

RAPPORT DE RECHERCHE

TEST AMIN(A)

Elaboration d'un Outil d'Investigation et de Diagnostic du traumatisme chez l'Enfant Algérien de 6 à 12 ans

Chérifa Bouatta, Noureddine Khaled, Messaouda Boukhaf,
Salima Tadjine, Hassiba Cherabta

Introduction

Les professionnels de la santé mentale sont de plus en plus préoccupés par la question de la prévention des conséquences pathogène des traumas et de la violence chez la population et particulièrement chez les enfants, partant de l'idée qui dit : plus précoce est le repérage d'une souffrance ou d'un trouble, plus précoce sera l'intervention thérapeutique, moins profonde et moins grave sera l'atteinte.

Ceci implique la question du choix des méthodes de l'évaluation des difficultés psychiques et des troubles mentaux chez l'enfant. La majorité des outils d'évaluation existants s'adressent à l'adulte entretenant une relation intime avec l'enfant, souvent les parents et l'enseignant pour avoir une description de l'enfant, ses comportements, ses émotions, ses pensées et ses difficultés... sous prétexte que l'enfant n'a pas cette possibilité d'insight qu'a l'adulte, ni les capacités d'expressions lui permettant de décrire sa souffrance.

1. Objectif du projet

l'objectif du projet consiste en la réalisation d'un instrument pour évaluer les problèmes de santé mentale chez les enfants de 6 à 11 ans les enfants des deux sexes scolarisés en primaire entre la 1^{ère} année et la 6^{ème} année primaire. Cet instrument sera inspiré du « test du Dominique ». Nous rappelons que le « Dominique interactif » est une bande dessinée interactive multimédia constituée par des dessins en couleurs et des questions transmises par un système vocal. Il s'adresse aux enfants de 6 à 11 ans inclus. Ce questionnaire est auto administré et offre une grande simplicité d'utilisation. La combinaison d'images et de sons ainsi que l'interaction entre l'enfant et l'ordinateur s'avèrent capables de susciter des réponses pertinentes à des situations spécifiques. Il permet de:

- fournir une évaluation indépendante de toute interprétation ou jugement de la part de l'évaluateur, par la suppression de toute intervention entre les réactions de l'enfant et le résultat final;
- assurer la comparabilité des évaluations par l'application des mêmes critères de façon identique à tous les enfants ;
- faciliter la compréhension exacte, par les enfants de 6 ans, du comportement visé, grâce à l'utilisation du multimédia (image et son), tout en respectant leurs limites cognitives ;
- susciter l'intérêt des enfants à poursuivre, au lieu de souhaiter que l'évaluation se termine le plus vite possible ;
- augmenter l'implication des enfants parce que l'interactivité leur permet de jouer un rôle actif, ce qui améliore l'authenticité de leurs réactions ;
- améliorer la fiabilité des réponses, car les enfants ont moins tendance à donner des réponses socialement désirables à un ordinateur qu'à un(e) interviewer.

En effet, un tel test est parfaitement adapté à l'enfant. Grâce à son aspect ludique et interactif, il permet à l'enfant de s'identifier aux personnages proposés et de répondre lui-même aux différentes situations sans l'intervention de l'adulte.

Partant de ce test, nous nous sommes attelés à tenter de construire un outil d'investigation équivalent qui serait mieux adapté à la culture algérienne et aux problématiques spécifiques de l'enfant algérien.

Le personnage principal du test que nous proposerons s'appellera Amine(a) et il sera placé dans différentes situations de la vie quotidienne à la maison, à l'école, et avec d'autres enfants, l'enfant testé doit dire si oui ou non il est comme Amine(a). Dans le cas du Dominique ces situations concernent seulement les difficultés comportementales ou affectives que l'enfant peut avoir, alors que dans notre instrument amine(a), l'enfant va être placé dans des situations diverses conformes aux situations que vit l'enfant algérien. Il doit dire s'il lui est arrivé ce qui est arrivé à amine ou quelque chose de semblable. Parmi ces

situations spécifiques, nous pensons en premier lieu aux événements de violence qui ont été et qui restent parfois très fréquents dans notre pays. Ces situations de violence, parfois extrêmes, peuvent être considérées comme des situations traumatiques qui pourraient perturber le fonctionnement psychique normal de l'enfant. Elles pourraient donner lieu à des troubles psychiques tels que le syndrome du stress post traumatique (PTSD), les troubles anxieux tels que les phobies ou alors les troubles dépressifs.

