

Revue générale

Stress post-traumatique de l'enfant : comment le pédiatre peut-il agir ?

RÉSUMÉ : Le trouble stress post-traumatique (TSPT) est la principale conséquence psychopathologique d'un événement potentiellement traumatique (EPT). Les EPT sont d'une importance méconnue malgré leur grande fréquence. Certaines situations imposent particulièrement la vigilance, comme le handicap, des tentatives de suicide, des conduites addictives ou des fugues.

Il importe pour le pédiatre de savoir reconnaître le TSPT chez l'enfant par une bonne connaissance de la clinique qui est complexe, variant en fonction de l'âge, mais bien définie, même pour de très jeunes enfants. La consultation de pédiatrie est un temps privilégié pour le repérage et l'évaluation des troubles.

Dans certains cas, elle mènera à des mesures de protection. Plus souvent, le pédiatre pourra jouer un rôle essentiel pour conseiller les familles et aider à la bonne orientation de l'enfant, sachant que les thérapeutiques ont une efficacité bien validée. Dans son rôle d'accompagnement des familles, il pourra se montrer précieux pour limiter les perdus de vue en cours de traitement, les conduites d'évitement faisant partie du TSPT.



G. VILA
Centre de Victimologie pour Mineurs,
Hôpital Trousseau, PARIS.

Le trouble stress post-traumatique (TSPT) est la conséquence psychopathologique fréquente et spécifique de la confrontation à une atteinte ou une menace à l'intégrité de la personne ou d'un proche, autrement dit de la rencontre avec un événement potentiellement traumatique (EPT).

Les EPT sont très divers, qu'il s'agisse d'attentats, d'accidents, de catastrophes naturelles, d'abus sexuels, de harcèlement scolaire, ou d'autres maltraitements. On peut être victime aussi en étant témoin de violences subies par d'autres et développer un TSPT ; on sait par exemple la grande fréquence des violences conjugales et que l'enfant en est souvent témoin et en souffre, même quand il ne subit pas lui-même des violences verbales, physiques, ou sexuelles. Le DSM-V [1] cite les types de situations que l'on peut retenir comme EPT. Les EPT sont extrêmement fréquents chez l'enfant et l'adolescent et c'est un point

essentiel dans la pratique d'un pédiatre d'avoir présent à l'esprit qu'une majorité de ses jeunes patients a été impliquée dans de tels incidents, souvent de façon répétée, et est donc susceptible de présenter un TSPT. Selon une étude récente en population générale aux États-Unis, on estime que 61,8 % des jeunes âgés de 13 à 17 ans ont connu au moins une fois dans toute leur vie un EPT [2].

La recherche des EPT devrait donc faire systématiquement partie de l'interrogatoire du patient et de ses parents quel que soit le motif de la consultation, même si elle est menée avec tact et respect. Des questions simples ouvrent le dialogue sans être inductives ni forcer la parole. L'enfant doit sentir un réel intérêt du praticien, sans curiosité ni gêne excessives. Tout examen pédiatrique devrait comporter un temps seul avec le patient, notamment l'adolescent, pour lui permettre de s'exprimer sur des difficultés personnelles et de poser des

I Revues générales

questions qu'il n'aurait pas abordées en présence de ses parents. La consultation de pédiatrie et l'examen somatique sont un temps privilégié pour que l'enfant parle de lui ; prendre soin du corps ouvre un accès essentiel pour aborder le psychisme. Le suivi d'une pathologie somatique, des affections intercurrentes, les examens systématiques comme lors des vaccinations ou des certificats pour le sport permettent des questions simples sur la vie à l'école, à la maison, les activités ou les relations avec la fratrie et les camarades.

Développer un TSPT est fréquent à la suite d'un EPT [3]

Une méta-analyse récente montre que 15,9 % des jeunes de 2-18 ans exposés à un EPT développent un état de stress post-traumatique [4]. En population générale sur toute leur vie, 4,7 % des jeunes (garçons : 2,2 % vs filles : 7,3 %) de 13-17 ans ont présenté ou présentent un état de stress post-traumatique DSM-IV ; la durée moyenne de l'épisode d'ESPT était de 14,8 mois pour ceux (2/3 des cas) en rémission [2]. On n'est pas devant des troubles psychiques réactionnels à un facteur de stress mais face à des épisodes chroniques (durant plus de trois mois) et d'évolution prolongée [5].

