



Conseil des
écoles publiques
de l'Est de l'Ontario

ÉCOLES DE CHOIX | CONSEIL DE CHOIX

  CEPEO.ON.CA

L'état de stress post-traumatique dans le milieu scolaire

16 avril 2015

Marie-Ève Couture-Lalande

Étudiante au doctorat en psychologie clinique



Mise en contexte

On remarque une augmentation des populations à risque de présenter un état de stress post-traumatique au CEPEO:

- Les élèves provenant de pays instables ou en guerre
- Les pupilles de la couronne
- Les enfants de parents militaires

Plan de la présentation

- 1) Définition de l'état de stress post-traumatique (ESPT)
- 2) Prévalence de l'ESPT et facteurs de risque
- 3) Les manifestations en salle de classe
- 4) Outil de dépistage
- 5) Le traitement de l'ESPT

Définition: état de stress post-traumatique

Critère A:

Exposition directe ou indirecte à une situation pouvant entraîner la mort, des blessures sérieuses ou des sévices sexuels

- 1) Vivre soi-même l'évènement traumatique
- 2) Être témoin de l'évènement traumatique vécu par une autre personne
- 3) Apprendre qu'un de nos proches (famille, ami proche) a été exposé à un évènement traumatique (nouveau du DSM-5)
- 4) Expérience répétée ou exposition extrême à des détails aversifs d'évènement(s) traumatique(s) (nouveau du DSM-5)

Exemples d'évènements traumatiques

- Désastre naturel (p.ex. tremblement de terre, inondation, ouragan)
- Accident (p.ex. voiture, bicyclette, accident grave à la maison)
- Se faire attaquer par un animal (p.ex. Un chien)
- Acte de violence (contexte familial, témoin de violence dans la rue, bullying, guerre)
- Maladie grave/procédure médicale invasive

Définition: état de stress post-traumatique

Les symptômes sont regroupés par domaines :

Critère B: Présence de symptômes d'intrusions associés à l'événement traumatique (souvenirs, cauchemars et/ou flashbacks)

Critère C: Pattern persistant d'évitement des stimuli associés à l'événement traumatique (interne: pensée, souvenirs, émotions et/ou externe: endroits, personnes, situations, conversations)

Critère D: Altération négative dans les cognitions et l'humeur associées à l'événement traumatique (p.ex. incapacité de se rappeler une partie importante de l'évènement traumatique, pensées négatives ou exagérées, émotions négatives persistantes, diminution de l'intérêt à faire des activités, sentiment de détachement, incapacité d'éprouver des émotions positives)

Critère E: Altération marquée du niveau d'excitabilité et de réactivité associés à l'événement traumatique (hypervigilance, irritabilité, crise de colère, difficultés de concentration, «faire le saut», insomnie)

Définition: état de stress post-traumatique

Critère F: Les symptômes associés aux critères B, C, D et E durent depuis plus d'un mois

* Les symptômes qui persistent de 3 jours à 1 mois après l'évènement traumatique: état de stress aigu

Critère G: Les symptômes causent une détresse significative ou interfèrent avec le fonctionnement social, scolaire ou autre

Critère H: Les symptômes ne sont pas associés aux effets physiologiques d'une substance (p.ex. alcool) ou une autre condition médicale

Adaptations des critères pour les enfants de 6 ans et moins

- Les souvenirs intrusifs peuvent sembler ne pas causer de détresse et se manifester par le biais de jeu (p.ex. répétition de l'évènement traumatique)
- Présence de cauchemars qui ne sont pas nécessairement clairement liés à l'évènement traumatique
- Combinaison des critères C et D (un ou l'autre)
- L'ajout du retrait social comme symptôme pour le critère D

Prévalence

- 25% des enfants et adolescents auraient été exposés à un évènement traumatique (Costello et al., 2002)
- 6 à 10% des enfants et adolescents développeraient un ESPT (Dyregrov & Yule, 2006)
- 3-15% des filles exposés développeraient un ESPT
- 1- 6% des garçons exposés développeraient un ESPT
(Hamblen, 2007)

Facteurs de risques

1) Type d'évènement

- Violence interpersonnelle
- Évènement imprévisible

2) Sévérité

- Durée
- Intensité

3) Exposition

- Proximité physique
- proximité émotionnel

4) Historique

- Effet cumulatif

5) Support parental et social

6) État psychologique précédent l'exposition

7) Facteurs génétiques

(Nickerson et al., 2009)