2. Difficultés à évaluer les troubles psychologiques chez l'enfant

Pour évaluer la santé mentale des enfants, il existe un consensus sur la nécessité d'utiliser plusieurs sources parmi lesquelles l'enfant lui-même. En effet, l'enfant identifie mieux que l'adulte certains de ses problèmes intériorisés tels l'anxiété et la dépression. C'est pourquoi l'information apportée par l'enfant est nécessaire. Toutefois, cette approche n'est pas suffisante. En effet, les informations recueillies par les instruments standardisés dépendent entièrement de l'informateur qui les fournit. Le point de vue de cet informateur, quel qu'il soit, doit être combiné à celui d'autres informateurs pour que l'évaluation de la santé mentale d'un enfant soit relativement complète (Achenbach et coll., 1987 ; Bird et coll., 1992 ; Jensen et coll., 1999). Les parents identifient systématiquement davantage de problèmes que les enfants. Les enseignants ne rapportent généralement pas les mêmes problèmes que les parents, car les comportements de l'enfant changent avec le contexte (Costello et coll., 1988). De façon générale, les adultes tendent à percevoir les problèmes de comportement. Le point de vue de l'enseignant a été généralement privilégié par rapport à celui du parent, car il a été considéré comme probablement moins biaisé, par la désirabilité sociale, qui est toujours un facteur limitant pour les instruments d'évaluation de la santé mentale. En revanche, c'est en général auprès des parents que sont évalués les principaux facteurs de risque pour la santé mentale et la santé physique de l'enfant.

3. Notion de troubles post-traumatiques chez l'enfant

Dans le DSM IV(American Psychiatric Association, 1994), les groupes de symptômes caractéristiques du PTSD peuvent être

résumés ainsi : la reviviscence, l'évitement de tout ce qui rappelle l'événement, l'hypervigilance, la réduction des capacités à répondre à l'environnement.

Chez l'enfant en bas âge, l'expression de ces différents troubles se traduit par des spécificités liées à l'âge : dessin, jeux répétitifs, etc. A cet âge, les manifestations dominantes du psycho-traumatisme sont : la peur du noir, les cauchemars, les réveils nocturnes (Terr, 1994). Chez le pré-adolescent et l'adolescent, la capacité de verbalisation et de conceptualisation se rapproche de celle de l'adulte.

L'AACAP (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry), en 1998 a publié les paramètres de l'évaluation et du traitement du PTSD (Cohen et al 1988)

Les recommandations majeures se résument dans les trois points suivants :

1. Utiliser des entretiens cliniques se focalisant sur les symptômes du PTSD.
2. Tenir compte de l'influence du développement.
3. Instaurer une thérapie spécifique au trauma

4. Techniques et outils d'évaluation des troubles psychologiques et post-traumatiques chez l'enfant

Les techniques et outils d'évaluation sont variées. Il en existe de différentes sortes selon l'âge et le type de trouble qu'on veut évaluer.

Pour de jeunes enfants, il y a les rapports et évaluations des parents ou des enseignants. Le plus connu est le CBCL (Child Behavioral Checklist) pour parents (Achenbach & Edelbrock, 1983) ou pour enseignants (Achenbach & Edelbrock, 1986). A huit ans et moins, on peut utiliser les échelles thermomètres (« thermometer scales ») et demander à l'enfant de colorier sur un continuum gradué « combien » ou « à quel degré » il ressent telle émotion. Pour certains troubles spécifiques tels la dépression, nous pouvons utiliser le CDI (Child Depression Inventory).

Les entretiens structurés pour le diagnostic psychiatrique sont surtout utilisés chez le pré-adolescent et l'adolescent à un âge où il est capable d'introspection et d'auto-évaluation en relation avec son accès à la pensée formelle sur le plan cognitif. Ces entretiens pour le diagnostic psychiatrique ne sont pas particulièrement pertinents alors que l'individu

est encore en plein développement. Il y a cependant plusieurs entretiens structurés qui ont été conçus et utilisés pour évaluer le PTSD. Nous pouvons citer le PTSD-RI (Post-Traumatic Stress Disorder Reaction Index) (Pynoos & all., 1987) qui est le plus utilisé, le CPTSDI (Children's Post-Traumatic Stress Disorder Inventory) (Saigh, 1991) ou le CITES (Children's Impact of Traumatic Events Scale) (Wolfe & all. 1989).

D'autres techniques telles que les techniques projectives, notamment le TAT (Thematic Aperception Test) ont été utilisées avec l'enfant et l'adolescent dans des études qualitatives pour analyser les processus psychiques inconscients.

L'intérêt grandissant pour la clinique du PTSD a été à l'origine de la création de ces innombrables instruments de mesure tant pour la pratique clinique que pour la recherche. Revenons sur les instruments les plus récents (Drake, Sherry & Wilfred, 2001):

- Le « Child and Adolescent Psychiatric Assessment for PTSD (CAPAA-PTSD – Costello et all. 1998) validé chez les enfants de 9 à 17 ans. Le temps de passation est de 10 minutes pour les enfants non traumatisés et d'une heure pour ceux qui le sont. Il est composé d'un volet « Life events » et d'un module « PTSD ». La « Life events Section » (LES) évalue deux types de stressors. Les événements de haute intensité : (exp. Témoin de violence, accident grave, etc.), qui correspondent au critère « A » du DSM. Les événements de basse intensité : exp. : divorce de parents, etc. Le LES cherche à établir une relation entre l'événement et l'apparition des troubles qui appartiennent aux trois groupes : Reviviscence, Hypervigilance, Evitement. Si les symptômes clés du PTSD sont retrouvés, le module PTSD est utilisé en plusieurs étapes :

1. Les réactions somatiques et émotionnelles aiguës
2. La nature des critères B, C et D
3. Les signes extra-DSM IV (comme la culpabilité du survivant) et la relation avec les parents, la fratrie et les autres en général

- Le Clinician Administred PTSD Scale for Children and Adolescent, (CAPS/CA).