Le problème principal en pratique est que le TSPT est souvent méconnu, en particulier chez l'enfant

Il ne vient pas de son propre chef en consultation, même s'il sait se montrer demandeur d'aide ; il est parfois dans un conflit de loyauté envers ses parents. Les symptômes d'appel peuvent être très peu spécifiques, comme des céphalées, des maux de ventre, des troubles du sommeil, de la fatigue, ou des difficultés scolaires. Plus évocatrices sont des consultations répétées pour des motifs vagues ou variés chez le pédiatre de ville, des venues itératives aux urgences pour

des tentatives de suicide à répétition, des fugues ou des états d'agitation.

Pour reconnaître le TSPT, il faut en connaître les signes

Le point principal à l'examen est la réunion d'un EPT, même ancien et banalisé, de symptômes psychopathologiques et d'un retentissement sur la vie de l'enfant. Le DSM-V précise les critères diagnostiques caractérisant au plan international le TSPT (anciennement ESPT : état de stress post-traumatique [6]).

Chez un sujet qui a été exposé à un EPT, pendant plus d'un mois, on constate des reviviscences, un évitement des pensées, des émotions ou des lieux, situations, objets et personnes en lien avec l'événement, des altérations cognitives et de l'humeur et une augmentation de la réactivité (troubles de concentration ; irritabilité ou hostilité ; difficulté à s'endormir ou à rester endormi ; hypervigilance ; réaction de sursaut exagérée ; comportements autodestructeurs). Les reviviscences sont des souvenirs pénibles récurrents, involontaires, et envahissants de l'événement traumatique.

Il peut aussi s'agir de réactions dissociatives (*flash-backs*, par exemple) dans lesquelles l'individu se sent ou agit comme si l'événement traumatique se reproduisait (de telles réactions peuvent survenir sur un *continuum*, l'expression la plus extrême étant une perte totale de conscience de l'environnement actuel) ; chez les enfants, des reconstitutions du traumatisme peuvent se produire dans le jeu.

La reviviscence peut aussi consister en rêves répétitifs pénibles dans lesquels le contenu et/ou l'affect sont liés à l'événement traumatique ; on peut observer une détresse psychologique intense ou prolongée ou des réactions physiologiques marquées à l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect

de l'événement traumatique. Le sujet peut être dans l'incapacité de se rappeler un aspect important de l'événement traumatique (amnésie dissociative). Il a des croyances ou des attentes négatives persistantes ou exagérées à propos de soi-même, des autres, ou du monde (par exemple, "je suis mauvais", "on ne peut faire confiance à personne", "le monde est complètement dangereux", "mon système nerveux entier est définitivement ruiné") ou des cognitions persistantes et déformées concernant la cause ou les conséquences de l'événement traumatique qui amènent l'individu à se blâmer ou à blâmer autrui. Il est dans un état émotionnel négatif persistant (par exemple, peur, horreur, colère, culpabilité ou honte) ou l'incapacité persistante de ressentir des émotions positives (par exemple : du bonheur, de la satisfaction ou des sentiments affectueux). Il a une diminution marquée de l'intérêt ou de la participation à des activités significatives (scolarité, sport, musique...) ou un sentiment de détachement ou d'éloignement des autres.

On signale la fréquence des formes sub-syndromiques (ou sub-cliniques) de TSPT, c'est-à-dire ne remplissant pas tous les critères requis pour le diagnostic, plus difficiles à reconnaître, mais pouvant être source de handicap : 2,2 % sur toute la vie de 9 à 16 ans [7]. Il est important de les dépister car au cours de l'évolution le TSPT peut se compléter pour réaliser une forme plus invalidante des mois ou des années après l'évènement.

La présentation du TSPT chez le jeune peut être identique à celle de l'adulte, réalisant des tableaux cliniques comme ceux des vétérans de guerre...

... quel que soit le type d'EPT, mais elle varie souvent en fonction de l'âge et du niveau de développement. Ainsi l'événement traumatique peut être vécu sans peur, sentiment d'impuissance ou d'horreur exprimable, mais avec un compor-

tement désorganisé ou agité repérable. Selon le DSM-V, chez les enfants âgés de plus de 6 ans, les reviviscences peuvent consister en un jeu répétitif dans lequel des thèmes ou des aspects de l'événement traumatique sont exprimés ; les enfants présentent des agissements soudains "comme si" l'événement traumatique allait se reproduire : des remises en acte, des reconstitutions du traumatisme qui peuvent se produire dans le jeu ; ils ont fréquemment des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.

