

**Résumé :**

L'état de stress post-traumatique (PTSD) est une pathologie fréquente dans la clinique et chez les personnes ayant subi un ou plusieurs traumatismes au cours de leurs vie. La prévalence de la maladie est estimée de 1 à 9% sur la population générale. (Hidalgo & Davidson; 2000)

Ces chiffres augmentent considérablement en Algérie; le ministère de la santé et de la population et de la réforme hospitalière a enregistré une prévalence dépassant les 20% dans les wilayas les plus fortement touchées comme Chlef, Médéa, et Saida. (Khiati, 2006)

Au cours des dix dernières années les Algériens ont vécu divers traumatismes, ayant touché toutes les tranches d'âge et catégories sociales, mais beaucoup plus certaines régions par rapport à d'autres. Certains ont parlé toujours avec les mêmes émotions ayant précédées l'événement ou à l'opposé souffrent toujours en silence; d'autres l'ont dépassé pour s'engager dans leurs propres raisons de vie.

Le soutien social est le premier facteur de protection aidant les traumatisés à rebondir et reprendre le cours de la vie surtout quand il s'agit de l'enfant ; Quelle place prend t-il dans notre clinique ? Et quelle dynamique engagée par le clinicien pour l'intégrer dans la prise en charge ?

Une vignette clinique d'un cas d'enfant traumatisé, répondra à nos questionnement.

**Mots clefs :** PTSD-Décennie noire- événement traumatique- Soutien sociale- Enfance

## **INTRODUCTION :**

Tous les survivants pour avoir côtoyé la mort, ont traversé un état de stress aigu, aux modalités diverses, la plupart d'entre eux, à distance plus ou moins éloignée de l'événement souffrent de stress post traumatique aux conséquences dramatiques: reviviscence des faits, troubles du sommeil, perturbations psychosomatiques diverses, modification de la personnalité, sentiment de culpabilité, dérèglement des aptitudes sociales et professionnelles. [4]

Les troubles post- traumatiques constituent actuellement dans notre pays un problème de santé publique, qui nécessite de déterminer des conduites spécifiques et efficaces en psychologie clinique, surtout lorsqu'il s'agit de l'enfant.

Lorsque des enfants ont été exposés à un événement potentiellement traumatique, il n'est pas toujours aisé de déterminer qui doit bénéficier d'une intervention thérapeutique. Plusieurs types de situation se rencontrent.

### **Définition :**

Selon le DSM IV, l'état de stress post-traumatique est une réaction pathologique anxieuse survenant suite à l'exposition à un événement, menaçant le sujet dans son intégrité physique avec un sentiment d'impuissance.

La durée de la symptomatologie doit être supérieure à un mois pour la forme aiguë du syndrome et à trois mois pour la forme chronique ; et si le début des troubles survient au moins six mois après le traumatisme, nous sommes face à la forme différée du trouble. [7]

### **L'hypothèse étiologique :**

Le traumatisme psychique appartient probablement au fonds communs de l'expérience humaine ; depuis les premiers écrits inspirés légués par les pionniers de la psychanalyse (Freud, Ferenczi, Rank...); celle-ci suppose que le trouble est une expérience de secours pour le moi, qui doit faire face à une accumulation d'excitation qu'il ne peut maîtriser [3].

Contrairement à l'approche cognitive, qui affirme que le sujet est sollicité par un excès de stimulation et débordé dans ces capacités des traitements de l'information. Le système dérégulé, met l'organisme en retrait vis-à-vis des excitations et déclenche la répétition des réactions en l'absence de stimuli réels.

## **Symptomatologie :**

D'un point de vue psychopathologique individuel, la clinique infantile fait apparaître une symptomatologie qui n'est que trop prévisible [6]. Néanmoins, nous avons été particulièrement frappés par la concertation et l'impuissance des adultes soignants et parents qui donnent le sentiment d'être écrasés pour longtemps par la lourdeur de l'avenir, que ces enfants qu'ils accompagnent aux consultations, auront à porter.

### **1- Phase de latence**

Selon Croq. (1996), la période d'incubation peut durer jusqu'à un an après l'exposition à l'événement traumatique, contrairement à l'exposé de Pynoos (1985) qui selon lui, cette période est inexistante chez l'enfant. Nous signalons également l'absence d'amnésie post-traumatique et de dénie d'avoir vécu l'événement au cours de cette phase.

### **2- Phase d'Etat :**

Nous reprenons ici les symptômes les plus fréquents rencontrés au cours de cette phase, il faut préciser que le DSM IV a retenu 21 symptômes.

#### **\* Syndrome de répétition :**

Reviviscence du traumatisme sous forme de cauchemars et ou flash back récidivant. (à signaler leurs rareté chez l'enfant), peut aussi s'exprimer sous des modalités nuancées, telles que: surprise, frayeur, terreur, sentiment d'impuissance, colère, vécu d'abandon avec accompagnement neurovégétatif des phénomènes de répétition (pâleur, sueur, vertige, tachycardie) rappelant ou symbolisant le trauma. Chez l'enfant un comportement désorganisé peut se substituer à ces manifestations. Dans le cas sévère, les patients vivent ces répétitions chaque jour ; voire plusieurs fois par jour, spécifiquement sous forme de jeux répétitive chez l'enfant exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.

