

**Pédopsychiatrie.** Les rencontres traumatiques sont fréquentes dans l'enfance et à l'adolescence. Toutes ne conduisent pas à l'apparition d'un trouble de stress post-traumatique, mais certains arguments montrent que lorsqu'ils sont présents, ces troubles sont trop souvent minimisés par les parents et même par les professionnels.

## Troubles liés aux traumatismes chez les enfants

**THIERRY BAUBET, DALILA REZZOUG**  
Service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, hôpital Avicenne, AP-HP, université Paris-13, CESP/ Inserm 1178, Bobigny, France  
[thierry.baubet@aphp.fr](mailto:thierry.baubet@aphp.fr)

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêts.

Sur ce sujet, voir le dossier *Trouble de stress post-traumatique* paru dans le numéro de janvier de *La Revue du Praticien* (Rev Prat 2018;68:91-109).



Chez l'adulte, les troubles liés aux traumatismes psychiques sont connus et étudiés dans des contextes militaires ou civils depuis la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, sous le terme de névrose traumatique ou névrose de guerre. À partir de 1980, la troisième version du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-III) consacre le terme de « trouble de stress post-traumatique ». Cependant, la question n'est pas spécifiquement étudiée chez l'enfant. Durant la Seconde Guerre mondiale, Anna Freud et Dorothy Burlingham sont les premières à s'intéresser aux symptômes apparaissant chez les enfants soumis aux bombardements de l'aviation allemande à Londres.<sup>1</sup> Elles constatent que les enfants font mieux face au traumatisme quand ils sont avec des parents calmes et supportant la situation, mais que, toutefois, l'aide de l'entourage ne prévient pas toujours les perturbations tardives. Pour Anna Freud, le traumatisme est lié à un événement soudain et inattendu de nature et d'intensité telles qu'il provoque un excès de stimulation et un débordement des capacités d'adaptation de l'enfant. Il faut attendre les années 1970 pour trouver des études systématiques en contexte de catastrophes naturelles, accidents ou agressions, notamment avec les travaux de Terr aux États-Unis, qui ont porté sur l'évaluation et le suivi d'enfants pris en otages dans un bus scolaire.<sup>2,3</sup>

En 1980, le diagnostic d'état de stress post-traumatique fait son apparition dans le DSM-III.<sup>4</sup> La notion d'atteinte possible de l'enfant ne devient explicite qu'à partir de la révision de la classification en 1987,<sup>5</sup> et dans la neuvième version de la Classification internationale des maladies (CIM-9) en 1989.

Concernant les enfants d'âge préscolaire, l'intérêt est encore plus récent et date des années 1990, mais les nombreux travaux réalisés depuis ont montré que les enfants les plus jeunes étaient également concernés.<sup>6,7</sup>

### Qu'est-ce qu'un événement traumatique pour l'enfant ?

Les événements susceptibles de conduire à un trouble de stress post-traumatique partagent certaines caractéristiques : ils sont soudains et impliquent une menace pour la vie ou un risque de blessure sérieuse, ou un abus sexuel. L'enfant peut en être la victime ou le témoin alors que l'événement arrive à un tiers. Cela recouvre des situations variées : abus physiques et sexuels, violences conjugales, accidents graves, attaques de chiens, procédures médicales invasives, incendies, catastrophes naturelles ou technologiques, guerres... L'âge de l'enfant et sa capacité à faire face (sur les plans psychologique et moteur) à l'événement conditionnent la perception de la menace. Ainsi, une attaque par un petit chien peut causer un traumatisme chez un

jeune enfant, alors que ce ne sera pas le cas chez un adolescent.<sup>7</sup> Les situations de violences intentionnelles envers l'enfant sont les plus traumatogènes, d'autant plus que l'agresseur est un proche de l'enfant qui aurait dû normalement le protéger de l'adversité.

