



HAL
open science

Clinique des hallucinations acoustico-verbales chez les enfants et les adolescents dans les suites d'un trouble de stress post traumatique : étude de cas

Lou Blanc

► To cite this version:

Lou Blanc. Clinique des hallucinations acoustico-verbales chez les enfants et les adolescents dans les suites d'un trouble de stress post traumatique : étude de cas. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03202079

HAL Id: dumas-03202079

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03202079>

Submitted on 19 Apr 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTE DE MEDECINE

CLINIQUE DES HALLUCINATIONS ACOUSTICO-VERBALES CHEZ LES ENFANTS ET ADOLESCENTS
DANS LES SUITES D'UN TROUBLE DE STRESS POST TRAUMATIQUE :
ETUDE DE CAS

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée et soutenue le 9 avril 2021 à Nice

Par Lou BLANC née le 9 mars 1992 à Boulogne Billancourt

Pour l'obtention du diplôme d'État de Docteur en Médecine

PRESIDENT DU JURY : Madame le Professeur ASKENASY Florence
Professeur en Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

MEMBRE DU JURY : Monsieur le Docteur FERNANDEZ Arnaud
Docteur en Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

DIRECTRICE DE THÈSE : Madame le Docteur DUMAS Louise-Émilie
Docteur en Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent



Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

Pr. BAQUÉ Patrick

Vice-doyens

Pédagogie

Pr. ALUNNI Véronique

Recherche

Pr. DELLAMONICA Jean

Étudiants

M. JOUAN Robin

Chargé de mission projet Campus

Pr. PAQUIS Philippe

Conservateur de la bibliothèque

Mme AMSELLE Danièle

Directrice administrative des services

Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

M. RAMPAL Patrick

M. BENCHIMOL Daniel



Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)



Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GUÉRIN Olivier	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Médecine d'urgence (48.05)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)



Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophthalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BERTHET Jean-Philippe	Chirurgie Thoracique (51-03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDEBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
Mme	ESTRAN-POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M	FAVRE Guillaume	Physiologie (44.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mme	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	ORBAN Jean-Christophe	Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (48.01)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	VANBIERVLIET Geoffroy	Gastro-entérologie (52.01)



Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	CAMUZARD Olivier	Chirurgie Plastique (50-04)
Mme	CONTENTI-LIPRANDI Julie	Médecine d'urgence (48-04)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	LOTTE Romain	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière (45.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
M.	MASSALOU Damien	Chirurgie Viscérale (52-02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
M.	SQUARA Fabien	Cardiologie (51.02)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	THUMMLER Susanne	Pédopsychiatrie (49-04)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	TRAN Antoine	Pédiatrie (54.01)



Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

Mme GROS Auriane Orthophonie (69)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)
M. SICARD Antoine Néphrologie (52-03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles Médecine Générale (53.03)
Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03)
M. GASPERINI Fabrice Médecine Générale (53.03)
M. HOGU Nicolas Médecine Générale (53.03)

Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4^{ème} membre

Professeurs Honoraires

M. AMIEL Jean	M. GÉRARD Jean-Pierre
M. ALBERTINI Marc	M. GIBELIN Pierre
M. BALAS Daniel	M. GILLET Jean-Yves
M. BATT Michel	M. GRELLIER Patrick
M. BLAIVE Bruno	M. GRIMAUD Dominique
M. BOQUET Patrice	M. HOFLIGER Philippe
M. BOURGEON André	M. JOURDAN Jacques
M. BOUTTÉ Patrick	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LAZDUNSKI Michel
Mme BUSSIERE Françoise	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LE FICHOUX Yves
M. CANIVET Bertrand	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CASSUTO Jill-patrice	M. MARIANI Roger
M. CHATEL Marcel	M. MASSEYEFF René
M. COUSSEMENT Alain	M. MATTEI Mathieu
Mme CRENESSE Dominique	M. MOUIEL Jean
M. DARCOURT Guy	Mme MYQUEL Martine
M. DELLAMONICA Pierre	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DELMONT Jean	M. PRINGUEY Dominique
M. DEMARD François	M. SANTINI Joseph
M. DESNUELLE Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DOLISI Claude	M. SCHNEIDER Maurice
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	M. THYSS Antoine
M. FENICHEL Patrick	M. TOUBOL Jacques
M. FUZIBET Jean-Gabriel	M. TRAN Dinh Khiem
M. FRANCO Alain	M. VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. FREYCHET Pierre	
M. GASTAUD Pierre	

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques	M. GIUDICELLI Jean
M. BASTERIS Bernard	M. MAGNÉ Jacques
M. BENOLIEL José	Mme MEMRAN Nadine
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie	M. MENGUAL Raymond
Mme DONZEAU Michèle	M. PHILIP Patrick
M. EMILIOZZI Roméo	M. POIRÉE Jean-Claude
M. FRANKEN Philippe	Mme ROURE Marie-Claire
M. GASTAUD Marcel	



Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	LEBOEUF Mathieu	gynécologie- obstétrique
Mme	NADEAU Geneviève	uro-gynécologie
M.	ODIN Guillaume	Chirurgie maxilo-faciale
M.	PEYRADE Frédéric	Onco-Hématologie
M.	PICCARD Bertrand	Psychiatrie
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

Remerciements

À MON PRÉSIDENT DE JURY, Madame la Professeur Askenazy.

Vous me faites l'honneur de présider mon jury. Vos enseignements au cours de ces dernières années m'ont été précieux et je vous en remercie. Soyez assurée de mon profond respect et de ma considération.

À MA DIRECTRICE DE THÈSE, le docteur Louise-Émilie Dumas.

Ce travail n'aurait pas été possible sans toi, je te remercie sincèrement pour ton encadrement et ta rigueur dans ce travail de thèse. Sois assurée de ma reconnaissance.