**Réaction de sursaut exagéré:** Suite à l'exposition aux stimuli spécifiques ou non spécifiques, liés au trauma. La perception d'un bruit brusque provoque une reviviscence du trauma et se trouve interprétée à travers une logique de la répétition, comme l'annonce d'un nouvel événement catastrophique [2]

**\* Syndrome pseudo phobique:** Peur suscitée par un lieu, un objet, un animal, une caractéristique physique qui rappelle directement le traumatisme [2]

## **Caractéristiques des réponses traumatiques chez l'enfant :**

Lenore Terr (1985) a retenu quatre principales différences, par rapport à celle de l'adulte à travers l'évaluation initiale et le suivi à long terme des 25 enfants qui furent kidnappés et pris en otages pendant 27 heures à chowchilla aux Etats Unis.

- Absence d'amnésie de l'évènement.
- Absence d'inhibition de la pensée et de repli sur soi.
- Rareté de flash backs.
- Peu d'impact sur les performances scolaires et les apprentissages.

Trois autres caractéristiques, ne sont pas absolument spécifiques chez les enfants, mais beaucoup plus fréquentes ou intenses chez eux.

- Les jeux répétant l'évènement traumatique et la mise en scène de celui-ci à travers les conduites sont très fréquents.
- Il existe plus fréquemment un trouble de la perception du temps et celle-ci s'exprime de manière plus dramatique que chez l'adulte.
- La vision du futur est raccourcie, les enfants plus que les adultes semblant avoir perdu quasiment toute perspective d'avenir [11]

## **Types de traumatisme chez l'enfant :**

**Type 1** : se définit par la survenue d'un seul évènement traumatique, l'évènement ne peut être anticipé par l'enfant. Les critères de répétition, d'évitement et l'état d'alerte caractérisent l'état de stress post trauma [8].

**Type 2** : provient de l'exposition répétée à des évènements externes le premier évènement a un effet de surprise sur l'enfant, la succession d'évènement stressant crée un sens de l'anticipation. Ce qui donne naissance à des désordres de la conduite, des déficits de l'attention, des syndromes dépressifs ou des syndromes de dissociation [8].

## **L'évolution :**

Selon Kathi Nader (1990), les symptômes diminuent d'autant plus vite que l'enfant a été peu exposé à la violence et à un risque pour sa vie. La peur d'une nouvelle attaque persiste chez l'enfant exposé directement à l'évènement traumatique [1].

### **- Soutien social**

## **Définition :**

Kaplan (1974) définit le soutien social comme étant l'encouragement dispensé au sujet pour atteindre un meilleur feedback d'eux même; les soutiens sociaux sont ceux qui donnent l'information et l'orientation des ressources concrètes, un soutien affectif en cas de besoin, d'autre part Cobb (1967) affirme que c'est un ensemble d'information guidant le sujet vers une valorisation et une appartenance à un réseau social.

## **Soutien Social et Stress post-traumatique :**

Toutes les études recensées ayant travaillé sur le soutien social et le trauma, sont affirmatives pour l'importance du soutien social dans la diminution des symptômes post-traumatiques et l'amélioration de l'ajustement psycho-social.

La recherche de Krzysztof Kniasty et FranhNouris (1996), admet que le soutien social joue un rôle positif juste après les catastrophes, et diminue les réactions pathologiques à long terme [2]. Le soutien perçu lors de l'exposition à l'évènement joue un rôle important dans sa détermination [2], d'où la réaction de retrait social, parfois d'agressivité envers autrui, ou de revendication envers la société. Concernant l'enfant, sa famille représente à la fois un contenant positif des réactions post-traumatiques ou facteur aggravant. Dans d'autres cas l'enfant dépasse l'évènement traumatique, s'adapte à travers certaines stratégies et réussit sa scolarité.

Selon Boris Cyrulnik (1998), l'auteur de l'ouvrage « ces enfants qui tiennent le coup », plusieurs orphelins, traumatisés dans leurs enfances sont devenus célèbres par la suite, ont su rebondir, il cite : Dumas, Rousseau, Denté, Baudelaire et bien d'autres. Il interprète leur réussite sociale selon le facteur résilience ; à savoir un bon maintien d'un processus normal de développement malgré les conditions difficiles, la résilience est un processus complexe, un résultat, l'effet d'une interaction entre l'individu et son environnement [4].

C'est ce que nous allons présenter dans le cas qui suit

## - Vignette Clinique :

Il s'agit d'un enfant âgé de 7 ans et demi, que nous avons prénommé Anis, demeurant à Bentalha, et originaire de la même région ; cadet d'une fratrie de 3 frères et une sœur. Anis est inscrit en 2<sup>ème</sup> année scolaire orphelin de père, qui est décédé suite à un cancer survenu juste après les événements de Bentalha. La maman le ramène à la consultation de psychologie, pour difficulté de concentration et craintes incontrôlables.