Apprendre qu'un très proche (parent, fratrie) est soudainement décédé ou a été gravement blessé dans un contexte violent est également considéré comme un événement potentiellement traumatique pour l'enfant. En revanche, l'exposition à des images de violence *via* un média n'est pas considérée comme un événement traumatogène : elle peut être à l'origine de manifestations d'anxiété chez l'enfant, mais pas d'un trouble de stress post-traumatique.<sup>8</sup> L'enfant peut vivre bien d'autres situations d'adversité, comme des carences affectives ou un harcèlement à même d'entraîner différents types de troubles, mais généralement ils n'occasionnent pas de trouble de stress post-traumatique.<sup>7</sup> Lorsqu'ils ont un effet traumatique, les événements produisent un effroi de l'enfant, qui est débordé et ne peut plus faire face à la situation, mais ils ont aussi un effet sur son système de croyances, ce que Bailly a nommé la « *destruction des théories sociales infantiles* ». <sup>9</sup> L'enfant qui se sent normalement protégé par la croyance en l'invulnérabilité de ses parents et leur capacité à toujours le protéger voit ces croyances protectrices voler en éclats.

# MISE AU POINT TRAUMATISMES CHEZ LES ENFANTS

La réaction parentale face au traumatisme et aux difficultés qui peuvent en résulter chez l'enfant est également un point important dans le développement et la persistance de difficultés chez l'enfant. Si les parents sont eux-mêmes sidérés, débordés, angoissés par l'événement ou les troubles de l'enfant, l'évolution sera moins favorable. C'est pourquoi, dans ces situations, il est important d'offrir un soutien à toute la famille.

Enfin, Terr a distingué dans ses travaux deux types de traumatismes :<sup>3</sup>

- le traumatisme de type I correspond à la survenue d'un événement unique, et qui peut occasionner un trouble de stress post-traumatique ;
- le traumatisme de type II correspond à la survenue d'événements traumatiques répétés, que l'enfant peut anticiper, mais face auxquels il est, ou se sent, impuissant : inceste, violences dans le couple parental... Dans ces cas, l'enfant doit mettre en place des mécanismes de défense rigides contre cette réalité effroyable, comme le déni de la réalité, le clivage, la dissociation, qui vont complexifier le tableau clinique : les symptômes de trouble de stress post-traumatique sont présents, mais on observe également une dysrégulation émotionnelle, des troubles du comportement, des symptômes dissociatifs marqués.

## Les réactions face au traumatisme

Après un traumatisme, on peut observer des symptômes transitoires. Ainsi, en cas de symptômes post-traumatiques dans le premier mois, on parle de « trouble de stress aigu ». Dans certains cas, les symptômes s'amendent en quelques jours ou semaines. Dans d'autres cas, ils persistent et s'aggravent. Plus rarement, ils apparaissent à distance de l'événement (plusieurs semaines ou mois après). Lorsque les symptômes sont présents plus d'un mois, on peut poser le diagnostic de trouble de stress post-traumatique, et cela implique alors la mise en place d'un programme de soins.<sup>10</sup>

Les troubles les plus souvent associés à l'état de stress post-traumatique chez l'enfant et chez l'adolescent sont les troubles dépressifs et les troubles anxieux (notamment l'anxiété de séparation). A aussi été retrouvée une comorbidité avec l'abus de substances, les troubles des conduites, les troubles oppositionnels et les troubles avec déficit de l'attention. Ces troubles, comme tous les troubles comorbides, peuvent être une expression clinique des syndromes psychotraumatiques au même titre que l'état de stress post-traumatique ou, s'ils sont préexistants, peuvent s'aggraver après un événement traumatique.<sup>11</sup>