À MON JURY, le docteur Arnaud Fernandez.

Tu me fais l'honneur de juger ce travail. Tu as été un chef qui m'a beaucoup appris et formée au cours de ce semestre. Je te remercie pour toutes ces connaissances transmises ainsi que la confiance que tu m'as accordée.

Au personnel de Lenval et plus particulièrement à Anamaria Bogdan et à l'équipe de l'UPAG (puis de l'UHCD !), avec qui travailler a été un réel plaisir. Anamaria je te remercie pour ta bienveillance, tes conseils et ton encadrement durant tout ce semestre.

À tous mes anciens chefs mais surtout à Claire Rometti, mon premier mentor. Tu as su me donner confiance dans mon travail (et ce n'était pas gagné !). Je te remercie pour ces années de formation, tes enseignements mais aussi pour tes qualités d'amie et tes conseils précieux.

A toute ma famille d'amour mais plus particulièrement,

A ma mère, la plus forte de toutes. Tu as toujours été là pour moi et aucun mot ne pourra décrire toute la reconnaissance que j'ai pour toi. Je t'aime d'un amour inconditionnel.

A Janluk, bien qu'il y ait eu des moments de tourmente, tu sais à quel point mon amour est sûr et constant.

A ma petite sœur Jane, tu es et resteras toujours mon bébé. Je suis si fière de ce que tu deviens. Je t'aime.

A ma Mémé, mon pilier et ma fierté. Tu es un exemple de femme. Ta perspicacité m'étonnera toujours ! A Pépé qui veille toujours sur moi.

A ma belle-famille et plus particulièrement Anne, Olivier et Gilles. Je n'aurai jamais pu tomber mieux. Merci de m'avoir acceptée, je suis fière de construire ma vie à vos côtés.

A Pauline et Roxane, mon « cerveau », mes sœurs, ma famille. Je vous dois tout. On s'est construites ensemble depuis bientôt dix ans et j'ai hâte de voir ce que la vie nous réserve encore. Vous êtes les best.

A Anastasia, mon tic (ou mon tac). Notre amitié est belle et sincère. Tu sais que malgré des océans je serai toujours là pour toi. T'aime.

A toutes les Founes, femmes exceptionnelles toutes autant que vous êtes et à ma Gwada Family. Vous êtes une famille particulière car choisie. Je ne vous remercierai jamais assez pour ce que vous êtes et pour tout l'amour que vous me procurez.

A tous les amis de la Boîte, de l'armée. A toutes ces années passées ensemble qui ont fait celle que je suis aujourd'hui.

Aux amis de Nice : à Gautier, Mathilde, Flavien, Jacques et Steph et tous les autres. Merci particulièrement pour votre soutien ces derniers mois. Vous êtes en or ! Et à tout ce qui nous attend encore ensemble !

A mes co-internes et particulièrement Céline, Kim et Lého. Vous avez ensoleillé bon nombre de mes journées. Partager ces moments ensembles ont été une chance et j'attends les prochains !

A tous mes co-internes Lenvalien du semestre : merci pour votre compréhension et votre bienveillance, j'ai pu compter sur vous malgré des moments difficiles. Vous avez été parfait.

Enfin, merci à Wulfran, l'homme de ma vie.

Bientôt dix ans que nous partageons nos vies, tu me connais mieux que personne. Merci de me faire confiance depuis toutes ces années (et de me supporter aussi). Je suis fier de nous, de tout ce que nous traversons et j'ai toujours plus hâte d'avancer avec toi, de construire notre vie ensemble, de fonder notre famille. Je t'aime plus que tout au monde.

Table des matières

Liste des abréviations	14
Thèse	15
Introduction	15
Méthode	18
Vignettes cliniques	22
Résultats	31
Discussion	35
Conclusion	38
Bibliographie	39
Annexes	42
Article	44
Serment d'Hippocrate	62

Liste des abréviations

BAVQ-R	Beliefs About Voices Questionnaire-Revised
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EED	Échelle des Émotions Différentielles
HAV	Hallucination Acoustico-Verbale
Kiddie-SADS-PL	Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School- Age Children- Present and Lifetime
MINI Kid	Mini International Neuropsychiatric Interview Enfants-Adolescents Bilan
NEPSY II	Bilan Neuropsychologique de l'enfant – 2 ^{ème} édition
SUPEA	Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de de l'Adolescent
TSPT	Trouble de stress post traumatique
WISC	Wechsler Intelligence Scale for Children

INTRODUCTION

L'hallucination acoustico-verbale chez l'enfant

La définition communément partagée aujourd'hui et proposée par Henry Ey de l'hallucination est une « perception sans objet à percevoir » (1). Elles peuvent concerner toutes les modalités sensorielles : auditives, visuelles, olfactives, gustatives et tactiles. Les hallucinations peuvent être la cause d'une pathologie organique ainsi que psychiatrique (tableau 1). Les diagnostics psychiatriques les plus fréquents associés aux hallucinations regroupent l'épisode dépressif caractérisé, le trouble de personnalité état limite, la schizophrénie précoce, le trouble de stress post traumatique ainsi que le trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité (2).

Chez l'enfant, les hallucinations sont également à différencier des processus maturatifs bénins tels que les compagnons imaginaires, relativement fréquents chez les enfants d'âge scolaire. D'un point de vue clinique, ils diffèrent de l'expérience hallucinatoire en ceci que l'enfant peut le faire apparaître et disparaître à sa guise dans un contexte de jeu et qu'ils ne génèrent aucune angoisse (3). Parmi les phénomènes bénins à rechercher et à éliminer en âge préscolaire et scolaire figurent également les phénomènes survenant lors de l'endormissement (hallucinations hypnagogiques) ou lors du réveil (hallucinations hypnopompiques)(3).