L'anamnèse ne révèle aucun antécédent pathologique, l'évaluation de ces capacités cognitives fut positive. Il subi divers traumatismes au cours de sa 1<sup>ère</sup> enfance : le décès du père à l'âge de 2 ans <sup>1/2</sup>, une attaque terroriste au quartier à l'âge de 4 ans, le séisme de mai 2003, et selon le vécu de l'évènement la séparation de sa maman lors de sa première scolarisation.

Cliniquement, Anis se présente très collaborant, sans crainte apparente, répond à toutes les questions, sauf celles concernant de près ou de loin les événements traumatiques, le jeu révèle des gestes violents, relevant une thématique d'abondant, l'investigation montre la présence d'un syndrome de reviviscence sous forme de cauchemar, sursaut, avec détresse et anxiété, attachement physique à la maman, y compris la nuit.

Le dessin de la famille révèle certains éléments très intéressants. Si le dessin de sa famille( voir annexe) est sans grandes particularité, à part la place importante que prend sa sœur unique dans sa vie, il se trouve que le dessin de la famille idéal est très expressif, il s'agit d'une famille composée de 3 personnes ; un couple et un enfant. Au cours de l'entretien Anis les désigne comme étant son oncle et sa tante, et lui. Rappelons qu'au cours de notre entretien d'investigation avec la maman, celle-ci nous informe que toutes les relations avec cette famille, voisine à eux également sont rompues.

Quant nous revoyons la maman en psychothérapie bref de soutien, elle montre après la 4<sup>ème</sup> séance une nette volonté de reprendre, et d'améliorer les relations familiales spécialement avec l'oncle (substitut paternel) pour la bien être de son fils.

## Conclusion :

suite à notre bref exposé théorique, et à notre petite expérience clinique avec les enfants traumatisés et leurs familles, nous avons constaté que les parents sont de mauvais évaluateurs de l'impact d'un événement traumatique sur leurs enfants, d'autre part il n'est point systématique que chaque enfant ayant subi un traumatisme, soit forcément souffrant ; la tendance des enfants à ne pas parler de leur souffrance doit être relativisée, il se trouve que parfois les parents attribuent leur détresse à leur enfants ; ou bien au contraire deviennent le vécu douloureux.

L'entourage familial, l'école, et parfois la société vont parfois réagir selon les mêmes schémas, l'enfant se repli sur lui-même, se tait. L'intervention du clinicien ne doit en aucun cas s'inscrire dans ce registre, même si dans certaines institutions il est difficile de ne pas s'engager. Le soutien social doit être cerné à travers l'évaluation des attitudes et positions de ces acteurs, afin qu'il puisse être une variable positive dans le post trauma.

## Bibliographie :

- 1) Achoui, M., Khiati, M., Gahar, S., Khelal, N., Zemirline, S., (2012), l'estime de soi chez les adolescents atteints de Stress Post Traumatique, in : les traumatismes psychiques en Algérie, Alger : Dar El Ouma ( en arabe).
- 2) Bailey, L., (2002), traitement des psycho traumatismes de l'enfant in : les traumatismes psychiques, France: Masson, p. 22.
- 3) Bailly L., (1996), Les catastrophes et leurs conséquences psycho traumatique chez l'enfant, ESF, Editeur.
- 4) Botvinik et al., (2000), Psychiatrie, France : Edition Estem
- 5) Brady, K. t., (1997), PTSD and comorbidity: recognizing the many faces of PTSD, journal of clinical psychiatry, 58, suppl. 9: 12-15.
- 6) Cyrulnik B.
- 7) ,(1998), Ces enfant qui tiennent le coup, France : édition homme et perspectives.
- 8) Doray, B., Louzoun, C., Dans le traumatisme dans le psychisme et la culture, édition érès, 1997
- 9) DSM IV, Critère diagnostics, 1996, Paris : Masson, p. 208.
- 10) Hidalgo, R.B., Davidson, J.R.T. (2002), Post-traumatic Stress Disorder: Epidemiology and Health-Related Considerations. Journal of Clinical Psychiatry, 61 (7), 5-13.
- 11) Khiati, M., (2006), L'Algérie: L'enfance blessée, les enfants de Bentalha racontent, Alger : Ed. Barzakh.
- 12) De Clerq M. & Lebigot F., (2002), Les traumatismes psychiques, France : Masson
- 13) Caris R., (2001), Victimologie, France : l'Harmattan p. 77.
- 14) Steinitz, A., Croq, L., L'inventaire-échelle de névrose traumatique, psychologie Médicale, 1992, 24, 5 : 437-455.
- 15) Terr, L., (1985), Children traumatised in small group, in: S. ETH et R. Pynoos (eds), PTSD in Children, Washington, D.C.: American Psychiatric Press.