

États de stress post-traumatique : les spécificités de l'enfant

Objectif : connaître les formes cliniques et les facteurs des états de stress post-traumatiques (ESPT) de l'enfant.

Les ESPT de l'enfant sont fréquents, durables et potentiellement graves. Leur forme clinique est proche de celle des adultes. Le type et le degré d'exposition au traumatisme jouent un rôle important dans leur développement ainsi que l'environnement familial.

Par **Gilbert Vila**
Fédération de
pédiatrie, CHU
Armand-Trousseau,
75571 Paris
Cedex 12.

L'état de stress post-traumatique (ESPT) est la principale conséquence psychopathologique après l'exposition à un événement majeur, tels ceux menaçant la vie ou l'intégrité du sujet ou encore ceux où la victime est spectatrice de la mort d'autrui. Les connaissances pour l'enfant ont beaucoup progressé ces dernières années, notamment du point de vue clinique :¹ les états de stress post-traumatiques existent chez l'enfant, voire le très jeune enfant ; ils ne reflètent pas la carence parentale mais, comme chez l'adulte, les conséquences de l'exposition à un événement catastrophique, indispensable à ce diagnostic. Ces états sont la complication la plus fréquente en cas de maltraitance physique ou sexuelle et prédisposent à la survenue d'autres troubles, aggravant ainsi le pronostic. Ils sont nettement plus fréquents qu'on ne le croyait. Après un événement donné, il a été montré que deux tiers des enfants exposés pouvaient souffrir de ce type de troubles dans les mois suivants.² Une étude épidémiologique en population générale³ a observé que 2 adolescents sur 5 âgés de 18 ans ont subi un traumatisme tel qu'il est défini par le DSM-III-R⁴ et que plus de 6 % ont un diagnostic d'ESPT sur toute la vie. Cet état peut avoir une évolution prolongée sur des années, se compliquer, être responsable d'un handicap marqué et peser lourdement sur le développement à ces âges de grande vulnérabilité. Une étude longitudinale⁵ auprès des réfugiés du Cambodge montre la persistance de l'ESPT de l'enfance à l'adolescence puis à l'âge adulte, jusqu'à 29 ans, pour des

traumatismes répétés entre 8 et 12 ans sous le régime des Khmers rouges. L'état de stress post-traumatique (ESPT) des classifications internationales ne représente pas le seul type de trouble observable chez l'enfant ou l'adolescent comme conséquence d'un traumatisme, mais il constitue la forme la plus caractéristique et la plus fréquente de l'atteinte psychotraumatique.^{4,6,7}

ASPECTS CLINIQUES GÉNÉRAUX

Chez l'enfant, il est maintenant bien établi que l'état de stress post-traumatique survient en réponse à la confrontation à une situation ou à un événement, exceptionnellement menaçant ou catastrophique, qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. Comme chez l'adulte, il s'agit d'événements majeurs représentant une menace pour la vie ou l'intégrité physique (catastrophe naturelle, guerre, attentat, viol...), à l'origine d'un traumatisme, et non des stress de la vie courante. La réaction immédiate de l'enfant, qui dépend de la perception du degré élevé de risque, se traduit par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur, un comportement désorganisé ou agité.⁶ La situation échappe à toute possibilité de contrôle par l'enfant ou ses protecteurs naturels, les adultes.

Proche des formes de l'adulte

Le modèle de référence pour la description de l'ESPT chez le grand enfant et l'adolescent reste celui des

ESPT CHEZ L'ENFANT

classifications internationales, CIM-10 ou DSM-IV,^{6,7} même si certains auteurs soulignent leurs insuffisances pour les jeunes victimes. Cependant, le point capital est d'avoir identifié, chez l'enfant, un noyau dur syndromique voisin des formes de l'adulte, et signant de ce fait des mécanismes comparables. Celui-ci est constitué de la notion d'exposition antérieure à un événement potentiellement traumatique (« facteur traumatique ») avec réaction de détresse immédiate, d'un syndrome de « remémoration » ou de « reviviscence », d'un « syndrome phobique » (détresse à l'exposition, évitements et anticipation anxieuse), d'un émoussement de la réactivité générale et d'un état d'« alerte » avec « hyperactivation neurovégétative ».