Nous nous intéresserons dans cette étude aux hallucinations associées à une comorbidité psychiatrique dans la population pédiatrique.

Tableau 1 : Principales étiologies de l'hallucination de l'enfant et de l'adolescent

Causes physiologiques
Immaturité affective responsable d'accès imaginatifs < 7-8 ans (compagnons imaginaires)
Parasomnies bénignes de type hypnagogique ou hypnopompique
Causes psychiatriques
Spectre schizophrénique (prodrome psychotique, schizophrénie à début précoce, trouble schizophréniforme)
Spectre thymique (troubles bipolaires et autres troubles de l'humeur atypiques, deuils pathologiques)
Syndrome de stress post-traumatique (victimes d'abus sexuels, etc.)

<p>Trouble des conduites, carences affectives et sociales graves Troubles de la personnalité en constitution</p> <p>Troubles anxieux (trouble obsessionnel compulsif, etc.)</p> <p>Syndrome de Gilles de la Tourette</p>
Causes organiques
<p>Troubles métaboliques (dysthyroïdies, insuffisance surrénale, maladie de Wilson, porphyrie, bérubéri, troubles hydroélectrolytiques, etc.)</p> <p>Anomalies génétiques (syndrome vélo-cardio-facial, etc.) Infections sévères (méningites, encéphalites, sepsis)</p> <p>Substances hallucinogènes (solvants, LSD, PCP, mescaline, peyolt, psilocybine, cannabis, cocaïne, opiacés)</p> <p>Pharmacologiques (amphétamines, barbituriques, corticoïdes, anticholinergiques, lamotrigine, etc.)</p> <p>Neurologiques (migraines, crises convulsives, lésions cérébrales, déafférentations, déficits sensoriels)</p>

LSD : acide lysergique dyéthylamide ; PCP : phencyclidine.

Les hallucinations dans la population pédiatrique, souvent sous estimées ou peu connues, sont relativement courantes. Des études de grands échantillons pédiatriques généraux ont documenté un taux de prévalence de l'hallucination de 8% chez les enfants (4). Une méta-analyse récente (5) révèle un taux de prévalence chez l'enfant de 12,7 % et de 12,4 % chez l'adolescent. L'un des taux de prévalence les plus élevés a été observé dans un échantillon non clinique, dans lequel 21% des 761 enfants japonais de 11 à 12 ans avaient présenté des hallucinations visuelles et/ou auditives (6). Cela met en évidence que les facteurs psychosociaux, tels que les différences culturelles ou religieuses doivent être pris en compte lors de la comparaison des études de prévalence. Enfin, la cohorte sur 5 ans de Bartels-Velthuis examinant les expériences hallucinatoires chez 337 enfants âgés de 7 à 8 ans a retrouvé un taux d'incidence cumulé de l'HAV de 9% (7).

La plupart des hallucinations dans la population pédiatrique sont transitoires et disparaissent spontanément. Dans environ 50 à 95% des cas, les hallucinations cessent après quelques semaines ou mois (8). Dans la majorité des cas, ce symptôme advient dans un contexte anxieux et il est rapidement résolutif sans nécessité de prescription de psychotrope (9). Du fait de leur caractère fréquent et transitoire et en l'absence de conséquences fonctionnelles pathologiques, il s'agit de considérer ces expériences auprès de l'enfant sans banaliser ni déterminer un trouble psychotique dans l'immédiat (10).

En revanche, lorsque les hallucinations surviennent ou persistent chez l'adolescent, elles peuvent être associées à des diagnostics plus sévères et multi morbides. Le risque spécifique de développer une psychose reste présent avec un risque estimé 5 à 6 fois plus élevé lorsque les hallucinations persistent à l'adolescence (11). Bien que les hallucinations précoces puissent constituer une caractéristique des expériences psychotiques, la littérature actuelle souligne que les hallucinations peuvent se produire en tant que phénomène isolé chez des enfants. Finalement, c'est non seulement la simple occurrence d'une hallucination mais aussi la persistance de celle-ci au fil du temps et en particulier à l'adolescence qui peut prédisposer un individu à la formation secondaire de délire et de dérégulation affective (10).

Les hallucinations peuvent prendre des significations différentes selon l'âge du développement psycho-affectif à laquelle elles apparaissent. Une étude récente visant une mise à jour des hallucinations chez les enfants et les adolescents (12) indique que les hallucinations à l'adolescence sont plus révélatrices d'une psychopathologie que les hallucinations perçues pendant l'enfance. Cependant, bien qu'elles soient moins indicatives, les hallucinations infantiles peuvent causer de la détresse ainsi qu'une altération du fonctionnement et doivent donc justifier une attention clinique.

On note une grande variété de tableaux cliniques pédopsychiatriques retrouvant des hallucinations multimodales (2). Nous nous intéresserons particulièrement aux hallucinations associées au trouble de stress post traumatique.

Hallucination acoustico-verbale et trouble de stress post traumatique (TSPT)

Le diagnostic de TSPT peut être posé à partir d'un mois après l'exposition à un ou des évènements traumatiques. Les phénomènes d'intrusion comme des souvenirs répétitifs et des réactions dissociatives lors de flashbacks sont des symptômes caractéristiques du TSPT. Des conduites d'évitement des stimuli associés au traumatisme, une altération cognitive et de l'humeur et une hypervigilance sont également des symptômes retrouvés (13).

On distingue les évènements en fonction de leur fréquence et de leur niveau de prévisibilité. Les traumatismes de type 1 font référence à des évènements traumatiques uniques, soudains et inattendus qui présentent un commencement net et une fin précise (exemple : agression, catastrophe ou accident). Les traumatismes de type 2 représentent des évènements prévisibles et répétés (exemple : abus sexuels, maltraitance, faits de guerre).