## Une fréquence élevée

L'exposition à des événements traumatogènes est fréquente. L'étude d'un échantillon de 4023 adolescents de 12 à 17 ans en population générale aux États-Unis a montré que 8 % avaient des antécédents d'abus sexuels, 22 % avaient été victimes de violences physiques, et 39 % avaient été témoins de violences.<sup>12</sup> Tous les enfants confrontés à de tels événements ne développent cependant pas un trouble de stress post-traumatique. Une étude en population générale de plus de 10 000 adolescents âgés de 13 à 18 ans aux États-Unis a montré que 5 % des adolescents avaient réuni les critères diagnostiques de trouble de stress post-traumatique à un moment de leur vie (8 % pour les filles, 2,3 % pour les garçons). La prévalence augmentait avec l'âge, et la prévalence actuelle du trouble (mois écoulé) était estimée à 3,9 % de la population.<sup>13,14</sup> Il n'y a pas d'étude de prévalence en population générale concernant les enfants plus jeunes. Une méta-analyse récente<sup>15</sup> a estimé la prévalence du trouble de stress post-traumatique chez les adolescents confrontés à un traumatisme à 15,9 %, le taux étant le plus élevé pour les filles exposées à des violences intentionnelles (32,9 %). Les facteurs de risque de développer un trouble de stress post-trauma-

tique sont de trois ordres :<sup>16</sup>

- liés à l'exposition : menace directe, intensité, proximité, durée, crainte pour sa vie, intentionnalité de l'acte (*a fortiori* s'il est perpétré par un proche) ;
- liés au sujet : sexe féminin, antécédent d'exposition à des événements traumatogènes, antécédents psychiatriques ;
- liés à l'environnement : faible soutien social, psychopathologie parentale, difficultés socio-économiques. Un fort soutien parental et l'absence de trouble de stress post-traumatique chez les parents sont un facteur de meilleur pronostic.

Enfin, le trouble de stress post-traumatique est susceptible de se chroniquer quel que soit l'âge de l'enfant.<sup>10</sup> Les conséquences peuvent alors être lourdes sur son développement. Une étude a insisté sur les conséquences des événements traumatiques sur les étapes du développement de l'enfant.<sup>17</sup> Ainsi les conséquences, qui dépendent de l'âge, seraient majeures sur la mise en place des schémas d'attachement et des processus de régulation psychophysologiques lors des deux premières années de la vie, puis, lorsque l'événement traumatique survient entre 2 et 3 ans, sur les processus de séparation/individuation, de régulation de l'agressivité, de développement de l'identité de genre et des capacités de socialisation. L'achoppement de tels processus précoces est susceptible de conduire à des troubles ultérieurs, lorsque ceux-ci seront remobilisés lors de phases plus tardives du développement, notamment à l'adolescence.<sup>18</sup>

## Quels symptômes ?

Un trouble de stress post-traumatique peut se manifester à tout âge, et comprend toujours :

- des symptômes de reviviscence, qui sont des réactualisations du traumatisme que l'enfant revit avec la même détresse que lors de la survenue de l'événement : pensées intrusives qui peuvent se traduire chez l'enfant par un besoin de parler sans cesse de sujets en rapport avec l'événement,

**VOIR AUSSI**  
l'éditorial  
Nice 14 juillet  
2016 :  
des milliers  
d'enfants  
touchés,  
page 235.

## ÉVALUER UN ENFANT APRÈS UN TRAUMATISME

1. L'enfant vit-il actuellement dans un lieu sûr ? Toute menace est-elle écartée ?
2. Âge et niveau développemental au moment du traumatisme et au moment de l'évaluation ?
3. Environnement affectif avant le traumatisme et depuis. Y a-t-il des adultes qui peuvent 1) lui porter une attention suffisante et 2) répondre à ses besoins (par exemple qui ne soient pas eux-mêmes trop affectés par un deuil ou un traumatisme) ?
4. Type d'événement traumatique. Blessures éventuelles de l'enfant ou de ses proches ?
5. Caractères temporels du traumatisme : événement unique, répété, continu (violences domestiques par exemple) ?
6. Proximité des événements avec l'enfant : a-t-il été témoin ou victime directe, des personnes affectivement investies ont-elles été victimes, ou ont-elles perpétré les violences ?
7. Symptômes post-traumatiques ou autres apparus depuis chez l'enfant et sa famille, évolution de ces symptômes ?
8. Facteurs de protection chez l'enfant et sa famille. Par exemple : capacité de l'enfant à jouer, à exprimer sa peur, capacité de la famille à l'écouter et à le rassurer ?