Le CAPS/CA for DSM IV (Nader et all. 1998), est un entretien détaillé, structuré et développé par le National Center for PTSD et le programme de psychiatrie du trauma de l'Université de Californie de Los Angeles

(UCLA). Il évalue la fréquence et l'intensité des symptômes de PTSD. Des formes picturales aident à décrypter les conceptions abstraites en incluant la fréquence et l'intensité (figures illustrées avec des expressions corporelles et mimiques). Il évalue aussi les fréquences et intensités des signes associés au PTSD qui ne font pas partie des critères de diagnostic. Avant le CAPS /CA, l'examineur complète la liste des événements de vie «Life Event Check-list» (LEC) ainsi qu'un inventaire des événements traumatiques pour déterminer la présence et le nombre d'entre eux que l'enfant a vécu. Plus de trois événements peuvent être décrits et enregistrés avec le LEC et le CAPS/CA. Quand la présence d'un événement traumatique est établie, le praticien cherche des signes comme la peur, la terreur, le sentiment de non-assistance, l'horreur, l'agitation, pour s'assurer que le critère « A » est présent. Puis sont recherchés les signes des critères B,C,D ainsi que la durée des symptômes selon le critère F. Le CAPS/CA conclut avec trois aspects qui concernent l'aide et la réparation et l'adaptation : Comment le trauma a-t-il affecté leur vie ? Qu'est-ce qui les a aidé à se sentir mieux ? Que font-ils pour se sentir mieux quand ils ne sont pas bien ?

- Le Children's PTSD Inventory (CPTSDI) (Saigh et al. 2000). C'est un court entretien qui concerne les enfants de 7 à 18 ans. Le premier subtest contient 4 questions sur l'exposition potentielle au trauma et 4 questions sur la réaction pendant le trauma. Si l'enfant ou l'adolescent n'a pas rencontré le critère d'exposition ou la réaction, l'entretien se termine. Dans le cas contraire il continue avec des subtests sur la reviviscence (11 items), l'évitement (16 items), l'hypervigilance (7 items) le « significant distress » (5 items).

Il existe 5 résultats possibles : 1. PTSD négatif ; 2. PTSD aigu ; 3. PTSD Chronique ; 4. PTSD d'installation tardive ; 5. Pas de diagnostic.

- Le Child PostTraumatic Stress Reaction Index (CPTS-RI) (Frederick, 1985 et Frederick et al, 1992) est fait de vingt items et peut être utilisé comme auto-questionnaire ou comme entretien semi-structuré chez l'enfant. La version originale du CPTS-RI a été standardisée sur 750 enfants et 1350 adultes (Frederick, 1985). Les critères B,C et D sont cotés sur une échelle de 0 (jamais) à 4 points (toujours). Le score varie de 0 à 80. La passation dure 20 à 45 minutes.

Les résultats sont interprétés ainsi : < 7 : pas de PTSD ; 7 à 9 : PTSD faible ; 10 à 12 : PTSD modéré ; 12 : PTSD sévère.

L'utilisation de pareils outils qui semblent très intéressants se heurte à un obstacle majeur qui est celui de leur traduction et leur validation pour une population algérienne.

Sur le plan méthodologique, d'autres difficultés semblent liées à ce type d'instruments de mesure des troubles mentaux. En effet, la fidélité test-retest de ce type d'instrument n'est pas très élevée chez les adolescents (9 à 17 ans) en population et diminue considérablement à mesure que l'enfant est jeune (Edelbrock et coll., 1985 ; Schwab-Stone et coll., 1994). Schwab-Stone et coll. (1994) ayant utilisé le DISC-R auprès de 109 enfants de 6 à 11 ans concluent que « les entrevues hautement structurées ne sont peut-être pas appropriées auprès des enfants du primaire » et pensent que l'immaturité cognitive des enfants de moins de 12 ans peut expliquer l'instabilité de leurs réponses à ces questionnaires.

5. Le Test du « Dominique interactif » comme alternative aux entretiens structurés et semi-structurés

Certaines théories cognitives suggèrent que la combinaison de stimuli visuels et auditifs améliore le traitement de l'information et, indirectement, la compréhension des concepts verbaux comparativement à la présentation indépendante de stimuli visuels ou auditifs. Traditionnellement, l'image a été utilisée comme moyen d'évaluation de l'enfant dans le domaine de l'éducation et de la psychologie. Il est reconnu que cette approche augmente l'attention de l'enfant sur la tâche, sa compréhension et stimule son intérêt (Valla JP. et all., 1994a).