Bien que l'hallucination ne soit pas définie comme un symptôme du TSPT, la littérature est riche en lien entre ces deux entités : des études prospectives chez des survivants de guerre et de vétérans présentant un TSPT de type 1 démontrent un développement accru d'HAV au fil du temps comparé à des combattants sans TSPT (14,15). Toujours en ce qui concerne le TSPT, on retrouve la présence d'hallucination auditive jusqu'à 40% de patients vétérans (16). De même que pour des TSPT de type 2, la littérature indique que des traumatismes infantiles de type violence physique et sexuelle dans l'enfance rendent les sujets plus vulnérables au développement de TSPT ainsi qu'une probabilité significativement plus élevée de développer des HAV chez des individus psychotiques comme non psychotiques (17,18).

La littérature révèle que des HAV peuvent être associées à un TSPT et se développent à la suite de celui-ci (14–18). Les HAV peuvent même entretenir le TSPT quand on sait que le degré de persistance des hallucinations au fil du temps peut être un prédicteur important de la transition vers un trouble cliniquement significatif (12). La caractérisation clinique des HAV associées à un TSPT est un sujet d'étude. S'agit-il d'HAV associées à des reviviscences traumatiques que nous proposons de nommer « reviviscences-like » ou bien d'HAV plus élaborées (expériences « psychotic-like ») ?

Nous proposons l'hypothèse que l'hallucination engendrée par un traumatisme serait une forme de reviviscence sensorielle de celui-ci. Afin de permettre une analyse qualitative de cette clinique, notre méthodologie va reposer sur l'étude de cas cliniques d'enfants et adolescents ayant développé des HAV associées à un TSPT. Nous tenterons de décrire la clinique des hallucinations et de mettre en lien les mécanismes psychopathologiques des hallucinations liées au traumatisme.

METHODE

Nous allons présenter quatre cas cliniques de patients inclus dans l'étude *L'Enfant Physalis* (19), investiguée par l'équipe du Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (SUPEA) des hôpitaux pédiatriques de Nice CHU-Lenval. Ce travail préliminaire est l'occasion de présenter des cas cliniques qui se différencient de résultats quantitatifs attendus de cette étude.

L'Enfant Physalis est une étude de recherche interventionnelle, cas-témoins et longitudinale sur 2 ans qui propose une observation de la présence et de la persistance des HAV au sein d'une population pédiatrique ne répondant pas aux critères du spectre de la schizophrénie et présentant un

diagnostic de TSPT. Il s'agit d'une étude ancillaire du « Programme 14-7 » étudiant une cohorte d'enfants et d'adolescents exposés au traumatisme de masse du 14 juillet 2016 à Nice. Elle a été ouverte par la suite à tous les types de TSPT de type 1 et 2.

L'hypothèse de cette étude est que des marqueurs spécifiques de cognition sociale et émotionnels favoriseraient la présence et la persistance des HAV au sein d'une population d'enfants et d'adolescents non psychotiques. En effet, les patients présentant des capacités de cognition sociale déficitaires sont décrits comme vulnérables à la présence d'une symptomatologie psychotique, telle les HAV, et ce avant même le début des troubles (20,21). Dans la continuité de ces troubles neurocognitifs, il serait intéressant d'étudier si les troubles de cognition sociale seraient également présents chez les sujets TSPT et favoriseraient la présence et la persistance des HAV. L'impact émotionnel particulièrement intense dans le cas d'un TSPT et la difficulté de gestion de ces émotions favorisant l'apparition des HAV, tel un mécanisme de défense adaptatif, ont été décrits (22,23). Il serait intéressant d'observer un profil émotionnel d'un enfant avec TSPT favorisant la présence et la persistance d'HAV.

L'objectif principal de cette étude est d'identifier des facteurs de cognition sociale et émotionnels liés à la présence d'HAV au sein d'une cohorte d'enfants exposés à un traumatisme et ne répondant pas aux critères de trouble du spectre de la schizophrénie. Les objectifs secondaires sont :

- de réévaluer l'évolution des HAV à 6 mois, 1 an et 2 ans,
- d'identifier les marqueurs de cognition sociale et émotionnelle liés à la persistance des HAV,
- de réévaluer l'évolution du diagnostic psychiatrique à 6 mois et 2 ans et de permettre une éventuelle corrélation entre la persistance des hallucinations et le nouveau diagnostic psychiatrique.

Cette étude observationnelle est réalisée de manière prospective, mono centrée, sur un modèle de type cas-témoins, non randomisée et en ouvert, longitudinale sur 2 ans.

La population de l'étude correspond à des patients TSPT recrutés au sein du SUPEA de Nice CHU-Lenval. Deux groupes sont constitués : un groupe cas « HAV+ » et un groupe témoins « HAV- » permettant de comprendre pourquoi, chez des patients présentant un tableau de TSPT sans trouble du spectre de la schizophrénie, certains présentent des HAV et d'autres non.

Les critères d'inclusions permettant l'affiliation au groupe « HAV+ » sont :