**Tableau.** Évaluation clinique de l'enfant après un traumatisme d'après Zeanah. D'après la réf. 21.

*flash-backs* (l'enfant semble revivre l'événement sans qu'il n'y ait eu de rappel particulier, comme si son comportement était dissocié de sa finalité ou de son intentionnalité), cauchemars, détresse lorsqu'un indice rappelle le traumatisme ;  
– des symptômes d'évitement de tout ce qui pourrait rappeler l'événement ;

– un état d'hyperalerte : troubles du sommeil, difficultés de concentration, hyperémotivité avec irritabilité et parfois explosions de colère avec des attitudes de vigilance anxieuse par rapport à l'environnement ;  
– des manifestations cognitives (mnésiques) et des émotions négatives (douleur, tristesse, colère, rage, honte, culpabilité, cette dernière étant souvent importante mais peu verbalisée chez l'enfant).

L'âge de l'enfant modifie la manière dont ces symptômes sont exprimés, et conditionne l'apparition de symptômes additionnels.

### ENFANTS D'ÂGE SCOLAIRE

Les reviviscences peuvent prendre la forme d'un jeu traumatique<sup>3</sup> dans lequel l'enfant répète littéralement une partie de la scène traumatique. Cette répétition est compulsive, sans plaisir, elle ne soulage pas l'enfant de son anxiété, et ne laisse pas de place à un tiers pour élaborer un scénario

de jeu. Le jeu traumatique n'est pas un jeu mais un signe de souffrance de l'enfant, et il s'accompagne fréquemment d'une diminution du jeu imaginatif.<sup>19</sup>

À cet âge, les symptômes vont fréquemment se jouer dans la sphère scolaire et l'enfant peut voir sa socialisation et ses capacités cognitives entravées par le traumatisme.

### ENFANTS D'ÂGE PRÉSCOLAIRE

Avant 18-24 mois, on observe principalement des troubles du développement psychomoteur, la perte d'acquisitions, des états d'apathie avec passivité, ou une agitation avec pleurs et cris incessants, irritabilité, des peurs, des troubles du sommeil et de l'alimentation, des manifestations psychosomatiques, des difficultés de séparation.

Autour de 18 mois apparaît l'accès à la pensée et aux jeux symboliques. Cette étape évolutive pourrait conditionner la possibilité d'enregistrer, d'exprimer, et de ré-expérimenter des souvenirs traumatiques, et les symptômes de reviviscence sont plus fréquents lorsque le traumatisme a eu lieu après 18 mois.

Les enfants de 3 à 6 ans peuvent avoir des comportements de jeux et des dessins répétitifs, des conduites d'évitement, des comportements

régressifs (énurésie et/ou encopré-sie secondaires), des troubles du sommeil (cauchemars, terreurs nocturnes), des phobies (peur d'aller seul aux toilettes), des réactions d'agrippement et une angoisse de séparation, une tristesse, des manifestations somatiques (douleurs abdominales, céphalées), des manifestations de colère ou un spasme du sanglot. Des retards de développement (langage, psychomotricité) peuvent également être observés.

### ADOLESCENTS

Chez l'adolescent, la symptomatologie se rapproche de celle de l'adulte. Cependant, ils ont plus fréquemment des troubles des conduites, des comportements auto-ou hétéro-agressifs et des abus de substances (alcool ou autres). L'agressivité se manifeste parfois dans le milieu familial ou dans le groupe des pairs, mais aussi dans le retournement sur soi avec un risque d'impulsions auto-agressives qui peuvent aussi s'interpréter comme des tentatives d'échapper à des états pénibles de vide, de détachement ou d'émoussement des affects. Les symptômes dissociatifs (amnésie traumatique, dépersonnalisation, déréalisation, allant jusqu'à des états de transe) sont également plus fréquemment observés dans cette tranche d'âge.