5.1. Présentation du test

La version papier est une bande dessinée constituée de deux cahiers contenant une centaine de dessins. Plusieurs versions successives ont été réalisées pour améliorer l'instrument. La version papier du « Dominique » présente les comportements et les réactions d'un jeune personnage, nommé Dominique, dans des situations de la vie des enfants, à la maison, à l'école et avec d'autres enfants. Les réactions de Dominique sont normales ou non. Huit dessins montrent des

enfants heureux, ayant des réactions positives. Les réactions anormales concernent les problèmes de santé mentale les plus fréquents. L'enfant évalué doit dire si oui ou non il s'identifie à Dominique. La feuille réponse est précodée. Le « Dominique » n'est pas un test projectif. En effet, il illustre le contenu abstrait des symptômes décrits dans le DSM-III-R à l'aide de situations réelles. Les situations sont précises, ce qui laisse peu de place à l'interprétation. L'instrument est simple et facile à utiliser. Son acceptabilité est accrue par la présentation sous forme de bande dessinée et la rapidité d'administration (20 min environ).

Les développements récents dans le domaine de l'informatique ont permis ensuite l'application de l'approche multimédia. Cette approche (multimédia) est largement utilisée dans le domaine de l'éducation. La possibilité de combiner l'image, la visualisation de la question écrite et le son, ainsi que l'interaction entre l'enfant et l'ordinateur font du « Dominique interactif » une méthode d'évaluation entièrement nouvelle.

Le « Dominique interactif » est une bande dessinée interactive multimédia constituée par des dessins en couleurs et des questions transmises par un système vocal. Il s'adresse aux enfants de 6 à 11 ans inclus. Ce questionnaire est auto-administré et offre une grande simplicité d'utilisation. La combinaison d'images et de sons ainsi que l'interaction entre l'enfant et l'ordinateur s'avèrent capables de susciter des réponses pertinentes à des situations spécifiques.

Il présente les avantages suivants :

- fournir une évaluation indépendante de toute interprétation ou jugement de la part de l'évaluateur, par la suppression de toute intervention entre les réactions de l'enfant et le résultat final ;
- assurer la comparabilité des évaluations par l'application des mêmes critères de façon identique à tous les enfants ;
- faciliter la compréhension exacte, par les enfants de 6 ans, du comportement visé, grâce à l'utilisation du multimédia (image et son), tout en respectant leurs limites cognitives ;

- susciter l'intérêt des enfants à poursuivre, au lieu de souhaiter que l'évaluation se termine le plus vite possible ;
- augmenter l'implication des enfants parce que l'interactivité leur permet de jouer un rôle actif, ce qui améliore l'authenticité de leurs réactions ;
- améliorer la fiabilité des réponses, car les enfants ont moins tendance à donner des réponses socialement désirables à un ordinateur qu'à un(e) interviewer.

Cet instrument utilise un médium efficace, le dessin, pour aller chercher le vécu émotif des enfants, en particulier la dépression et l'anxiété, alors que souvent seuls les comportements dérangeants sont identifiés. Il offre une grande facilité, une grande rapidité et une grande simplicité d'utilisation grâce à son caractère auto-administré et au traitement automatique de l'information recueillie. Il présente immédiatement le résultat de l'évaluation au moyen de scores obtenus aux sept problèmes de santé mentale évalués par le « Dominique interactif ». Les scores à l'ensemble des troubles intériorisés (dépression, anxiété généralisée, angoisse de séparation, phobie simple) et extériorisés (hyperactivité et troubles de l'attention, opposition, trouble des conduites), fournissent des indications sur la nature des symptômes.

Une brève introduction explique à l'enfant comment se servir du « Dominique interactif » ; ensuite, un dessin apparaît sur l'écran de l'ordinateur et la question correspondante est transmise par des haut-parleurs ou des écouteurs ; l'enfant répond avec la souris en cliquant dans des boîtes situées en bas de l'écran ; un nouveau dessin apparaît... L'environnement est assez simple pour que l'enfant puisse le comprendre et le manipuler à l'aide de l'interactivité, et en même temps suffisamment attrayant pour que son intérêt se maintienne jusqu'à la fin. Le « Dominique interactif » est rapide (15 à 25 min) et adapté aux enfants. L'ordinateur peut cacher les résultats ou les produire à la fin de l'entrevue en affichant ou en imprimant un profil symptomatologique.

La compréhension des dessins par les enfants de 6 à 11 ans a été vérifiée. La fidélité **test-retest** étudiée auprès de 340 enfants de la population

québécoise a montré des corrélations intraclasse variant de 0,74 à 0,81 selon le problème étudié et des kappas variant entre 0,44 et 0,69 selon le seuil, la plupart des kappas étant autour de 0,60. La consistance interne mesurée par le coefficient alpha de Cronbach va de 0,64 à 0,83 ($n = 340$) selon le problème étudié (Valla et coll., 1997). Un **test** des différences de proportions entre les prévalences obtenues par des enfants non référés ($n = 55$) et référés en cliniques externes de psychiatrie ($n = 58$) a montré des différences significatives ($0,00 < p < 0,03$) pour tous les diagnostics. Les réponses des enfants permettent d'évaluer leur santé mentale. La validité de critère a été étudiée en utilisant le « Dominique » lui-même pour encadrer le jugement clinique. Les accords juges/enfant montrent des kappas qui vont de 0,64 à 0,88 selon le diagnostic (Valla et coll., 1994a).

5.2. Comparaisons avec d'autres instruments d'évaluation

Les dessins ont été utilisés pour évaluer le développement de l'enfant (Goodenough, 1926), comme **test** projectif (Machover, 1949), et plus récemment pour évaluer leurs habiletés cognitives (Dunn et Dunn, 1981), ou leurs compétences sociales (Harter et Pike, 1984).