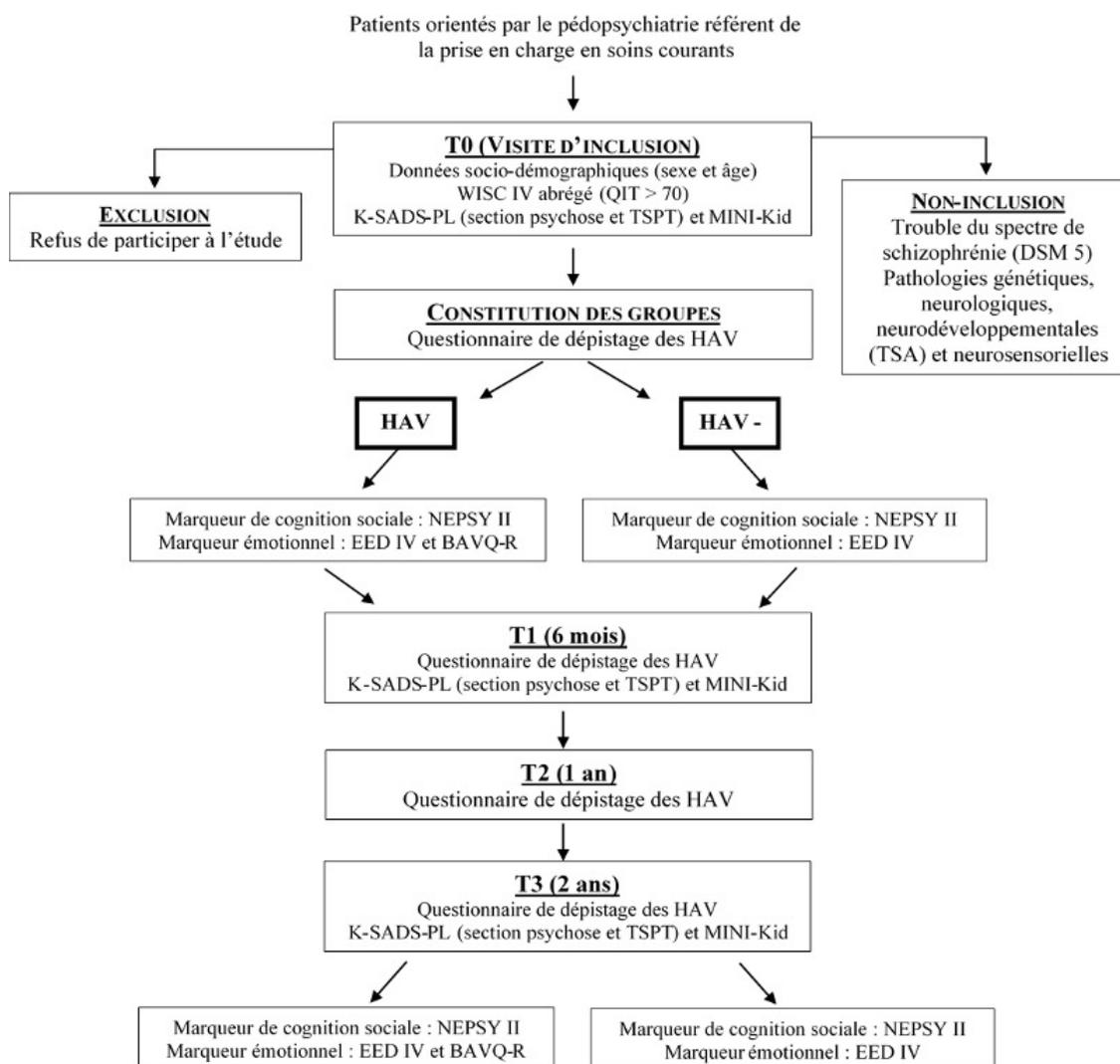
- un âge supérieur ou égal à 8 ans et strictement inférieur à 16 ans,
- sans déficit intellectuel (QIT>70),

- avec un diagnostic de TSPT (section TSPT de la K-SADS-PL),
- sans diagnostic de trouble du spectre de la schizophrénie (section psychose de la K-SADS-PL).

La présence ou non d'HAV permettait de définir le groupe dans lequel est inclus le patient. La présence de pathologie génétiques, neurologiques ou neurosensorielles et la présence d'un trouble du spectre de la schizophrénie ou du spectre de l'autisme constituent un critère de non inclusion.

L'étude se déroule au cours de plusieurs évaluations psychiatriques cliniques permettant de réaliser la passation des différents questionnaires et échelles cliniques ainsi que des tests psychométriques, mais également de recueillir un certain nombre de données socio-démographiques et cliniques permettant d'illustrer les cas cliniques.

Figure 1 : Déroulé de l'étude *l'Enfant Physalis*



Ainsi nos patients présentés dans les cas cliniques ont bénéficié de la passation des différentes échelles lors de la visite d'inclusion qu'il nous paraît important de détailler. Ces échelles étayeront notre analyse clinique.

La NEPSY II est un bilan neuropsychologique permettant une évaluation des compétences de l'enfant dans les 6 grands domaines neuropsychologiques : attention et fonctions exécutives, langage, mémoire et apprentissages, fonctions sensorimotrices, perception sociale (théorie de l'esprit et reconnaissance des émotions) et traitement visuo-spacial. L'épreuve théorie de l'esprit évalue l'aptitude de l'enfant à comprendre les perceptions et les expériences des autres et à appliquer ses connaissances aux questions posées. Il y est abordé le concept de fausses croyances ou de tromperies, ainsi que les intentions, l'émotion, l'imagination et la feinte. Il évalue les compétences d'un enfant à comprendre que les autres ont leurs propres pensées, idées et sentiments qui peuvent être différents des siens. La reconnaissance des émotions évalue la capacité de déterminer si deux enfants différents manifestent le même affect afin d'établir une discrimination entre les expressions courantes du visage. Les expressions présentes sont : la joie, la tristesse, la peur, la colère, le dégoût et une expression neutre.

L'échelle des émotions différentielles (EED IV) est une auto-évaluation psychométrique mesurant la sphère émotionnelle subjective par l'évaluation des émotions discrètes : intérêt, joie, surprise, colère, mépris, dégoût, tristesse, peur, culpabilité, honte, timidité, hostilité tournée contre soi. Elle mesure les émotions-traits qui sont représentées par des différences individuelles stables s'exprimant par la fréquence à laquelle les émotions sont vécues dans la vie de tous les jours.