Les souvenirs visualisés (hallucinations, illusions, *flashback*...) sont plus rares que chez l'adulte, surtout chez les plus jeunes. L'amnésie du trauma est aussi plus rare que chez l'adulte ; on obtient des récits étonnamment clairs et détaillés ou au contraire un mutisme, un refus d'en parler... les distorsions de la chronologie des événements sont corrélées au niveau de développement, comme les difficultés d'expression ou de compréhension rendant difficile la communication sur des états émotionnels.

La culpabilité est fréquente en position de survivant comme chez l'adulte et peut donner lieu à des distorsions cognitives notamment sous forme de présages constituant des réinterprétations des événements traumatiques pour tenter de leur donner un sens *a posteriori*. Les plaintes de céphalées et douleurs abdominales sont souvent présentes. Le TSPT s'associe à des troubles ou symptômes anxieux et dépressifs, notamment à des symptômes d'angoisse de séparation (*de novo* ou réactivation d'un Trouble plus ancien). Le TSPT retentit sur la scolarité, la vie de famille, les activités ou le jeu normal.

Le jeune âge ne protège pas de la survenue de TSPT, même dès les premiers mois de vie

C'est sans aucun doute chez les plus jeunes que le TSPT et plus globalement les conséquences d'un psychotrauma-

tisme sont difficiles à repérer du fait d'une moindre spécificité des symptômes et d'un examen plus difficile.

Le DSM-V, pour la première fois, définit une catégorie diagnostique pour l'enfant de six ans et moins [1]. Dans cette tranche d'âge, les types d'EPT consistent à être directement exposé, comme chez l'adulte, à un ou à plusieurs événements traumatiques, à être témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes, en particulier des adultes proches qui prennent soin de l'enfant (N. B : être témoin direct n'inclut pas les événements dont l'enfant a été témoin seulement par des médias électroniques, la télévision, des films ou des images), ou à apprendre qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un parent ou à une personne prenant soin de l'enfant.

Les souvenirs spontanés et envahissants ne laissent pas nécessairement apparaître la détresse ; ils peuvent s'exprimer par le biais de reconstitutions dans le jeu. Il peut être impossible de vérifier que le contenu effrayant des rêves est lié à l'événement ou aux événements traumatiques. On observe aussi une diminution du jeu normal, un retrait social ou un registre émotionnel limité, attirant l'attention chez un jeune enfant.

Certains signes sont importants comme l'expression agie de la reviviscence (jeu traumatique ou reproduction de l'agression), des comportements régressifs (pour la propreté, le langage...), des symptômes d'anxiété de séparation ou des troubles du comportement (agitation, opposition, colères marquées, agressivité).

Les auteurs soulignent l'évolution persistante chez les plus jeunes : ainsi pour Meiser-Stedman *et al.* [8], 69 % des enfants de 2 à 6 ans avec un ESPT selon les critères alternatifs au DSM 2-4 semaines après un accident de la voie publique ont encore ce diagnos-

tic 6 mois plus tard ; pour Sheeringa *et al.* [9], sur des enfants préscolaires suivis 2 ans, la sévérité moyenne de l'ESPT ne diminue pas.

Chez l'adolescent, la présentation clinique est particulière avec le plus souvent des signes phobiques comme une détresse à l'exposition à ce qui renvoie à l'EPT et un évitement extensif constituant un risque de handicap fonctionnel marqué. Les intrusions seraient surtout des pensées envahissantes alors que les *flashbacks* et cauchemars répétitifs si typiques de l'adulte seraient nettement moins fréquents [11].

Les difficultés de concentration avec leur impact scolaire ainsi que l'irritabilité et la colère avec des possibilités de passages à l'acte violents sont fréquents. L'adolescent souffrant de TSPT se caractérise par la gravité des signes associés : consommation d'alcool et de drogues, actes auto-agressifs comme des scarifications, des tentatives de suicide, des fugues et un risque de désocialisation et de marginalisation. La comorbidité des ESPT est importante en population générale chez des adolescents, accentuant la gravité ; pour les garçons : 47,3 % d'états dépressifs majeurs (EDM) et 29,7 % d'abus/dépendance aux substances ; pour les filles : 70,6 % d'EDM et 24,2 % d'abus/dépendance [11].