Toutefois, l'utilisation de dessins pour évaluer la santé mentale des jeunes de façon standardisée est relativement nouvelle. Outre le Dominique, quatre autres instruments ont été construits dans ce but. Le *Preschool symptom self-report* (PRESS) (Martini et coll., 1990) étudie les symptômes dépressifs des enfants de 3 à 5 ans. Le *Levon* (Richters et coll., 1990), basé sur le Dominique, étudie la détresse des enfants victimes de stress post-traumatique. *Darryl* (Neugebauer et coll., 1999) étudie également le stress post-traumatique. Le *Pictorial instrument for children and adolescents* (PICA-III-R) (Ernst et coll., 1994) étudie la symptomatologie des jeunes hospitalisés, incluant les troubles extériorisés, intériorisés, psychotiques et la toxicomanie. Malheureusement, aucune donnée psychométrique n'a encore été publiée pour cet instrument. Pour chacun de ces quatre instruments les comparaisons avec le Dominique sont limitées soit par le groupe d'âge, soit par la symptomatologie étudiée, soit par l'absence de matériel.

Les comparaisons entre les versions « papier » du « Dominique » et les instruments plus traditionnels (basés sur des phrases) d'évaluation de la santé mentale des jeunes supportent l'approche graphique. Concernant la fidélité, les corrélations intraclasse obtenues entre **test** et retest avec le Dominique-R (0,71-0,81) se comparent favorablement à celles obtenues avec le DISC-R dans un échantillon différent (0,35-0,73) (Schwab-Stone et coll., 1994). Les valeurs des kappas obtenues avec le Dominique-R se comparent favorablement avec celles obtenues avec le DICA-R (Boyle et coll., 1993). Dans ces deux études conduites auprès d'enfants de 6 à 11 ans les critères de fréquence et de durée normalement présents dans le DISC-R et le DICA-R n'ont pas été utilisés. Les résultats de ces deux études sont donc très comparables à ceux des études réalisées avec le Dominique-R. L'influence de l'âge sur la fidélité du Dominique-R confirme les résultats des autres études (Edelbrock et coll., 1985 ; Boyle et coll., 1993 ; Schwab-Stone et coll., 1994), selon lesquelles plus les enfants sont âgés, plus leurs réponses sont fidèles. La validité de critères utilisant le jugement clinique montre des kappa dont les valeurs varient de 0,64 à 0,88 pour le Dominique, alors que les valeurs des kappa obtenues avec le DISC-2.3 auprès de jeunes de 9 à 18 ans vont de 0,27 à 0,57.

Ainsi, la fidélité et la validité du Dominique sont-elles apparemment plus élevées que celles des instruments plus traditionnels. Ces comparaisons suggèrent que pour l'évaluation de la santé mentale chez les jeunes l'utilisation combinée de stimuli visuels et auditifs est supérieure à celle de stimuli uniquement auditifs.

5.3. Limites de l'instrument

Les limites cognitives des enfants de 6 à 11 ans interdisent l'évaluation de la fréquence et de la durée des symptômes. Le « Dominique interactif » étudie donc uniquement la symptomatologie. Ce respect des limites cognitives des enfants leur permet d'être des informateurs fiables. Toutefois, l'absence des critères temporels restreint la correspondance entre l'instrument et le DSM-IV.

Même si l'instrument respecte les limites cognitives des enfants, d'autres éléments peuvent restreindre la qualité de l'information recueillie, le manque d'*insight* par exemple.

Comme les enfants ont tendance à vivre dans le présent, leur vécu ayant immédiatement précédé l'évaluation peut influencer leurs réponses. Les images et les autres caractéristiques du « Dominique interactif » permettent d'aller chercher le point de vue de l'enfant, mais elles limitent les comparaisons directes avec les mesures plus traditionnelles de la santé mentale utilisées auprès des informateurs adultes.

La brièveté du « Dominique interactif » tient compte de la période pendant laquelle les enfants sont capables d'être attentifs. Toutefois, pour que l'instrument demeure court, il a fallu limiter le nombre de problèmes évalués.

Bien que les dessins soient utilisés depuis longtemps avec les enfants, leur utilisation pour l'évaluation standardisée de leur santé mentale est relativement nouvelle. Aussi, il n'existe encore que peu d'informations sur la validité prédictive du « Dominique interactif ».

Les enfants de moins de 6 ans et ceux présentant un retard mental tendent à se concentrer sur des détails concrets plutôt que sur la situation d'ensemble, et à fournir des réponses comme : « Je ne suis pas comme Dominique parce que je ne porte pas de pantalons noirs. »

Ces différentes limites représentent ce que l'on doit accepter pour obtenir une information standardisée et fiable de la part des enfants de 6 à 11 ans (Valla et coll., 2000).