Le Belief About Voices Questionnaire-Revised (BAVQ-R) est une auto-évaluation psychométrique qui caractérise les relations des patients à leurs hallucinations. Elle explore les significations données aux HAV (malveillance, bienveillance, omnipotence) et évalue les réactions émotionnelles et comportementales aux HAV, selon que le patient tente de résister aux voix ou qu'il les écoute activement. Le BAVQ-R décompose les diverses croyances et conséquences émotionnelles et comportementale en regard des HAV.

Les patients présentés dans ce travail sous la forme de cas cliniques ont été inclus dans l'étude au décours de leur prise en charge pédopsychiatrique au sein de structures intra (pédiatrie) et extra hospitalière (centre médico-psychologique, Centre d'Évaluation Pédiatrique du Psycho-traumatisme). Les vignettes cliniques présentées s'appuient sur les données recueillies dans le cadre de l'étude.

VIGNETTES CLINIQUES

Vignette clinique 1 : Saïd

Saïd est un adolescent de 14 ans que nous recevons au CMP à la demande de sa mère pour une tristesse et un repli important dans les suites d'un harcèlement au collège évoluant depuis ses 11 ans.

- **Biographie et histoire de la maladie**

Issu d'une famille immigrée de Tunisie, Saïd est né et a grandi en Italie avec ses parents. Il est l'aîné d'une fratrie de cinq frères et sœurs au sein d'une famille nucléaire. Dans son développement, on ne note pas d'évènements particuliers. Il présente un niveau scolaire attendu pour son âge. La famille déménage à plusieurs reprises et il débute son entrée au collège alors qu'il maîtrise peu le français. Rapidement stigmatisé par ses pairs, il est victime de harcèlement scolaire. Des collégiens l'insultent au sujet de son physique : « Gros porc », « Gros ballon », « Sale italien mangeur de spaghettis ». Il est par la suite victime d'agression physique par ces mêmes collégiens dans les toilettes du collège. Ces agressions durent 2 ans. En pleine puberté, Saïd prend rapidement du poids et s'isole progressivement de ses pairs. Quelque temps après sa mère accouche de son dernier enfant prématuré nécessitant une prise en charge en réanimation néonatale. C'est dans ce contexte de multiplication des évènements de vie soudain que nous rencontrons Saïd au CMP de secteur.

- **Cliniquement**

Dès le début du harcèlement scolaire en 6^{ème}, Saïd et sa mère rapportent une rupture avec l'état antérieur en faveur d'un épisode dépressif caractérisé : perte de l'élan vital, une grande douleur morale et une hyperphagie. Des plaintes somatiques sont fréquentes (céphalées quotidiennes et maux de ventre). Des symptômes caractéristiques du TSPT tels que des conduites d'évitement apparaissent (change de chemin pour se rendre au collège, reste en classe lors des récréations). Des cauchemars et pensées envahissantes des actes de harcèlement sont également présents. Saïd s'isole progressivement de ses pairs et présente des conduites d'anxiété de séparation envers sa mère. C'est en classe de 5^{ème} qu'il présente des hallucinations de type acoustico-verbales progressivement envahissantes. Elles sont caractérisées par plusieurs voix d'hommes malveillantes qui lui demandent de se faire du mal « Prends des médicaments », « Vas te noyer » ou encore l'insultent. Elles

apparaissent lorsqu'il est seul, généralement sur le chemin du collège. Saïd se montre dans l'incapacité de prendre le contrôle de ces voix et de les interrompre. Elles sont de plus en plus envahissantes et engendrent une anxiété importante.

Lors de la consultation, Saïd a 14 ans et est scolarisé en 3^{ème}. Il présente un faciès triste et semble ralenti sur le plan psychomoteur. C'est un jeune adolescent réservé et de corpulence imposante. Les voix malveillantes ont progressivement régressé en intensité. Il persiste des symptômes post traumatiques tels les souvenirs récurrents, des conduites d'évitement ainsi qu'une hypervigilance. Lorsqu'il est seul dans la rue, il entend des voix l'appelant « Saïd ! » et se retourne afin de vérifier la présence d'agresseurs potentiels. Saïd explique ne pas arriver à faire confiance à ses pairs et refuse de voir des camarades en dehors des horaires du collège. Il ne fait plus d'activité extra-scolaires en lien avec une anxiété de séparation envers sa mère. Son discours est bien organisé mais révèle des pensées négatives. Il existe des éléments dépressifs de culpabilité notamment envers sa sœur hospitalisée en réanimation néonatale « c'est à cause de moi qu'on est dans cette situation ». Il revient souvent sur les efforts de ses parents « pour satisfaire nos désirs à nous tous ». Saïd a tendance à s'approprier la responsabilité de ses propres malheurs ainsi que celui des autres.

Les échelles de catégorisation diagnostic ont confirmé les diagnostics de TSPT (K-SADS-PL) de type 2 en lien avec le harcèlement physique et moral, de trouble dépressif ainsi qu'une anxiété généralisée (MINI-Kid) sans trouble du spectre de la schizophrénie associée (K-SADS-PL). Les échelles de cognition sociale révèlent des scores anormalement inférieurs en théorie de l'esprit. Il existe également une difficulté à reconnaître la tristesse. L'altération des cognitions sociales pourraient être une conséquence du TSPT s'installant depuis plusieurs années et peuvent rendre le patient plus vulnérable à la présence d'HAV (20,21). Les évaluations émotionnelles mettent en évidence les émotions de honte, dégoût, peur et tristesse qui sont retrouvées dans l'expression de son humeur et également dans celle de ses HAV. La BAVQ-R révèle une attribution nette de malveillance et d'omnipotence de ses HAV. La résistance aux HAV est franche et l'engagement émotionnel et comportemental très faible ce qui a pu protéger Saïd d'un passage à l'acte.