# MISE AU POINT TRAUMATISMES CHEZ LES ENFANTS

\* <http://www.france-victimes.fr/>  
Tél : 08 84 28 46 37

## Comment en faire le diagnostic ?

Selon l'Académie américaine de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, « même si le traumatisme n'est pas la raison de l'évaluation, les cliniciens doivent interroger de façon routinière les enfants sur leur possible exposition à des événements traumatiques [...] et si une telle exposition est avérée, il convient de rechercher chez l'enfant des signes de trouble de stress post-traumatique ». <sup>19</sup> Cette évaluation doit se faire autant que possible en alliance avec les parents de l'enfant et concerner également le fonctionnement familial. Les parents ont, dans toutes les études réalisées à ce sujet, tendance à sous-évaluer les symptômes post-traumatiques de leur enfant. <sup>10</sup> Le DSM-5 a défini des critères diagnostiques de trouble de stress post-traumatique chez l'enfant de moins de 6 ans, et d'autres critères pour l'enfant plus grand et l'adulte. <sup>8</sup> Au-delà des symptômes de trouble de stress post-traumatique et des symptômes associés, il faut évaluer l'ensemble du contexte, y compris les questions de protection de l'enfance et les ressources de l'enfant et de la famille. Un plan pour cette évaluation est proposé dans le [tableau p. 309](#). <sup>21</sup>

## Quelle prise en charge ?

Il est avant tout nécessaire de s'assurer que toute menace est écartée pour l'enfant, et si ce n'est pas le cas, de prendre toute mesure utile pour le protéger. Dans le premier mois après l'événement, il faut rassurer l'enfant, lui fournir ainsi qu'à ses parents des informations sur l'évolution des troubles, et rassurer les parents sur leur capacité à aider leur enfant. Si les troubles s'aggravent ou persistent, une consultation auprès d'un spécialiste est préconisée. Le traitement du trouble de stress post-traumatique de l'enfant est la psychothérapie, et les psychotropes ne sont pas indiqués. <sup>10</sup> L'efficacité des thérapies cognitivo-comportementales centrées sur le trauma-

tisme et des thérapies par le jeu est bien démontrée. Les preuves d'efficacité des traitements psychodynamiques sont moins fortes, mais celles-ci sont très utilisées. L'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires (*eye movement desensitization and reprocessing* [EMDR]) n'a pas fait ses preuves à ce jour chez l'enfant.

Si l'enfant a été victime d'une infraction, agression ou attentat, un certificat médical initial doit être rédigé, <sup>22</sup> et la famille orientée vers une association d'aide aux victimes comme France-Victimes\*, qui pourra l'aider à mettre en place la procédure judiciaire et lui assurer un soutien partout en France.

Par ailleurs, le traitement de l'enfant ne saurait s'envisager sans celui de la famille. Lorsque l'enfant est le seul à avoir été traumatisé, ses parents ont souvent des difficultés à comprendre ses symptômes, surtout lorsque ceux-ci durent. L'enfant peut alors être décrit comme peureux, capricieux, etc., et le médecin se doit d'expliquer aux parents la signification des troubles de leur enfant. La culpabilité est toujours forte, et il faut qu'elle trouve à s'exprimer. Dans d'autres cas, le traumatisme de l'enfant va exacerber le trouble de stress post-traumatique du parent, soit parce qu'ils ont été traumatisés ensemble, soit parce que le parent est atteint de ce trouble, parfois jamais dit. Dans ces cas, on peut observer des « troubles de stress post-traumatique à deux » <sup>23</sup> dans lesquels les symptômes de l'un exacerbent ceux de l'autre dans un cercle vicieux, ce qui nécessite une intervention thérapeutique appropriée.