Le traumatisme est constamment remémoré ou « revécu », de façon anxiogène et envahissante, comme en témoigne la présence de souvenirs intenses, de rêves répétitifs, d'impressions ou d'agissements « comme si » l'événement allait se reproduire (sentiment de revivre l'événement, illusions voire hallucinations, épisodes dissociatifs ou *flash-back*).

Quand le sujet est exposé à des situations ressemblant à l'événement traumatique ou associées à ce dernier, il éprouve un sentiment de détresse marquée ou une réactivité physiologique. Le patient tend à éviter les situations, les activités, les lieux, les personnes, les pensées, les sentiments ou les conversations, associés au facteur de stress.

La victime présente une incapacité, partielle ou complète, à se souvenir des aspects importants de la période d'exposition au facteur traumatique ; elle a un sentiment de détachement vis-à-vis d'autrui, de devenir un étranger, d'un avenir « bouché », et d'une restriction des affects.

Des symptômes persistants traduisent une activation neurovégétative : hypervigilance, difficultés d'endormissement ou du maintien du sommeil, irritabilité, accès de colère, difficultés de concentration et réaction de sursaut exagérée.

Une culpabilité, des troubles de l'humeur ou du comportement sont fréquemment associés.

Spécificités chez l'enfant

Un certain nombre de spécificités sémiologiques et liées au développement caractérisent la présentation de l'ESPT du jeune patient.

Le syndrome de répétition reste l'élément central et quasi pathognomonique. Les enfants ont des jeux répétitifs, des « remises en actes », dont la dimension de plaisir est absente, à la différence du jeu proprement dit, évoquant certains aspects de l'événement traumatique qu'ils n'ont pas conscience de rejouer ainsi. Les souvenirs du traumatisme, répétitifs et intrusifs, peuvent être visualisés sous la forme d'hallucinations, d'illusions et de *flash-back*, mais moins souvent que chez l'adulte. Des

reviviscences auditives, tactiles ou olfactives sont parfois rapportées. De tels souvenirs, fortement sensorialisés, sont déclenchés par des stimulus actuels rappelant le traumatisme ou surviennent spontanément, notamment dans les moments où l'attention des enfants se relâche : lorsqu'ils s'ennuient en classe ou devant la télévision, au repos ou au moment de l'endormissement. Les rêves récurrents de reviviscence traumatique, considérés comme le cœur sémiologique de la névrose traumatique de l'adulte, sont moins fréquents chez l'enfant qui ferait, notamment avant l'âge de 5 ans, plutôt des cauchemars à thèmes non spécifiques, sans contenu reconnaissable, ou des terreurs nocturnes.

L'émoussement de la réactivité générale avec anesthésie affective, réduction des intérêts et sentiment de détachement, classique chez l'adulte, est rare chez l'enfant à la suite d'un traumatisme unique et ce d'autant qu'il est plus jeune. Fatalisme, pessimisme et sentiment d'avenir « bouché » témoignent fréquemment d'une attitude changée à l'égard de la vie et des autres : ces enfants ont la conviction que d'autres traumatismes se produiront nécessairement, un sentiment profond de vulnérabilité et la perte de la confiance habituelle accordée aux adultes protecteurs.

Les peurs spécifiques liées au traumatisme⁸ sont des manifestations phobiques inhabituellement tenaces. L'évitement persistant des stimulus associés au traumatisme en est rapproché. Il s'agit d'efforts délibérés pour éviter les activités ou les situations en rapport avec l'événement traumatique, mais aussi les pensées et les sentiments qui y sont liés.

Si des distorsions des cognitions et des souvenirs souvent marquées des événements traumatiques sont présentes, l'amnésie psychogène post-traumatique, en revanche, est assez rare. Les faits peuvent être relatés avec une clarté et un luxe surprenant de détails, mais leur chronologie est évoquée dans le désordre, et les interprétations erronées concernant leur déroulement sont fréquentes. Enfin, la « réévaluation cognitive » des événements a posteriori génère la croyance en des « présages » de mauvais augures que l'enfant pense « prédictifs » de ce qui allait se passer, reconstructions et réinterprétations du passé ou des souvenirs de l'enfant.