- **Évolution**

A la visite des 1 an, Saïd a fait sa rentrée en seconde. Il n'est plus victime de harcèlement mais évoque toujours des difficultés à faire confiance à ses pairs et ne les côtoie qu'au sein du lycée. Le

décès de sa grand-mère a été un évènement traumatique de la rentrée, Saïd n'a pas pu lui rendre visite à l'hôpital en raison de la situation sanitaire liée à la COVID 19. Il décrit une nouvelle apparition des HAV suivant son décès, au contenu toujours malveillant « tu n'as aucun sentiment pour ta grand-mère », « tu es mauvais car tu ne vas pas la voir ». Elles ont totalement régressé en deux jours. La réactivation des HAV à la suite d'un nouvel évènement traumatique est franche. Il persiste des symptômes de dépression (troubles du sommeil, tristesse de l'humeur et anhédonie) et d'anxiété généralisée objectivés à la MINI-Kid mais ne présente plus de TSPT à la K-SADS-PL.

Vignette clinique 2 : Clémence

Clémence est une jeune fille de 10 ans amenée par sa mère au CMP de secteur sur les recommandations de sa maîtresse pour une tristesse et un repli par rapport à ses camarades depuis quelques semaines. Clémence dit également « entendre des voix » depuis peu ce qui inquiète l'entourage.

- **Biographie et histoire de la maladie**

Clémence vit avec sa mère et sa sœur aînée de 18 ans qui présente un TCA non pris en charge. Son père a quitté le domicile un an auparavant afin de travailler au Maroc. Elle ne présente aucun antécédent particulier, son développement est normal. C'est une jeune fille bonne élève depuis le début de la scolarité, elle pratique de la musique et se montre très assidue au conservatoire. Elle ne présente pas de difficultés dans les relations sociales et cultive des relations amicales. Depuis la rentrée en CE2, la maîtresse remarque que Clémence s'isole par moment dans la cour de récréation. Elle explique à la maîtresse qu'elle entend des voix qui l'angoissent fortement. Elle n'en a pas parlé initialement à sa mère de peur de l'inquiéter.

- **Cliniquement**

Lorsque nous rencontrons Clémence pour la première fois accompagnée de sa mère, elle semble anxieuse et dans l'attente de la consultation. C'est une jeune fille habillée presque maladroitement avec des habits étriqués, une frange courte en biais qu'elle s'est coupée elle-même. La mère de Clémence semble dépassée par les phénomènes hallucinatoires qu'elle lui rapporte. Elle présente des symptômes dissociatifs de type « absence » pendant la consultation lorsque nous

évoquons les sujets autour de la famille notamment des grands-parents maternels. Elle semble éviter les questions au sujet du père parti au Maroc.

Une fois Clémence seule, elle se presse de parler de ses « voix ». Depuis la rentrée scolaire, Clémence présente plusieurs HAV principalement masculines au contenu négatif et bien différentes de sa pensée. Elles discutent entre elles et peuvent s'adresser directement à Clémence afin de la dévaloriser « Tu es mauvaise », « Personne ne t'aime », « Tu es nulle » ou encore « Tu vas rater ton contrôle de maths ». Elle les entend seule ou occupée comme en classe (ce qui la déconcentre), et n'en a pas le contrôle. Ces HAV présentent un retentissement émotionnel anxieux important chez Clémence. Elle dit ressentir de la honte et de la peur à leur écoute. Elle précise « C'est comme si elles me pénétraient ». Elle différencie bien ces HAV d'apparition récente d'un ami imaginaire ancien qu'elle présentait auparavant « ce n'est pas comme la petite voix du petit bonhomme que j'ai toujours eue » qui ne générait pas d'anxiété et dont Clémence gardait le contrôle. Par ailleurs, son contact est avenant et elle ne présente pas de bizarreries tant dans le discours que dans son comportement.

C'est à la deuxième consultation que la mère nous évoque un événement passé l'été précédent. Alors que Clémence est en vacances chez ses grands-parents maternels, elle révèle à sa mère que le voisin, invité chez les grands parents, l'aurait attouchée. Il aurait soulevé Clémence afin de la prendre dans ses bras et dans son élan, aurait relevé sa jupe pour toucher ses parties intimes. Cet attouchement ne se serait produit qu'une seule fois. Ces faits semblent rester tabous dans la famille. La mère ne souhaite pas s'attarder sur cet événement. Elle explique qu'il est convenu que ce voisin ne soit plus invité lorsque les petits enfants sont chez les grands parents. La famille ne souhaite pas engager de poursuites. Les HAV que présentent Clémence apparaissent un mois après cet événement. Il existe des symptômes de TSPT : des cauchemars sont présents chaque nuit sous forme de reviviscences de cette scène dans le jardin des grands-parents puis plus généralement autour de la mort. Clémence dort depuis peu dans le lit de sa mère et ne parvient plus à passer une nuit seule dans son lit. Elle présente des conduites d'évitement et précise qu'elle ne souhaite pas se rendre à Noël chez ses grands-parents comme il était prévu. La mère décrit un état d'hypervigilance à type de sursauts fréquents depuis peu.

La visite d'inclusion a permis de confirmer un diagnostic de TSPT (K-SADS PL) de type 1 associé à une anxiété généralisée (MINI-Kid), sans psychose associée (K-SADS-PL). Les capacités de théorie de l'esprit sont dans les normes attendues pour l'âge. Les résultats pour la reconnaissance des émotions « triste » et « colère » se situent dans les normes inférieures. Les émotions principalement ressenties sont l'intérêt, la surprise, la culpabilité et la joie. La BAVQ-R révèle un caractère globalement

malveillant et de toute puissance des HAV mais la résistance face à celles-ci tant émotionnelle que comportementale est franche : lors des entretiens Clémence explique plusieurs méthodes qu'elle applique chez elle afin de les faire disparaître notamment des « petites prières » mais qui fonctionnent peu.