Comorbidité

Garçons:

23.5% ESPT et dépression majeure

13.5% ESPT et abus/dépendance à une substance

Filles:

31.7% ESPT et dépression majeure

24.6 ESPT et abus/dépendance à une substance

(Kilpatrick et al., 2003)

Conseil des
écoles publiques
de l'Est de l'Ontario



Manifestations de l'ESPT en salle de classe

- Difficultés de concentration
 - Inattention
 - Irritabilité
 - Agressivité
 - Retrait social
-
- Diminution de la performance académique
 - Augmentation des problèmes de comportements

(Nickerson et al., 2009)

Variations développementales

Enfants d'âge préscolaire:

- Les réactions ne sont pas clairement liés à l'évènement traumatique
- Les réactions tendent à être exprimé non-verbalement
- Peuvent montrer moins de symptômes que les enfants plus âgés malgré un niveau de détresse égale
- Régression
- Jeu relié au trauma

(Rodriguez & Brock)

Variations développementales

Enfants d'âge scolaire:

- Les réactions tendent à être plus facilement liés à l'évènement traumatique
- Description verbale répétitive de l'évènement
- Plaintes somatiques
- Jeu relié au trauma (plus complexe et élaboré)
- Difficulté à maintenir l'attention



Variations développementales

Préadolescents et adolescents

- Comportement oppositionnel/agressif afin de regagner un sens de contrôle
- Évitement scolaire
- Automutilation
- Impression que le futur est sans espoir
- Idées de vengeance
- Difficultés d'apprentissage
- Abus de substance

Outil de dépistage: Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC)

Le TSCC évalue la symptomatologie post-traumatique des enfants et adolescents âgés de 8 à 16 ans

- Questionnaire de 54 items
- Version pour parent et enfant

2 échelles de validité (style de réponse exagéré):

- Endosser trop de symptômes
- Endosser trop peu de symptômes

6 échelles cliniques:

- Anxiété (ANX),
- Dépression (DEP),
- Stress Post-traumatique (PTS),
- Inquiétudes sexuelles(SC),
- Dissociation (DIS)
- Colère (ANG).

Traduit en français par une équipe de l'Université de Montréal (Wright et al., 1998)

Interventions basées sur des données probantes

- la thérapie cognitivo-comportementale axée sur le trauma (*Trauma focused Cognitive-Behavioral Therapy*).
- L'intervention cognitivo-comportementale pour le trauma dans les écoles (*Cognitive Behavioral Intervention for Trauma in Schools; CBITS*)

L'intervention cognitivo-comportementale pour le trauma dans les écoles

Développée à travers un partenariat de professionnels provenant des milieux universitaire et scolaire.

- 10 rencontres de groupe et jusqu'à 3 rencontres individuelles (pour créer le trauma narratif)
- Session de 45 minutes
- Groupe de 5 à 8 enfants

L'intervention cognitivo-comportementale pour le trauma dans les écoles

Les éléments clefs incluent:

- 1) la psycho-éducation
- 2) la gestion du stress (relaxation)
- 3) la restructuration cognitive
- 4) l'exposition in vivo graduelle (sessions individuelles)
- 5) la résolution de problèmes interpersonnels

Avantages de l'intervention en milieu scolaire

- Permet d'éviter les déplacements et les frais de stationnement
- Les membres des communautés culturelles peuvent être plus enclins à rechercher des services en santé mentale à travers le milieu scolaire (Nadeem et al., 2011)
- * L'attrition est plus élevée lorsque le traitement est offert à l'extérieur du milieu scolaire (Jaycox et al., 2010)