L'hyperactivité neurovégétative recouvre un ensemble de symptômes apparus au décours du traumatisme : difficultés d'endormissement et réveils multiples, irritabilité et accès de colère, état d'alerte, hypervigilance et réactions exagérées de sursaut, troubles de l'attention et de la concentration se répercutant sur la scolarité. Les plaintes somatiques (céphalées et douleurs abdominales), très fréquentes chez l'enfant, peuvent en être rapprochées.

Les phénomènes régressifs (une énurésie, un parler « bébé » ou une succion du pouce par exemple) sont fréquents après un psychotraumatisme.

DIFFÉRENTES FORMES CLINIQUES À DISTINGUER

Selon l'âge

La présentation clinique varie en fonction de l'âge.

Avant 3 ans, les syndromes psychotraumatiques sont mal connus et échappent à la description de l'ESPT typique.⁹ Pour un traumatisme survenu dans la première année de vie, une « mémoire comportementale » (comportements répétitifs et remises en acte) pourrait persister, en l'absence de toute « mémoire verbale ». Des manifestations, comme le retrait ou l'excitation, l'irritabilité, les pleurs, les troubles du sommeil ou de l'appétit, les retards de développement ou les régressions, sont prédominantes chez le nourrisson et le très jeune enfant.

Chez les enfants de 2 à 6 ans, s'ajoutent les somatisations douloureuses, les comportements et les productions (jeux et dessins) répétitifs, les phénomènes d'évitement, les craintes spécifiques, la tristesse, les phénomènes d'allure dissociative, les comportements d'agrippement aux adultes proches, et les difficultés accrues de séparation, les comportements régressifs (énurésie ou encoprésie secondaire, reprise de la succion du pouce, parler « bébé », avidité insatiable pour les sucreries, réactions anxieuses devant les inconnus ou, au contraire, comportements affectueux indifférenciés envers tous les adultes) et les sentiments de honte. Sont également observés des retards de développement langagier et psychomoteur, des comportements de retrait, un mutisme ou des conduites agressives.⁹

Chez les enfants âgés de 6 à 12 ans, il existe, outre les manifestations d'ESPT, des symptômes anxieux ou dépressifs marqués, ainsi que l'expression d'une culpabilité, en situation de « survivant » notamment. Une hypervigilance, des modifications dans les jeux, la perte ou le changement dans les intérêts habituels, l'apparition ou le retour de phobies spécifiques, les troubles du sommeil, les rêves anxieux et les difficultés de concentration sont plus nets qu'avant 6 ans. Les difficultés scolaires et la baisse des performances dominant souvent la symptomatologie.

Selon la durée d'exposition au traumatisme

Les troubles psychotraumatiques de type I correspondent à la description de l'ESPT. Ils surviennent après l'exposition brutale et imprévisible à un événement unique et limité dans le temps. Leur survenue est généralement rapide et tranche avec le niveau antérieur de fonctionnement de l'enfant.

Les troubles psychotraumatiques de type II sont consécutifs à l'exposition prolongée ou répétée à des événements majeurs.⁸ Ils se distinguent aussi des traumatismes de type I par l'absence de surprise, voire la résignation qu'ils entraînent chez l'enfant, y compris

durant leur survenue. Il s'agit de maltraitance, sévices physiques ou sexuels répétés, mais aussi de la guerre, des tortures et de l'internement en camp dans des régimes totalitaires. Ils entraînent des syndromes psychotraumatiques dont les caractéristiques sont voisines de celles du type I en réalisant un ESPT chronique. La survenue de troubles dépressifs peut compliquer la présentation. Mais certaines manifestations cliniques sont plus spécifiquement observées dans les traumatismes de type II :

- les enfants évitent de parler d'eux et des événements. Ils parlent rarement de l'agression et se rétractent souvent, gardant longtemps le secret ou respectant la « loi du silence » ;

- plus qu'un simple évitement, le déni massif du traumatisme, l'inhibition intellectuelle, l'émoussement affectif, le détachement avec restriction des intérêts et des relations, sont plus marqués que pour le type I. Certains auteurs⁸ font le rapprochement avec le repli et l'indifférence des nourrissons présentant un « hospitalisme » et soulignent les attitudes de familiarité superficielle non discriminante observée chez les tout-petits victimes de sévices comme dans les troubles de l'attachement par carence affective ;