6. Méthodologie

Dans la première étape de construction du test, il fallait faire le point sur l'état des lieux concernant les techniques utilisées pour le diagnostic des troubles psychologiques chez les enfants, nous sommes passés au choix d'un outil constitué d'une série de planches présentant l'enfant dans différentes situations « traumatiques ». L'idée étant qu'il est difficile, voire impossible d'élaborer du premier coup un outil pouvant appréhender tous les troubles psychologiques chez l'enfant, nous avons opté pour le diagnostic du *traumatisme psychique chez l'enfant*.

L'outil retenu est constitué d'une série de planches. Les situations présentées dans les planches montrent un enfant face à un événement

potentiellement traumatique. Ces situations n'ont pas été choisies d'une façon arbitraire : elles reflètent ce que les spécialistes de l'enfance considèrent comme étant des situations susceptibles d'induire des troubles psychiques chez l'enfant.

Les planches se subdivisent en deux catégories :

1) celles relatives aux situations potentiellement traumatiques et où l'enfant est lui-même victime d'accidents, d'enlèvement, de maltraitance...ou témoin de situation potentiellement traumatique : témoin de violences familiales, témoin d'agression...

2) celles relatives aux symptômes que l'enfant peut développer : hyperactivité, cauchemars, énurésie...

Il faut souligner aussi que les situations présentant les symptômes ont été retenues en fonction des symptômes décrits par le DSMIV comme étant des troubles définissant le PTSD chez l'enfant.

6.1. L'opérationnalisation des événements de vies

- Nous avons procédé en premier lieu à l'opérationnalisation des événements de vies violents, en deuxième lieu à l'opérationnalisation des symptômes et troubles liés à ces événements. S'inspirant du CIDI (Composite International Diagnosis Interview) ; les scènes vont représenter Amine(a) dans ou face aux situations suivantes :

- Maltraitance verbale et psychique : des scènes de menaces, de rejet, d'insultes, d'abandon
- Maltraitance physique. Elle est représentée par des scènes d'agression, d'abus d'autorité, de châtiments corporels tels que : être giflé, être brûlé, être frappé, etc.
- La séparation est représentée par le décès, la maladie, l'absence d'un parent, le déménagement. L'enfant peut se perdre ou avoir été kidnappé.
- Le sujet peut avoir été victime lui-même d'une agression.
- Avoir été témoin de violences familiales
- Avoir été témoin d'une agression sur quelqu'un d'autre dans la rue.
- Avoir été témoin d'un accident : brûlure, chute dangereuse, maladie grave, accident de la circulation, etc.
- Avoir connu la privation dans un ou plusieurs des besoins vitaux : avoir été privé de nourriture, de soins ou d'abri.

- Avoir été victime d'un accident : brûlure, chute dangereuse, maladie grave, accident de la circulation, etc.
- Avoir été victime d'attouchements sexuels ou de viol.

6.2. Réactions pathologiques du sujet à l'événement traumatique

Les enfants victimes de violences présentent souvent un choc psychologique se traduisant par de l'anxiété, un état dépressif, des cauchemars, de l'insomnie, échec scolaire....

Ces troubles nécessitent parfois une psychothérapie quand ils durent plus d'un mois et qu'ils entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement relationnel, social, scolaire ou dans d'autres domaines importants. Mais la durée de ces troubles et leur intensité dépend essentiellement du comportement de l'entourage de l'enfant.

Les troubles se traduisent par des symptômes:

1. L'événement vécu est constamment revécu, à travers des souvenirs répétitifs et les jeux répétitifs.
2. Rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse.
3. Impression ou agissements soudains « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire (illusions, hallucinations, flash-back).
4. Sentiment intense de détresse psychologique lors de l'exposition à des situations externes ou internes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause.
5. Réactivité physiologique lors de l'exposition à des situations internes ou externes pouvant évoquer un aspect de l'événement traumatique en cause.

6.3. Symptômes d'évitement

Evitement persistant des stimuli associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme), avec au moins trois des manifestations suivantes :

- Efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associées au traumatisme.
- Efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent

des souvenirs du traumatisme.

- Incapacité à se rappeler un aspect important du traumatisme.
- Réduction nette de l'intérêt pour des activités antérieurement importantes ou réduction de la participation à ces mêmes activités
- Sentiment de détachement d'autrui ou bien sentiment de devenir étranger aux autres personnes.
- Restriction des affects (par exemple : incapacité à éprouver des sentiments tendres).
- Tristesse

7.Symptômes neurovégétatifs

Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme); au moins deux des manifestations suivantes :

- Difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu.
- Irritabilité ou accès de colère.
- Difficultés de concentration
- Hyper-vigilance.
- Réactions de sursaut exagérées.
- Hyperactivité :
- Enurésie
- opposition
- trouble de conduite
- Plaintes somatiques (maux de têtes, nausées, vomissement

7. 1 Elaboration des planches et des consignes

Les planches ont été élaborées en collaboration avec un dessinateur. Elles ont été sujet de discussion au niveau de l'équipe. il n'était pas évident que nous les gardions telles qu'elles se présentent. Il s'agit de retravailler les personnages et les situations avec le dessinateur avant de passer à la phase de la passation.

