinique du psychotraumatisme infantile, à savoir le rôle du jeu en tant que vecteur clinique du syndrome de reviviscence traumatique, avec une prédominance dans la sphère visuelle.

En 1947 un autre auteur, Pierre MALE, a évoqué le rôle des traumatismes en rapport aux dissociations familiales, notamment l'absence du père, prisonnier, déporté ou tué, mais absent, pour des grands enfants et adolescents.

Il importe de bien distinguer :

- La notion de trauma qui est le phénomène mécanique d'irruption d'une violence au sein du psychisme qui va déborder les capacités de défense du sujet et tout particulièrement l'enfant et l'adolescent en cours de maturation de personnalité. Ce n'est pas la quantité de trauma subi qui entre en ligne de compte mais l'effet de sommation ou de collusion avec des évènements traumatiques antérieurs éventuels.

Notons l'idée de la notion d'attachement à l'image maternelle, un lien sûr qui peut alors être rompu.

- La notion de traumatisme psychique qui n'est autre que les phénomènes secondaires d'une effraction initiale extérieure et non pas affective ou pulsionnelle.

Trois axes peuvent être dégagés dans une approche actuelle de cette question.

- Il faut distinguer, comme chez l'adulte, deux aspects cliniques, l'état de stress post traumatique et la question dépressive.
- Les troubles post traumatiques s'expriment différemment en fonction de l'âge de l'enfant, ce qui n'est pas le cas chez un sujet adulte.
- Il existe deux axes en fonction de la nature du « trauma », unique ou répété dans le temps.

L'état de stress post traumatique.

Dans une pratique médico-légale rigoureuse il est nécessaire d'utiliser un référentiel, tant l'approche clinique est complexe et variable. La classification DSM IV apparaît mieux validée que la CIM X, car elle a fait l'objet d'un travail clinique spécifique à l'enfant en 1995 par des auteurs américains.

Le critère A reste identique pour la notion de trauma confrontant l'enfant à la mort ou à une menace avérée de son intégrité physique. Il supprime la réaction de l'enfant à l'évènement, peur intense, sentiment d'impuissance ou d'horreur.

Le Critère B, celui de la reviviscence de l'évènement, est centré autour de la notion de jeu traumatique qui est répétitif, compulsif et moins élaboré et imaginaire que le jeu habituel de l'enfant. Avec des variantes d'intensité dans ce jeu pathologique. On a bien des souvenirs récurrents de l'évènement, mais sans réaction émotionnelle forcément associée.

Des cauchemars apparus après l'évènement, spécifiques ou non vis-à-vis de la scène traumatique. Egalement des flashbacks.

Enfin un sentiment de détresse lors de l'exposition à une situation pouvant rappeler l'évènement.

Le critère C qui est celui de l'émoussement de la réactivité ne retient que la restriction du jeu, le retrait social (conséquences scolaires), la restriction des affects et des éléments de régression comportementale dans le domaine du langage ou des acquisitions sphinctériennes.

Le critère D qui est celui de l'activation neurovégétative est plus spécifique pour les troubles du sommeil, à savoir terreurs nocturnes, difficultés pour aller au lit sans rapport à la peur du noir ou de faire des cauchemars, éveils nocturnes sans rapport à des cauchemars ou des terreurs nocturnes.

La question de l'altération de la concentration ou de l'attention prend une place centrale dans la question du possible retentissement scolaire.

Il semble important d'ajouter à ce critère D, les symptômes somatiques et stigmates cutanés chez les jeunes enfants.

Le Critère E qui est celui de la durée chez l'adulte reprend pour l'enfant les peurs spécifiques : aller seul aux toilettes, le noir, toute autre peur d'objet ou de situation non liée à l'évènement traumatique. Egalement le comportement agressif dans sa spécificité infantile (l'agressivité à l'encontre des pairs, des animaux ...) et l'anxiété de séparation de novo.

Le Critère F définit la durée, plus d'un mois comme chez l'adulte.

La dépression post traumatique chez l'enfant.

La dépression existe depuis la naissance et les travaux actuels de la relation mère bébé le démontrent aisément. L'évènement traumatique peut provoquer chez l'enfant une réaction psychique qui est en rapport avec la violence interne de tout être dont la personnalité se construit progressivement.