- les plaintes somatiques (céphalées et douleurs abdominales) sont habituelles ;

- l'amnésie de pans entiers de souvenirs de l'enfance, souvent manifeste dès l'adolescence, le manque d'empathie, l'indifférence à la douleur peuvent être rapprochés de phénomènes d'autohypnose et de dissociation de la conscience : anesthésie corporelle ou émotionnelle, amnésie dissociative, dépersonnalisation, phénomènes auditifs ou visuels d'allure hallucinatoire ; des troubles dissociatifs de l'identité du DSM-IV (« personnalité multiple », par exemple) sont également diagnostiqués dans le contexte du type II.⁶ Ces phénomènes correspondraient à des mécanismes psychiques de défense que développe l'enfant pour échapper à des stress répétés insupportables. Des manifestations incontrôlables de rage, de colère extrême et d'auto-agressivité avec automutilations ou tentatives de suicide sont fréquentes. Ont été également signalés les abus d'alcool et de substances toxiques, la boulimie, l'agressivité et les conduites prédélinquantes. À l'inverse, des attitudes de passivité extrême ou l'établissement de liens pathologiques de dépendance avec le persécuteur (« identification à l'agresseur ») peuvent coexister. Les conduites de séduction, la multiplication des partenaires, voire certains actes de prostitution chez des sujets ayant subi des sévices sexuels, ont été rapprochés de ces symptômes. Le développement précoce (dès l'âge de 5 ans) de troubles de la personnalité empruntant des caractéristiques aux personnalités narcissique, antisociale, *borderline* et évitante, habituellement diagnostiquées chez l'adulte, peut être observé.

FACTEURS INFLUENÇANT LE DÉVELOPPEMENT D'UN ESPT

Facteur indispensable : le traumatisme

L'exposition à l'événement traumatique est le facteur principal et indispensable pour expliquer le développement d'un ESPT, chez l'enfant comme chez l'adulte. Il est nécessaire que soient réunies une exposition physique et une implication subjective. Celle-ci serait accrue s'il s'agit d'un agresseur humain, intrafamilial, incestueux, s'il y a une exposition à des peurs « préparées » par d'autres événements, des traumatismes antérieurs ou en cas de lien familial avec une victime. L'intensité et la nature (réaction d'effroi, attaque de panique, dissociation ou réaction aiguë de stress du DSM-IV) de la réaction immédiate seraient prédictives d'un ESPT ultérieur.

Facteurs variables : selon le sujet et son environnement

Tous les sujets exposés ne développent pas des troubles psychotraumatiques, sous réserve de bien distinguer la réaction adaptée au stress quasi universelle, d'une véritable pathologie. L'exposition à un événement traumatique est un facteur nécessaire mais pas suffisant. D'autres variables, appartenant au sujet ou à son environnement, jouent un rôle de modulation de la réponse, agissent comme facteurs de risque ou de protection psychopathologiques. La réaction traumatique se chroniciserait en fonction de variables intermédiaires (biologiques, psychologiques et sociales : soutien social et familial, « coping » [ou capacité de faire face] personnel et de l'entourage, antécédents personnels et familiaux, histoire personnelle) et de la résilience du sujet.

La vulnérabilité individuelle et le contexte post-traumatique (stress secondaires, soutien social, conditions socio-économiques, environnement familial) ont été évoqués sans véritable démonstration.

C'est l'organisation, l'attitude et la psychopathologie familiales pré- et post-traumatiques qui influencent le plus le développement des syndromes psychotraumatiques chez l'enfant, selon différents auteurs. Ainsi, parmi les facteurs de risque, sont notés :

- l'absence d'adulte masculin à la maison ;
- une attitude devenant plus protectrice chez la mère ;
- une symptomatologie d'ESPT chez les parents ;
- des antécédents psychiatriques parentaux ;
- une ambiance familiale tendue, morose, conflictuelle ou désunie ;
- une mauvaise intégration sociale de la famille ;
- l'existence de psychotraumatismes et d'ESPT antérieurs chez les parents.