L'étude longitudinale de Yule *et al.* [10] sur le suivi des victimes du "Jupiter" montre que les ESPT surviennent dans 90 % des cas dès les six premiers mois et que l'évolution est persistante dans plus de la moitié des cas, un tiers de la cohorte ayant récupéré avant un an et près d'un tiers étaient encore présents plus de 5 à 8 ans après le naufrage du navire en cause.

La conduite à tenir diffère selon que l'on reçoit une jeune victime isolée (abus sexuel, harcèlement scolaire, accident...) ou s'il s'agit d'un afflux massif de victimes, par exemple après un attentat ou une catastrophe collective. En effet, dans ce dernier cas, le praticien peut

I Revues générales

s'appuyer sur le dispositif d'accompagnement mis en place par les Cellules d'Urgence Médico-Psychologiques (CUMP) en lien avec les SAMU et les pouvoirs publics, notamment dans le *post-immédiat* (quatre premières semaines de l'EPT).

Dans le cadre d'urgences pédiatriques, on peut être amené à recevoir plusieurs victimes du même événement, avec éventuellement des blessures physiques et psychiques intriquées, ainsi que leurs accompagnateurs, généralement impliqués eux-aussi et pouvant également présenter des troubles aigus voire un état de choc psychique.

Il faut garder à l'esprit que l'essentiel est d'assurer prioritairement la protection de l'enfant en danger, notamment en cas de maltraitance ou d'abus sexuel

Un signalement au Parquet des mineurs s'impose alors, rédigé selon des formes strictes (on peut avoir un modèle sur le site du Conseil de l'Ordre des Médecins notamment), éventuellement accompagné d'une hospitalisation pour une mise à l'abri, un complément d'évaluation ou des soins. Le praticien peut éventuellement prendre conseil téléphonique en cas de doute dans une situation urgente de la permanence du Parquet des Mineurs ou de la Brigade des Mineurs. La constatation de troubles compatibles avec un TSPT et la suspicion de sévices ponctuels ou répétés est un argument important en faveur.

Il est important d'assurer la traçabilité de la consultation par un certificat médical faisant état des "dire" et des lésions et troubles constatés sous réserve de l'évolution afin de respecter les droits de la victime, notamment en cas de procédure ultérieure, pénale ou civile. Il faut rappeler qu'**on ne peut envoyer directement un enfant pour un examen en unité médico-judiciaire, même en cas d'agres-**

sion directe. Ceci ne peut se faire que par réquisition de l'autorité judiciaire.

Si l'examen de lésions somatiques se fait généralement dans l'*immédiat*, complété ultérieurement si besoin par une expertise judiciaire, l'examen de retentissement psychologique gagnera à être différé de quelques jours après la révélation des faits en cause pour ne pas être limité au constat de troubles réactionnels ou d'un état faussement indemne, les troubles pouvant se déployer en plusieurs jours ou semaines.

La complexité du Droit des Victimes incite à conseiller la famille de prendre un avis juridique ; ceci peut être fait sans frais auprès notamment d'une association d'aide aux victimes rattachée à "France-Victimes" ou auprès d'une *antenne pour mineurs* du Barreau correspondant, généralement contactable auprès du Tribunal de Grande Instance.

Si les responsables légaux de l'enfant victime s'avéraient défaillants, il serait fait appel par le Tribunal à un *administrateur ad hoc* pour veiller au respect des Droits de la victime mineure. Une mesure éducative ou de placement serait envisagée par le Tribunal pour enfants si la défaillance allait au-delà de la bonne conduite des procédures ou d'un conflit d'intérêt au sein de la famille.

Il pourra être utile de conseiller aux parents de l'enfant, outre un suivi spécialisé pour la jeune victime, une consultation pour les aider si eux-mêmes ont été exposés à l'EPT, comme en cas d'accident ou d'attentat. En effet, le soutien familial est un facteur de modulation de survenue et de l'évolution du TSPT.

Dans le même esprit, le pédiatre peut jouer un rôle important de guidance parentale pour leur permettre de jouer pleinement leur rôle sécurisant et étayant dans les suites. Il veillera à la reprise précoce de l'école et des activités si ces lieux ne sont pas concernés par l'EPT, l'enfant y trouvant une source de

soutien et de diversion par rapport aux pensées intrusives et ne devant pas être encouragé à l'évitement au-delà des suites immédiates de l'événement et du handicap fonctionnel évaluable.