Avantages et désavantages des interventions de groupe

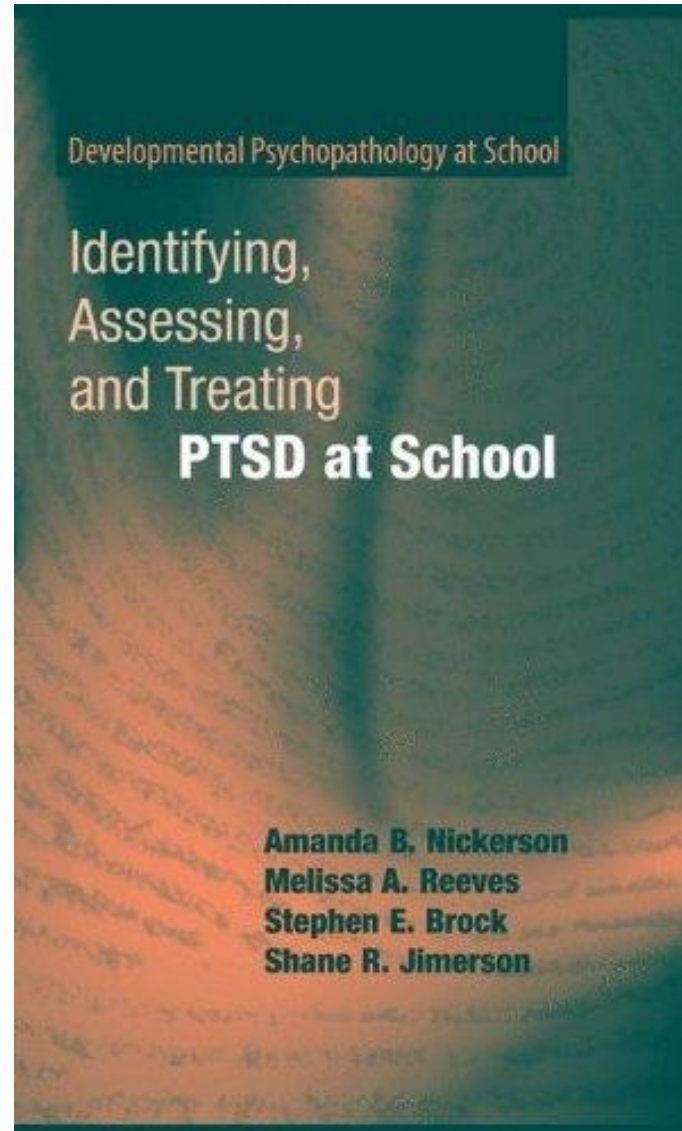
Avantages:

- Possibilité de traiter un plus grand nombre d'élèves
- Effet normalisant

Désavantages:

- Le groupe doit être assez homogène (événement traumatique similaire, même groupe d'âge)

Ouvrage de références



Références

<http://tfcbt.musc.edu/>

<https://cbitsprogram.org/>

<http://www.johnbriere.com/tscc.htm>

Références

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th ed.* Washington, DC: Author.

Costello, E. J., Erkanli, A., Fairbank, J. A. & Angold, A. (2002). The prevalence of potentially traumatic events in childhood and adolescence. *Journal of Traumatic Stress, 15*, 99-112.

Dyregrov, A. & Yule, W. (2006). A reiview of PTSD in children. *Child and Adolsecent Mental Health, 11*, 176-184.

Hamblen, J. (1999). *Fact sheet: PTSD in children and adolescents.* National Center for PTSD.

www.ncptsd.org/facts/specific/fs_children.html

Jaycox, L. H., Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Walker, D. W., Langley, A. K., Gegenheimer, K. L., et al. (2010). Children's mental health care following hurricane Katrina: A field trial of trauma-focused psychotherapies. *Journal of Traumatic Stress, 23*, 223-231.

Références

Kilpatrick, D. G., Ruggiero, R. A., Saunders, B. E., Resnick, H. S., & Best, C. L. (2003). Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: Results from the National Survey of Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 692-700.

Nadeem, E., Jaycox, L. H., Kataoka, S. H., Langley, A. K., Stein, B. D. (2011). Going to Scale: Experiences implementing a school-based trauma intervention. *School Psychology Review, 40*, 549-568.

Rodriguez, R. & Brock, S. E. The Manifestations and symptoms of, and recommendations for, students with PTSD. Document électronique récupéré le 10 avril 2015 de: <http://www.csus.edu/indiv/b/brocks/Workshops/CASP/PTSD.09.pdf>

Wright, J., Sabourin, S., & Lussier, Y. (1995). Traduction du Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC; Briere, 1996). Montréal, Québec, Canada: Département de psychologie, Université de Montréal.

Wright, J., Friedrich, W.N., Cyr, M., Thériault, C., Perron, A., Lussier, Y., & Sabourin, S. (1998). The evaluation of Franco-Quebec victims of child sexual abuse and their mothers: The implementation of a standard assessment protocol. *Child Abuse & Neglect, 22*, 9-23.

Questions?