Les enfants les plus jeunes et les adolescents seraient plus influencés que les grands enfants par ces facteurs familiaux. Nous avons montré, pour des troubles post-traumatiques chroniques, que l'exposition au traumatisme (le type et le degré d'exposition) et les troubles parentaux

(altérant l'étayage parental) jouent tous les deux un rôle important et indépendant.^{10,11}

D'autres travaux sont nécessaires pour améliorer la connaissance, qui demeure encore très lacunaire, des facteurs de risque et de la résilience :

- biographie, antécédents psychiatriques, compétences, coping ;
- qualité de l'éveil, fatigue, manque de sommeil au moment du traumatisme ;
- blessures physiques ;
- âge (les plus jeunes seraient plus sensibles) ;
- sexe (les filles seraient plus vulnérables) ;
- catégorie socioprofessionnelle (les milieux défavorisés seraient plus exposés, de façon non spécifique) ;
- soutien social et familial (présence ou absence de figures d'attachement à proximité, réaction parentale, troubles psychiatriques des parents, cohésion de la famille).

CONCLUSION

Les ESPT de l'enfant apparaissent, à l'inverse des idées reçues, fréquents, durables et potentiellement graves. Le jeune âge n'est pas protecteur. Il existe encore peu d'études systématiques, en particulier prospectives, sur le devenir à long terme du traumatisme et des ESPT de l'enfant. Outre la persistance prolongée de l'ESPT et la survenue des troubles associés qui peuvent évoluer pour leur propre compte (par exemple, sous la forme d'une maladie dépressive), divers troubles de la personnalité ont été décrits dans l'évolution des traumatismes de l'enfance (personnalités multiples, *borderline*, « modifications durables de la personnalité après une expérience de catastrophe » d'après l'OMS). En l'absence d'antécédents schizophréniques ou paranoïaques et (ou) de toxicomanie, les évolutions psychotiques chroniques après un traumatisme restent discutées, à la différence des manifestations aiguës telles que la psychose réactionnelle brève. Les complications psychosociales grèvent également le devenir : problèmes relationnels et de parentalité, isolement, marginalisation, dissociation familiale, difficultés scolaires et professionnelles, violence, délinquance, prostitution (en particulier en cas de sévices sexuels)...

Le devenir des ESPT aigus et spontanément résolutifs est mal connu. Comme les traumatismes antérieurs, ils pourraient faciliter, « préparer » la survenue d'un ESPT à l'occasion d'une nouvelle rencontre avec un événement majeur, ou rendre compte de rechutes lors de périodes de stress. Il n'existe aucune donnée objective sur le devenir à long terme du traumatisme du nourrisson et du très jeune enfant en phase préverbale. Enfin, les thérapeutiques de l'ESPT n'ont pas fait l'objet d'études de validation suffisantes chez l'enfant. La complexité des cas relève le plus souvent d'une prise en charge spécialisée, sa qualité ainsi que celle de l'accueil des jeunes victimes et de leur famille étant un facteur pronostique majeur en contraste avec le risque de survictimation iatrogène. ■

Références

- Vila G, Porche LM, Mouren-Simeoni MC. L'enfant victime d'agression. Paris : Masson, 1998.
- Vila G, Porche LM, Mouren-Simeoni MC. An 18-month longitudinal study of posttraumatic disorders in children who were taken hostages in their school. *Psychosom Med* 1999 ; 61 : 746-54.
- Giaconia RM, Reinherz HZ, Silverman AB, Pakiz B, Frost AK, Cohen E. Traumas and posttraumatic stress disorder in a community population of older adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1995 ; 34 : 1369-80.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd ed. revised. Washington DC Critères diagnostiques. Traduction française par J.D. Guelfi *et al.* Paris : Masson, 1987.

- Sack WH, Clarke GN, Seeley J. Posttraumatic stress disorder across two generations of Cambodian refugees. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1995 ; 34 : 1160-6.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington DC. Critères diagnostiques. Traduction française par J.D. Guelfi *et al.* Paris : Masson, 1996.
- World Health Organization. CIM 10/ICD 10 Classification internationale des maladies 10^e révision. Troubles mentaux et troubles du comportement. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. OMS (Genève). Traduction de l'anglais coordonnée par C.B. Pull. Paris : Masson, 1993.
- Terr LC. Childhood traumas : an outline and overview. *Am J Psychiatry* 1991 ; 148 : 10-20.
- Vila G, Mouren-Simeoni MC. État de stress post-traumatique chez le jeune enfant : mythe ou réalité ? *Ann Med Psychol* 1999 ; 157 : 456-69.
- Vila G, Witkowski P, Tondini MC, Perez-Diaz F, Mouren-Simeoni MC, Jouvent R. A study of posttraumatic disorders in children who experienced an industrial disaster in the Briey region. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2001 ; 10 : 10-8.
- Vila G, Bertrand C, Friedman S, Porche LM, Mouren-Simeoni MC. Trauma par exposition indirecte, implication objective et subjective. *Ann Med Psychol* 2000 ; 158 : 677-86.