Les troubles du sommeil sont très fréquents en cas de TSPT. Le pédiatre peut conseiller la famille par des règles simples pour faciliter l'endormissement et éventuellement une prescription d'hydroxyzine limitée dans le temps. Il convient d'éviter les benzodiazépines qui peuvent avoir des effets paradoxaux et conduire à des abus et une dépendance, comme les hypnotiques.

Les tranquillisants majeurs relèvent d'un avis spécialisé du fait de leurs effets secondaires et de leurs risques, notamment cardiologiques, métaboliques et neurologiques, sauf en cas d'agitation difficile à contrôler, auquel cas on peut avoir recours à de la cyamémazine.

Alors que les résultats sont bien validés pour l'adulte, il n'y a pas d'indication aigüe pour un antidépresseur chez l'enfant dans les premières consultations, sachant que les bénéfices en sont souvent limités et les risques réels.

Les interventions de crise ("debriefing" psychologique ou intervention psychothérapeutique précoce), individuelles ou *a fortiori* collectives, demandent une formation rigoureuse et de l'expérience ou doivent être évitées, n'étant pas dénuées de risques spécifiques notamment si elles sont mal conduites, trop précoces ou intrusives ; elles sont le plus souvent mises en œuvre par les Cellules d'urgence médico-psychologiques (CUMP) qui les prévoient dans la période dite de "l'immédiat" (48 premières heures après un EPT) et les mettent en œuvre dans le "post-immédiat" (premier mois après un EPT).

Les interventions collectives sont réservées à des groupes constitués (classe ou équipe sportive en cours d'année par exemple).

Si l'on reçoit le jeune en consultation juste après un EPT, il convient d'évaluer le risque de développer un TSPT

Le lien avec un état de stress aigu ou les signes dissociatifs précoces est moins net chez l'enfant et l'adolescent que chez l'adulte [12]. On dispose de quelques éléments d'orientation, comme le fait que le risque est accru en cas de violence interpersonnelle, d'exposition directe (DSM-V) et de blessures physiques, en cas de sexe féminin, d'EPT antérieur, de succession d'EPT, de troubles antérieurs, de TSPT déjà en évolution au moment de l'EPT, de niveau socio-économique faible, et de dysfonctionnements familiaux.

Il convient d'évaluer la réaction immédiate, post-immédiate et l'évolution aiguë (la dynamique), d'évaluer la demande personnelle (pas seulement parentale) ainsi que les facteurs de protection : capacités d'adaptation, bonne intégration, support familial et social. Rarement on devra hospitaliser l'enfant en raison notamment de l'apparition de symptômes psychotiques, d'une agitation ou d'un état de prostration marqué, d'un refus alimentaire, d'une menace suicidaire ou d'autres mises en danger.

Il est nécessaire que le praticien propose de revoir l'enfant après quelques jours pour s'assurer de l'évolution et surveiller l'apparition ou l'aggravation des symptômes d'un TSPT

Chez certains, il ne s'agira que de symptômes de stress chez un enfant qui se trouvait à distance de l'évènement et la réassurance d'une écoute attentive permettra leur disparition. Dans d'autres cas, on verra un TSPT d'évolution aiguë s'améliorant dans les semaines qui suivent, aidé par l'accompagnement proposé et la guidance parentale. Les enfants dont les troubles s'accroissent, se

complètement et persistent nécessitent un avis spécialisé. Le pédiatre pourra revoir ultérieurement le patient pour aider cette démarche qui se heurte souvent au déni des difficultés et à l'évitement, mais aussi pour une prise en charge globale veillant aux aspects somatiques et à la bonne poursuite de la scolarité.

Le traitement de fond du TSPT chronique est essentiellement psychothérapeutique...

... les thérapies cognitivo-comportementales [13] surtout et l'EMDR [14] ayant montré une efficacité validée, sans que l'adjonction d'un antidépresseur type sertraline améliore substantiellement le résultat [15]; les thérapies analytiques largement utilisées nécessitent des aménagements techniques spécifiques et ont reçu une présomption d'efficacité faute d'études suffisantes à l'appui.