Et Il fallait s'entendre sur le personnage central, c'est-à-dire Amine, quelle allure lui donner ? Faut-il qu'il ne soit pas trop marqué sur le plan de la sexualité pour permettre l'identification des garçons et des filles ? Que faut-il faire pour introduire la touche algérienne ? Faut-il

représenter tous les événements considérés dans la littérature comme potentiellement traumatiques et multiplier ainsi le nombre de planches ou faut-il réduire leur nombre et selon quels arguments ? Toutes ces questions et d'autres ont été débattues au sein de l'équipe et nous étions tenus d'y répondre pour passer à la phase d'expérimentation du test auprès des enfants.

- Elaboration des consignes

Au départ nous pensions que deux consignes –l'une concernant les événements et l'autre concernant les symptômes- suffiraient. Or, la discussion en groupe et la référence à la clinique nous ont orientés vers un autre choix : à savoir prévoir une consigne pour chaque planche. Ce choix nous semble pertinent pour les raisons que nous venons d'avancer mais aussi parce que les consignes telles que formulées elles peuvent être comprises par les enfants et de recueillir à travers les questions accompagnant ces consignes d'obtenir des informations concernant les affects et les stratégies qu'utilisent l'enfant devant des situations de violence le concernant ou concernant autrui. Ces consignes ont été testées sur un petit groupe d'enfants algériens s'exprimant en français et elles ont donné de bons résultats, dans la mesure où elles ont été comprises et ont permis la verbalisation.

8. Ce qu'il reste à réaliser

- Traduire toutes les consignes en arabe algérien, c'est-à-dire dans un langage à la portée des enfants de 6 ans.

- Tester l'outil auprès d'un échantillon représentatif d'enfants situés dans la tranche des 6-11 ans.

- Codifier l'outil afin qu'il permette au psychologue clinicien de poser le diagnostic de traumatisme psychique chez l'enfant.

Ceci permettra de mettre à la disposition du psychologue algérien un outil qui lui permettra de travailler avec les enfants et d'identifier le traumatisme psychique.

Ceci pour dire que le travail n'est pas achevé et c'est pourquoi nous demandons une prolongation d'une année afin de mener à bien les tâches qui nous restent à effectuer pour disposer d'un outil d'investigation élaboré par des psychologues algériens et étalonnés sur une population d'enfants algériens.

Pour en revenir au test Amine(a) : après les différentes tentatives faites pour définir les planches appropriées et les essais du dessinateur auquel nous avons fait appel, nous avons retenu (nombre de planches) et les consignes qui leur correspondent. Pour que ce test soit validé et utilisable par le clinicien, il reste à le tester auprès de larges populations enfantines dans différentes régions d'Algérie. Pour le moment, nous avons commencé à le tester auprès de 100 enfants à Sidi Moussa, 100 à Alger centre et 100 à Msila. Ce premier test vise à évaluer les consignes proposées et à voir si les planches retenues sont comprises par les enfants. Cette étape est en cours de réalisation.

A l'issue de cette première expérience, nous passerons aux dernières corrections avant d'en corriger les biais, les planches qui ne sont pas appropriées, les consignes qui n'auraient pas été comprises. Ceci pour dire que nous sommes en cours de passation et que nous avons mobilisé pour cela les membres de l'équipe de recherche mais aussi des psychologues cliniciens travaillant avec les enfants.

L'outil, comme nous le disions est en train d'être testé par les membres de l'équipe mais aussi par d'autres psychologues qui travaillent avec les enfants en âge de latence, ces-à-dire des enfants dont l'âge varie entre 6 et 12 ans. Des passations ont déjà été effectuées et des observations ont été émises par les examinateurs concernant les consignes : toutes les consignes n'ont pas été comprises comme celles qui réfèrent aux affects ou à l'imaginaire. Il s'agit ainsi de revoir la formulation des consignes en en proposant d'autres qu'il faudra aussi tester car la question qui se pose est : est-ce que ce sont seulement quelques enfants qui n'ont pas compris ou est-ce les consignes comme formulées ne peuvent pas être comprises par les enfants appartenant à la tranche d'âge ciblée.

Le test définitif sera mis à la disposition des psychologues vers la fin 2010 et nous demanderons dès lors la reconnaissance du test comme un outil d'investigation psychologique auprès de l'autorité compétente.

Références bibliographiques

ACHENBACH Thomas M ; Teacher's report form for 5 – 18ans (1991), centre for children , youth & families . University of Vermont.

ACHENBACH, T.M. & EDELBROCK, C.S. (1983). *Manual for the Child Behavioral Checklist*, Burlington, VT : Queen City Printers.

ACHENBACH, T.M. & EDELBROCK, C.S. (1986). *Manual for the teacher's report form and teacher version of the child Behavior profile*. Burlington, VT : University Associates in Psychiatry.

ACHENBACH TM, MCCONAUGHY SH, HOWELL CT. Child/adolescent behavioral and emotional problems : implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychol Bull* 1987, **101** : 213-232

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edition. Washington, DC.

BIRD H, GOULD M, STAGHEZZA B. Aggregating data from multiple informants in child psychiatry epidemiological research. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992, **31** : 78-85

BOYLE MH, OFFORD DR, RACINE Y, SANFORD D, SZATMARI P et coll. Evaluation of the diagnostic interview for children and adolescents for use in general population samples. *J Abnorm Child Psychol* 1993, **1** : 663-681

COHEN, J.A. (1998). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescent with PTSD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37(suppl), 4S-26S.