en pratique

- **L'état de stress post-traumatique (ESPT) est la principale conséquence psychopathologique résultant de l'exposition à un événement majeur, tels ceux menaçant la vie ou l'intégrité du sujet ou ceux où il est spectateur de la mort d'autrui.**
- **Les ESPT de l'enfant apparaissent, à l'inverse des idées reçues, fréquents, durables et potentiellement graves. Le jeune âge n'est pas protecteur.**
- **Il est important de savoir l'évoquer systématiquement devant des troubles aussi variés que des plaintes somatiques, des troubles du sommeil, un fléchissement scolaire, un comportement auto-hétéro-agressif...**
- **La forme clinique type est proche du tableau des vétérans du Vietnam avec des particularités liées à l'âge. La sémiologie est caractéristique.**
- **La comorbidité est fréquente, de même que l'évolution vers d'autres troubles mentaux, comme la dépression. Le risque de passages à l'acte hétéro-agressif, de tentatives de suicide, de conduites addictives, en particulier à l'adolescence, est important.**
- **La complexité des cas relève le plus souvent d'une prise en charge spécialisée. Sa qualité ainsi que celle de l'accueil des jeunes victimes et de leur famille sont un facteur pronostique majeur en contraste avec le risque de survictimation iatrogène.**

SUMMARY : POSTTRAUMATIC STRESS DISORDERS IN CHILDREN

Contrary to current belief, posttraumatic stress disorders (PTSD) in children appear to be frequent, long-lasting and potentially serious. Young age is not a protective factor. The clinical picture is close to that seen in Vietnam veterans, with developmental specificities according to the type of trauma. Further work is necessary to complete our understanding. It has been well established that the exposure to a traumatic event, and its characteristics, constitute the essential « engine » of the problems. This is modulated by personal and environmental (family and social) factors. But the understanding of the mechanisms involved is only partial, notably for the role of risk factors and protective factors on the occurrence of symptoms and the prolonged evolution. There are still few systematic studies (prospective studies in particular) on the long-term outcome of trauma and PTSD in children, particularly for the newborn and the very young child. The problems could become chronic in half of the cases, lasting into adulthood, and becoming complicated by other mental problems, in particular the depressive syndromes, behavioural problems and personality disorders. Equally, psychosocial complications worsen the prognosis. The therapies for PTSD have not been subject to validation studies that are sufficient for the child.

TEST DE LECTURE

VRAI OU FAUX ?

- **Article analysé : Endoscopie digestive : des progrès visibles**

Question 1 : La vidéocapsule permet la visualisation de toute la muqueuse du grêle et du côlon.

Question 2 : Les ponctions guidées par échographie permettent d'atteindre le système ganglionnaire thoracique.

Question 3 : Le traitement endoscopique des RGO se développe.

- **Article analysé : Traitement par les anti-vitamine K**

Question 4 : Si l'INR est situé entre 5 et 9, et en l'absence de facteur de risque hémorragique, supprimer une prise d'AVK et donner de la vitamine K.

Question 5 : Après changement de posologie des AVK, les contrôles de l'INR doivent être pratiqués tous les 5 jours jusqu'à sa stabilisation.

Question 6 : Le préviscan est contre-indiqué chez les patients ayant une intolérance au gluten.

- **Article analysé : États de stress psychotraumatique de l'enfant**

Question 7 : Les états de stress psychotraumatique (ESPT) de l'enfant apparaissent fréquents, durables et potentiellement graves

Question 8 : L'exposition à un événement traumatique est indispensable et suffisant au développement d'un ESPT.

Question 9 : Le syndrome de répétition est l'élément central et quasi pathognomonique d'un ESPT de l'enfant.