D'autres techniques pourraient avoir un intérêt mais n'ont pas encore fait leurs preuves. Des thérapies intégratives, c'est-à-dire utilisant plusieurs techniques, auraient un intérêt particulier dans les TSPT. Des approches familiales peuvent avoir une indication en cas de traumatisme affectant la famille dans son ensemble, sauf si l'auteur est intra-familial, et/ou en cas de dysfonctionnements patents contribuant à entretenir les difficultés de l'enfant; la qualité de la communication et les antécédents familiaux, les troubles parentaux constituent des facteurs de risque de TSPT et modulent leur évolution [16]. Le suivi psychologique d'un enfant doit se faire en recevant le jeune en entretien individuel mais ne se conçoit pas sans que ses parents ou leurs substituts soient accompagnés et bénéficient au minimum d'une guidance parentale avec un temps d'entretien parents-enfants ou parents seuls.

Le TSPT est une pathologie en pleine évolution des connaissances et des pratiques. Sa prévalence est élevée chez l'enfant et son évolution, bien distincte

de celle des troubles réactionnels, est souvent prolongée et potentiellement grave et compliquée. Des soins précoces et bien conduits améliorent le pronostic, les thérapeutiques spécifiques ayant une efficacité bien validée. Du fait de la fréquente méconnaissance des troubles psychotraumatiques et de la difficulté des jeunes victimes à parler de ce qu'elles ont vécu et ressentent, le pédiatre joue un rôle essentiel pour dépister ces difficultés, orienter l'enfant et si besoin protéger l'enfant. Sa bonne connaissance du jeune et sa proximité avec les familles doit permettre de faciliter l'accès aux soins et une meilleure observance thérapeutique, souvent problématiques.

BIBLIOGRAPHIE

1. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5) Washington, DC: Author.
2. McLAUGHLIN KA, KOENEN KC, HILL ED *et al.* Trauma Exposure and Post-traumatic Stress Disorder in a National Sample of Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry August*, 2013;52:815-830.
3. VILA G, PORCHE L-M, MOUREN-SIMEONI MC. An 18-Month Longitudinal Study of Posttraumatic Disorders in Children Who Were Taken Hostage in Their School. *Psychosomatic Medicine November-December*, 1999;61:746-754.
4. ALISIC E, ZALTA AK, VAN WESEL F *et al.* Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 2014;204:335-340.
5. VILA G. L'état de stress post-traumatique chez l'enfant. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 2006;19:93-144.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV) Washington, 1994;DC: Author.
7. COPELAND WE, KEELER G, ANGOLD A *et al.* Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Arch Gen Psychiatry*, 2007;64:577-584.

I Revues générales

8. MEISER-STEDMAN R, SMITH P, GLUCKSMAN E *et al.* The Posttraumatic Stress Disorder Diagnosis in Preschool- and Elementary School-Age Children Exposed to Motor Vehicle Accidents. *The American Journal of Psychiatry*, 2008;165: 1326-1337.
9. SCHEERINGA M, ZEANA C, MYERS L *et al.* Predictive validity in a prospective follow-up of PTSD in preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2005;44:899-906.
10. YULE W, BOLTON D, UDWIN O *et al.* The long-term psychological effects of a disaster experienced in adolescence: I: The incidence and course of PTSD. *J Child Psychol Psychiatry*, 2000;41:503-511.
11. KILPATRICK DG, RUGGIERO KJ, ACIERNO R *et al.* Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: results from the National Survey of Adolescents. *J Consult Clin Psychol*, 2003;71:692-700.
12. DALGLEISH T, MEISER-STEDMAN R, KASSAM-ADAMS N *et al.* Predictive validity of acute stress disorder in children and adolescents. *The British Journal of Psychiatry*, 2008;192:392-393.
13. KOWALIK J, WELLER J, VENTER J. Cognitive behavioral therapy for the treatment of pediatric posttraumatic stress disorder: A review and meta-analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 2011;42:405-413.
14. RODENBURG R, BENJAMIN A, DE ROOS C *et al.* Efficacy of EMDR in children: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 2009;29:599-606.
15. DORSEY S, McLAUGHLIN KA, KERNS SEU *et al.* Evidence Base Update for Psychosocial Treatments for Children and Adolescents Exposed to Traumatic Events. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 2017;46:303-330.
16. TRICKEY D, SIDDAWAY AP, MEISER-STEDMAN R *et al.* A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Clin Psychol Rev*, 2012;32:122-138.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.