COSTELLO EJ, COSTELLO AJ, EDELBROCK C, BURNS BJ, DULCAN MK et coll. Psychiatric disorders in pediatric primary care. *Arch Gen Psychiatry* 1988, **45** : 1107-1116

COSTELLO E.J., ANGOLD A., MARCH JS, et al.(1998). Life events and post-traumatic stress: the development of a new measure for children and adolescents. *Psychol Med*, 28, 1275-1288.

DRAKE EB, SHERRY FB, WILFRED GVG. (2001). Evaluation and assessment of PTSD in children and adolescents. *Review of Psychiatry*, vol.20, 1, 1-31.

DUNN LM, DUNN LM. Peabody picture vocabulary **test-revised** manual. American Guidance Service, Circle Pines, MN, 1981

EDELBROCK C, COSTELLO AJ, DULCAN MK, KALAS R, CONOVER NC. Ages differences in the reliability of the psychiatric interview of the child. *Child Dev* 1985, **56** : 265-275

ERNST M, GODFREY KA, SILVA RR, POUGET ER, WELKOWITZ J. A new pictorial instrument for child and adolescent psychiatry : a pilot study. *Psychiatry Res* 1994, **51** : 87-104

FREDERICK C. (1985). Children traumatized by catastrophic situations. In *PTSD in Children*. Edited by Eth S.Pynoos R.S. Washington, DC, American Psychiatric Press, 73-99.

FREDERICK C., PYNOOS R., NADER K. (1992) Childhood PTS Reaction Index (CPTS-RI). *Available on request from Frederick & Pynoos*. Los Angeles.

GOODENOUGH FL. Measurement of intelligence by drawings. World Book, New York, 1926

HARTER S, PIKE R. The pictorial scale of perceived competence and social acceptance for young children. *Child Dev* 1984, **55** : 1969-1982

JENSEN P, RUBIO-STIPEC M, CANINO G, BIRD H, DULCAN M et coll. Parent and child contribution to diagnosis of mental disorder : are both informants always necessary ? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999, **38** : 1569-1579

KOVES VIVIANE, JEAN PIERRE VALLA : Approche de la santé mentale des enfants en milieu scolaires (2001)

MACHOVER K. Personality projection in the drawing of the human figure. Thomas, Springfield Il, 1949

MARTINI DR, STRAYHORN JM, PUIG-ANTICH J. A symptom self-report measure for preschool children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990, **29** : 594-600

NADER K.O., NEWMAN E., WEATHERS F.W., et al. (1998). *Clinical Administered PTSD Scale for Children and adolescents for DSM IV (CAPS-CA)*. Lebanon, NH, The Hitchcock Fondation.

NEUGEBAUER R, WASSERMAN GA, FISHER PW, KIINE J, GELLER PA, MILLER LS. Danyl, a cartoon-based measure of cardinal posttraumatic stress symptoms in school-age children. *Am J Public Health* 1999, **89** : 758-761

PYNOOS, R., FREDERICK, C., NADER, K., ARROYO, W., STEINBERG, A., ETH, S., NUNEX, F., & FAIRBANKS, L. (1987). Life threat and

posttraumatic stress in school age children, *Archives of General Psychiatry*, 44, 1057-1063

RICHTERS JE, MARTINEZ P, VALLA JP. Levonn : A cartoon-based structured interview for assessing young children's distress symptoms. National Institute of Mental Health, 1990

SAIGH, P.A. (1991). The development and validation of the Children's Post-traumatic Stress Disorder Inventory. *International Journal of Special Education*, 4, 75-84.

SAIGH PA, YASIK AE, OBERFIELD RA, et al. (2000). The children's PTSD Inventory: development and reliability. *J trauma Stress*, 13, 369-380.

SCHWAB-STONE M, FALLON T, BRIGGS M, CROWTHER B. Reliability of diagnosing reporting for children aged 6-11 years : a **test-retest** study of the Diagnostic Interview Schedule for Children-Revised. *Am J Psychiatry* 1994, **151** : 1048-1054

TERR LC. (1994). *Unchained memories : true stories of traumatic memories lost and found*. New York, Basic Books.

VALLA JP, BERGERON L, BERUBE H, GAUDET N, ST-GEORGES M. A structured pictorial questionnaire to assess DSM-III-R-based diagnoses in children (6-11 years) : development, validity and reliability. *J Abnorm Child Psvchol* 1994a, **22** : 403-423

VALLA JP, BRETON JJ, BERGERON L, GAUDET N, BERTHIAUME C et coll. Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de 6 à 14 ans 1992. Rapport de synthèse, Interressources, Montréal, 1994b : 132 p

VALLA JP, BERGERON L, SMOLLA N. The Dominic-R : A pictorial interview for 6-to 11 -year-old children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000, **39** : 85-93

WOLFE, V.V., GENTILE, C. & WOLFE, D.A. (1989). The impact of sexual abuse on children : A PTSD formulation. *Behavior Therapy*, 20, 215-228.