L'expression de la dépression chez l'enfant emprunte des voies particulières :

- Chez un enfant avant la puberté, petite enfance et phase dite de latence, la tristesse vient se traduire par un comportement inexpressif, une immobilité et un évitement relationnel à autrui. Là encore dessin et jeu sont un mode d'expression privilégiée, car la parole manque souvent pour exprimer l'affect dépressif, ce que je constate dans ma pratique psychothérapique. Cette tristesse est bien souvent du côté du symbolique.
- L'adulte doit être prêt à recevoir cette souffrance morale de l'enfant, sans séduction ni provocation, car l'enfant ne fait que répondre en conformité à l'attente de cet autre qui la sollicite.
- L'inhibition est celle du silence à ne pas confondre avec l'idée d'un enfant buté, opposant, voire agressif s'il est trop sollicité dans sa position de repli psychique.
- La régression venant s'exprimer dans une anorexie, un refuge dans le sommeil, une réduction du monde pulsionnel habituel d'un enfant « en vie ». Egalement un retour à l'oralité de suçoter, ou à l'énurésie voire l'encoprésie.
- Autre symptôme, l'agitation, qui serait une sorte d'issue maniaque de la position dépressive. Cette agitation reste stérile dans l'accomplissement des tâches, un peu comme dans le TDAH, dont je me demande de plus en plus s'il n'est pas lui aussi un symptôme dépressif traité par des psychostimulants amphétaminiques ...
- Plus l'enfant se rapproche de la puberté, plus l'expression symptomatique se rapproche d'une clinique adulte, comme la sensation de fatigue justifiant une demande de repos.
- Enfin les troubles de l'attention (encore ce TDAH ...) de la concentration et de la mémoire qui peuvent faire passer l'enfant pour un sujet qui ne comprend pas ce qui peut lui être dit. C'est de fait que l'enfant, ici gravement traumatisé, redoute tout ce qui est de l'ordre de la parole. L'expression en est le trouble de la scolarisation, voire la phobie scolaire.

- L'adolescent dépressif, de par les particularités psycho dynamiques de cette phase de la vie, se centre autour d'une dépréciation globale de lui-même, une sorte de dévalorisation ravageuse dans ses attendus et dans une impuissance affirmée qui récuse le discours positif de l'adulte jusqu'à pouvoir s'auto accuser.
- Bien évidemment les troubles du comportement sont au devant de la scène clinique dépressive, sans oublier le mensonge et la fugue, notamment chez un adolescent à la structure psychique incertaine.

L'âge de l'enfant est particulièrement déterminant.

La question de la mort.

Il s'agit tout d'abord de la notion de mort ou de risque mortel tel que stipulé dans le critère A de la classification DSM IV. Sans entrer dans des détails complexes, cette notion semble devoir être acquise vers l'âge de six ans et la notion d'irréversibilité - notion capitale dans la question post traumatique - vers l'âge de sept ans. Ce n'est que vers dix ou onze ans que la mort est appréhendée comme la contrepartie de la vie.

Tout comme une blessure qui laisse une marque indélébile dans le corps peut être perçue par un jeune enfant comme réversible. La découverte plus tardive de l'irréversibilité de la trace traumatique corporelle peut alors créer l'impact traumatique.

Notre époque et ses évolutions rapides de la rencontre de l'enfant avec la réalité de plus en plus chargée de traumatismes est sans doute l'une des raisons qui fait que cette notion de mort est appréhendée par des enfants de plus en plus jeunes.

Le langage est également un élément fondamental en tant que mode d'expression du traumatisme psychique. Nous venons de voir par exemple ce qu'il en est chez l'enfant dépressif.

Le rôle des parents.

Il est capital. Car l'absence parentale, sous différentes formes, place l'enfant dans une situation de fragilité émotionnelle qui peut favoriser l'irruption traumatique. Leur présence émotionnelle lors de l'évènement traumatique est également cruciale. Une angoisse parentale se transmet à l'enfant.

Lorsque les parents sont également eux-mêmes victimes de l'évènement traumatique, l'adulte peut venir métaboliser les informations, filtrer et transfuser leurs impressions et ressentis, ce que l'on dénomme une fonction de pare excitation. Et ce d'autant plus que l'enfant est jeune (Vignette clinique). La parole est centrale (Vignette clinique).

Le parent peut développer un état dépressif, un deuil pathologique, un ESPT par procuration. Il est parfois difficile de distinguer une problématique parentale pathologique et la réalité d'un traumatisme psychique chez l'enfant (Vignette clinique).