## LE TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE « CACHÉ »

La reconnaissance et la prise en charge d'un trouble de stress post-traumatique chez l'enfant ou l'adolescent sont un enjeu de santé publique important, dans la mesure où un traitement adapté peut littéralement changer leur destin. On voit également beaucoup, dans nos consultations, de patients ayant des

troubles de stress post-traumatique « vieillis » qui ont depuis pris d'autres masques : problèmes de peur, d'anxiété, dépression, colère, hostilité, agressivité, comportements sexuels inappropriés, autodestructivité, sentiment d'isolement, de stigmatisation, faible estime de soi, difficultés à faire confiance (aux autres, même aux thérapeutes), addiction, abus de substance... On voit que la palette est large en cas d'absence de traitement. Et devant ces tableaux atypiques, il est toujours légitime de rechercher un trouble de stress post-traumatique « caché ». L'événement a eu lieu, le retour en arrière n'est plus possible, et le paradis est perdu, mais nous pouvons travailler avec ces jeunes afin de les aider à se réinscrire dans ce monde qu'ils ont peut-être brièvement quitté à l'instant de l'effroi, et à reprendre leur développement. ☺

## RÉSUMÉ TROUBLES LIÉS AUX TRAUMATISMES CHEZ LES ENFANTS

L'existence des troubles post-traumatiques chez l'enfant est récente. Aujourd'hui nous savons que le jeune âge ne protège pas du traumatisme. En revanche, le trouble de stress post-traumatique s'exprime différemment selon l'âge. L'épidémiologie montre que la survenue du trouble est moins fréquente que l'exposition à des événements traumatiques, mais qu'elle peut être élevée dans certains groupes. La chronicisation du trouble, toujours possible, interfère avec tous les aspects du développement de l'enfant. Même si les parents minimisent les troubles, le praticien doit rechercher attentivement, après la survenue d'un traumatisme, les signes de trouble de stress post-traumatique et répéter cet examen plusieurs fois dans les premières semaines.

## SUMMARY TRAUMA-RELATED DISORDERS IN CHILDREN

The discovery of posttraumatic stress disorder (PTSD) in children is a recent finding. Nowadays we know that young age does not protect from traumatism. However, PTSD will display differently according to age. Epidemiology shows that PTSD is a less frequent occurrence than being exposed to traumatic events, but that certain groups may be more likely to be affected. A chronic course of the disorder is always possible and can interfere with every aspect of the child's development. Even if parents minimize the disorder, practitioners should carefully examine the signs of PTSD after the trauma and repeat this examination several times in the first few weeks.