Cette réaction parentale est d'autant plus significative que l'enfant est jeune, c'est à dire sans pouvoir penser et conceptualiser le trauma subi, car le parent qui était pensé comme omnipotent et sage devient soudainement impuissant et sans ressource propre. Leur protection devient alors faillible et ceci peut créer l'impact traumatique, car l'interprétation de la réalité par l'enfant est réalité.

Il en va autrement un peu plus tard avec la pensée abstraite, car l'imaginaire va alors devenir plus conséquent que la réalité.

La réaction parentale est moins prégnante à l'adolescence, sauf en ce qui concerne la position morale et éthique du parent.

Facteurs de risque et résilience.

Comme chez l'adulte de nombreux facteurs peuvent être évoqués pour tenter d'expliquer les variables d'une réaction traumatique à un trauma déterminé. Beaucoup d'auteurs considèrent que l'organisation, l'attitude et la psychopathologie familiale pré et post traumatique influencent le plus le développement des syndromes psycho traumatiques de l'enfant.

De nombreux facteurs ont été développés. Je retiendrai l'absence d'un adulte masculin à la maison, une attitude plus protectrice de la mère, un ESPT chez les parents ou des antécédents d'ESPT. Les filles apparaissent également plus vulnérables.

Le devenir des ESPT rapidement et spontanément résolutifs est mal connu. Vont-ils faire le lit de la survenue d'un ESPT lors d'un trauma ultérieur ou rechuter lors de périodes de stress ?

Il n'existe aucune donnée objective sur le devenir à long terme des traumatismes du nourrisson et du très jeune enfant en phase pré verbale.

La clinique différentielle.

Avant l'âge de deux ans, ce sont des formes comportementales, de retrait, d'excitation, d'irritabilité, de pleurs, de troubles du sommeil et de l'appétit, des retards de développement ou des régressions. Il est classique d'évoquer une mémoire comportementale en l'absence de mémoire verbale.

Jusqu'à l'âge de six ans, en sus des symptômes précédents, il faut savoir identifier des somatisations douloureuses, les réactions anxieuses devant les inconnus ou des comportements affectueux indifférenciés envers tous les adultes. Et rechercher les symptômes éventuels de l'état de stress post traumatique tel que décrit précédemment.

On peut penser que la sensibilité d'un jeune enfant à développer un ESPT qui se chronicise résulte d'un équilibre complexe entre trois composantes :

- Le traumatisme lui-même par sa nature et son intensité propre.
- Le support familial en particulier la réaction parentale, la disponibilité des parents, leurs antécédents et la qualité de la communication intra familiale (la parole).
- La vulnérabilité propre de l'enfant tout à la fois interne et externe.

Interne : âge, sexe, quotient intellectuel, ressources et histoire personnelles, traumatismes antérieurs, niveau de développement psycho affectif (lien à la mère, immaturité, dysmaturité ...)

Externe : niveau d'éveil et de fatigue au moment du trauma, existence ou non de blessures somatiques, accessibilité à une figure sécurisante lors de l'évènement, qualité des informations données pour que l'enfant interprète ce qui lui est arrivé et lui arrive.

Jusqu'à douze ans, cet état de stress post traumatique s'individualise de façon plus avérée, avec des manifestations **anxieuses et dépressives**. La baisse des performances scolaires dans cette période des apprentissages fondamentaux est alors plus notable et prédominant parfois le tableau clinique.

L'adolescent décrit souvent une symptomatologie plus proche de celle de l'adulte, pensées intrusives récurrentes, symptômes phobiques et d'évitement d'exposition au trauma, irritabilité et colères, rêves récurrents, flashbacks.

Sont plus spécifiques de cet âge les troubles des conduites alimentaires, anorexie, boulimie, binge eating. Les conduites à risque, les tentatives suicidaires, les automutilations, l'hypersexualité, l'abus d'alcool ou de substances toxiques.

Prudence s'impose pour distinguer ce qui peut relever d'une problématique adolescente pathologique évoluant pour son propre compte ou après un trauma autre qui n'a pas été révélé.

Les deux axes du trauma.

Il est classique de distinguer les troubles psychotraumatiques de type I qui surviennent après l'exposition brutale et imprévisible à un évènement unique et limité dans le temps. La survenue de ces troubles qui correspondent à la description de l'ESPT est rapide et tranche avec le fonctionnement antérieur de l'enfant.

Les troubles psychotraumatiques de type II sont consécutifs à l'exposition prolongée ou répétée à des événements majeurs. Il s'agit là essentiellement de toutes les formes possibles de maltraitance vis-à-vis de laquelle l'enfant peut se résigner, garder le secret ou respecter la loi du silence. L'ESPT est alors d'évolution chronique avec déni massif du trauma, inhibition cognitive, émoussement affectif, détachement du réel, perte des intérêts, dans un registre souvent dépressif, amnésie des souvenirs d'enfance.

Je n'évoque pas la question complexe de troubles induits de la personnalité mais il faut noter là encore à l'adolescence toutes les conduites pathologiques précédemment évoquées.

La mission médico-légale.

Ce que je viens d'évoquer laisse entrevoir la difficulté d'évaluation et de compréhension des troubles psychotraumatiques de l'enfant.

Expert ou thérapeute, il apparaît primordial que ce dernier puisse accepter de se départir d'une position où il saurait tout et l'enfant rien.

Il me semble important de pouvoir mêler subjectivité clinique et objectivité du recueil symptomatologique pour une pratique médico-légale la plus unifiée possible et reproductible.

La question scolaire, souvent mise en avant, n'est que la conséquence de troubles qu'il est nécessaire d'identifier cliniquement. Ce sont eux qui sont objectivables et qui sont évaluables pour une réparation de préjudice psychique. Le scolaire ne peut être appréhendé en lui-même et seulement en lui-même.

Il peut faire l'objet d'un bilan qui n'est pas celui de tests psychotechniques qui à mon avis ne servent à rien, mais à un véritable bilan neuropsychologique bien conduit.

Ce qui veut dire qu'attendre que l'enfant fasse ses preuves en milieu scolaire doit être éminemment pesé dans ce qui détermine la date de consolidation.

Une date de consolidation qui doit tenir compte de l'évolutivité symptomatique mais également du rôle central et primordial du ou des parents. L'induction parentale doit ainsi être analysée avec soin. En effet, si la position parentale est susceptible de se modifier, il faut savoir attendre pour ne pas enfermer l'enfant dans un préjudice devenu définitif. Il faut alors le dire aux parents et les inciter à d'éventuels soins.

Si aucune approche thérapeutique n'a fait ses preuves de supériorité, il faut savoir penser à une approche familiale pour aider l'enfant à ne pas subir ces réactions parentales. Aboutir à une possible résilience et surtout éviter une aggravation.

La prescription de psychotropes doit rester très prudente, en rappelant que les benzodiazépines, déjà peu recommandées chez l'adulte, produisent des effets paradoxaux chez l'enfant.

Si la position parentale est pathologique, il convient alors de réfléchir à consolider l'état de l'enfant dans un subtil équilibre entre les souffrances endurées et une éventuelle atteinte permanente à l'intégrité psychique.

Références bibliographiques.

- 1- BAILLY L. Séquelles psychiques des psychotraumatismes chez l'enfant *Psychol Med* 1992 (Paris) ; 24 : 453-454
- 2- BAILLY L. Psychotraumatisme de l'enfant : avancées cliniques et théoriques *Nervure* 1999 ; 12 : 20-25
- 3- DALIGAND L. La dépression post traumatique chez l'enfant *Revue francophone du stress et du trauma* 2000 ; 1 (1) 27-31
- 4- DALIGAND L. La parole de l'enfant victime entre crédibilité et crédulité *Revue francophone du stress et du trauma* 2006 ; 6 (2) : 63
- 5- DALIGAND L. Le psychotraumatisme de l'enfant *Revue francophone du stress et du trauma* 2009 ; 9 (4) : 224- 227
- 6- SHADILI G. Le stress post traumatique chez l'enfant et l'adolescent *Culture Psy* 2010 ; 15 : 16-17
- 7- SPIEGELD, PALESH O. Trauma dans l'enfance et désir de vivre à l'âge adulte *Revue francophone du stress et du trauma* 2008 ; 8 (3) : 197-204
- 8- VILA G, MOUREN-SIMEONI M.C Etats de stress post traumatique chez le jeune enfant : mythe ou réalité ? *Ann Med Psychol (Paris)* 1999 ; 157 : 456-469
- 9- VILA G, MOUREN-SIMEONI M.C Etats de stress post traumatique de l'enfant et de l'adolescent *Neuropsych News* 2003 ; Spécial Mars