# MISE AU POINT

## TRAUMATISMES CHEZ LES ENFANTS

### RÉFÉRENCES

1. Freud A, Burlingham DT. War and children. New-York: Medical War Book, 1943.
2. Terr LC. « Forbidden games »: post-traumatic child's play. J Am Acad Child Psychiatry 1981;20:741-60.
3. Terr LC. Childhood traumas: an outline and overview. Am J Psychiatry 1991;148:10-20.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3<sup>rd</sup> edition). DSM-III. Washington: American Psychiatric Press, 1980.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3<sup>rd</sup> edition rev.). DSM-III-R. Washington: American Psychiatric Press, 1987.
6. Baubet T, Lachal C, Ouss-Ryngaert L, Moro MR, eds. Bébés et traumatismes. Grenoble : La Pensée sauvage, 2006.
7. Scheeringa MS. Treating PTSD in preschoolers. A clinical guide. New-York: The Guildford Press, 2016.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5<sup>th</sup> edition rev.). DSM-5. Washington : American Psychiatric Press, 2013.
9. Bailly L. Traumatismes psychiques chez l'enfant et théories sociales infantiles. In: Baubet T, Lachal C, Ouss-Ryngaert L, Moro MR, eds. Bébés et traumatismes. Grenoble : La Pensée sauvage, 2006.
10. Bui E, Ohye B, Palitz S, et al. Réactions aiguës et chroniques au traumatisme chez les enfants et les adolescents. In: Rey JM (ed), IACAPAP e-textbook of child and adolescent mental health (édition en français : Cohen D, ed). Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2012. [http://iacapap.org/wp-content/uploads/F4-PTSD-2014\\_FRENCH%202015.pdf](http://iacapap.org/wp-content/uploads/F4-PTSD-2014_FRENCH%202015.pdf)
11. Perrin S, Smith P, Yule W. Practitioner review: the assessment and treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents. J Child Psychol Psychiatr 2000;41:77-89.
12. Kilpatrick D, Acierno R, Saunders B, Resnick H, Best C, Schnurr P. Risk factors for adolescent substance abuse and dependence: data from a national sample. J Consult Clin Psychology 2000;68:19-30.
13. Merikangas KR, He JP, Bustin M, et al. Lifetime prevalence of mental disorders in the U.S. Adolescent Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement (NCS-A). J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2010;49:980-8.
14. Kessler RC, Avenevoli S, Costello EJ, et al. Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. Arch Gen Psychiatry 2012;69:372-80.
15. 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;204:335-40.
16. Hamblen J, Barnett E. PTSD in children and adolescents. US Department of Veteran Affairs, National Center for PTSD. 23/02/2016. [https://www.ptsd.va.gov/professional/treatment/children/ptsd\\_in\\_children\\_and\\_adolescents\\_overview\\_for\\_professionals.asp](https://www.ptsd.va.gov/professional/treatment/children/ptsd_in_children_and_adolescents_overview_for_professionals.asp)
17. Gaensbauer TJ, Siegel H. Therapeutic approaches to posttraumatic stress disorder in infants and toddlers. Infant Ment Health J 1995;16:292-305.
18. Hakobdjarian H, Lignieres B, Baubet T. Du trauma familial au placement des enfants en institution. Regard rétrospectif sur les effets lointains du séisme de 1988 en Arménie. In : Baubet T, Le Roch K, Bitar D, Moro MR, editors. Soigner malgré tout. Vol. 2 : Bébés, enfants et adolescents dans la violence. Grenoble : La Pensée Sauvage, 2003.
19. Romano H, Baubet T, Moro MR. Le jeu chez l'enfant victime d'événement traumatique. Ann Medico-Psychol 2010;166:702-10.
20. Cohen JA, AACAP Work group for quality issues. AACAP official action practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2010;49:414-30.
21. Zeanah CH. The assessment and treatment of infants and toddlers exposed to violence. In: Osofsky JD, Fenichel E, editors. Caring for infants and toddlers in violent environments: hurt, healing, and hope. Washington: Zero to Three/National Center for Infants, Toddlers and Families, 1994:29-37.
22. Wallaert R, Wohl M, Dantchev N. Victimes d'attentats : aspects médico-légaux. Rev Prat 2018;68:105-8.
23. Scheeringa MS, Zeanah CH. A relational perspective on PTSD in early childhood. J Trauma Stress 2001;14:799-815.

Retrouvez ces ouvrages ainsi que toutes nos meilleures ventes sur [larevedupraticien.fr/livres](http://larevedupraticien.fr/livres)

### BON DE COMMANDE

À envoyer avec votre règlement sans affranchir à :  
Global Média Santé Service abonnements  
Libre réponse N°63052 - 92219 Saint-Cloud Cedex

Monter et faire vivre  
une maison de santé

34,50 €



Soins palliatifs  
à domicile

34,50 €

Je complète les informations me concernant :  M.  Mme

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

N° : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

Spécialité : \_\_\_\_\_

Je coche l'ouvrage de mon choix et je règle par :

- chèque à l'ordre de Global Média Santé
- carte bancaire (sauf American Express)

N° \_\_\_\_\_

Expire fin : \_\_\_\_\_

Date et signature obligatoires

Merci d'inscrire  
votre cryptogramme  
(au dos de votre  
carte bancaire)

- Livraison dans le monde entier

- Les frais de port à 5 € seulement (valable uniquement avec ce coupon et déjà inclus dans les tarifs indiqués)

- Lus et sélectionnés par La Revue du Praticien