- **Évolution**

La prise en charge au CMP permet à Clémence de créer un espace relationnel qu'elle investit afin de parler de ses « voix ». Au début de chaque consultation, Clémence s'empresse de les décrire et dépeint constamment un caractère malveillant de ses HAV. Il est difficile de détourner le sujet de la consultation qui semble se répéter à travers un récit stéréotypé. Après plusieurs mois de suivi, il est possible d'aborder d'autres thématiques lors des consultations, notamment à travers le jeu. Clémence ne présente plus le besoin de faire le récit de ses voix qui prennent un contenu positif au fur et à mesure de la prise en charge.

Six mois après l'entretien initial, les HAV persistent mais semblent plus « supportables » pour Clémence et prennent une tonalité généralement moins persécutrice. Cependant elles peuvent par moment la rabaisser lors des temps scolaires « Tu ne mérites pas tes amies » ou dans le cadre familial « Tu ne mérites pas cette famille » mais Clémence dit s'y « habituer ». En revanche les symptômes de TSPT ont régressé : il n'existe plus de reviviscences traumatiques ni de cauchemars, Clémence dort à nouveau dans son lit. L'évènement traumatique, souvent verbalisé par Clémence dans les premiers mois du suivi n'est plus abordé. Clémence est retournée chez ses grands-parents à deux reprises sans difficultés rapportées. Un état d'hypervigilance est toujours décrit par la mère. Le TSPT n'est également plus objectivé par la K-SADS-PL. Clémence conserve de bonnes relations avec ses pairs et poursuit sa pratique au conservatoire. Il persiste un diagnostic de trouble anxieux généralisé objectivé à la MINI-Kid, toujours sans psychose associée (K-SADS-PL). Clémence poursuit une psychothérapie hebdomadaire au CMP qu'elle investit.

Vignette clinique 3 : Justine

A l'âge de 11 ans, Justine est présente sur la Promenade des Anglais lors de l'attentat du 14 juillet 2016 à Nice. Elle bénéficie de soins au Centre Expert Pédiatrique du Psychotraumatisme (CE2P) dans ce contexte.

- **Biographie et histoire de la maladie**

Justine est une adolescente de 14 ans qui grandit au sein d'une famille traditionnelle avec ses deux frères cadets. Elle ne présente pas d'antécédents notables dans l'enfance et son développement est normal. A l'âge de 11 ans, Justine est présente sur la Promenade des Anglais lors des attentats du 14 juillet 2016. La famille n'a pas vu le véhicule mais est prise dans un mouvement de foule et se réfugie dans le hall d'un immeuble avant de regagner leur appartement. Ils découvrent ensuite par les informations les faits qui se sont déroulés. Devant des conduites d'évitement de la promenade des Anglais et des reviviscences traumatiques importantes par la famille, ils déménagent rapidement après l'attentat. Deux mois plus tard, l'entrée en 6^{ème} se révèle difficile pour Justine qui présente des difficultés à être en contact avec la foule notamment lors des temps de récréation. Elle développe des HAV de type reviviscences sensorielles : lorsqu'elle est dans la cour de son collège ou dans des lieux publics au contact d'une foule, il lui arrive d'entendre la voix de sa mère crier son prénom. Ces phénomènes provoquent un sentiment de surprise associé à une attaque de panique. Elle explique qu'ils lui remémorent la scène traumatisante vécue sur la Promenade des Anglais. Des symptômes associés d'anxiété, d'évitement de la Promenade et des troubles du sommeil avec cauchemars l'amènent à consulter au Centre d'Évaluation Pédiatrique du Psychotraumatisme afin de débiter une prise en charge pluridisciplinaire lors de son année en 6^{ème}.

- **Cliniquement**

Nous rencontrons Justine avec sa mère dans le cadre de son suivi trois ans après l'attentat à l'âge de 14 ans. C'est une jeune adolescente élancée qui semble réservée et timide lors de la consultation. Ses années de collège sont marquées par des résultats en dents de scie, les relations avec les pairs restent préservées. Justine se passionne pour la danse et y trouve un « refuge » à la suite des attentats. Un TSPT semble persister même si les symptômes se sont amoindris : les reviviscences traumatiques déclenchées par la foule caractérisées par des troubles perceptifs sensoriels appelant son nom ont totalement régressé et les cauchemars sont moins fréquents. Des symptômes d'évitement de la Promenade persistent, il lui est impossible de se rendre sur le lieu. Elle présente des symptômes dépressifs (tristesse de l'humeur, irritabilité) associés à une anxiété de séparation envers sa mère.

Nous la questionnons quant à la possibilité de phénomènes hallucinatoires plus développés que les symptômes de reviviscences sensoriels décrits lors de son année en sixième. Justine répond ne

pas « entendre ce genre de voix ». C'est finalement à la deuxième consultation que Justine évoque certaines « voix », elle était en difficulté d'aborder ce sujet initialement. Ses HAV sont apparues l'année de la 6^{ème} soit quelques mois après l'attentat. Elles apparaissent quelques fois par mois et sont caractérisées par plusieurs voix de femmes familières. Elles surgissent lorsque Justine est seule et souvent fatiguée, sans qu'elle s'y attende et s'adressent à elle par son prénom. Elles peuvent commenter ses gestes et actes, mais aussi l'aider dans la prise de décisions. Par moment, la réalisation des devoirs se révèle difficile par l'intrusion de ces voix ce qui entraîne des crises de colère de la part de la jeune fille. Justine reste mitigée sur la bienveillance de celles-ci, elle tente de les interrompre à maintes reprises mais sans succès.

Les échelles de catégorisation diagnostic confirment un TSPT de type 1 (K-SADS-PL) avec plusieurs troubles comorbides : un trouble dépressif, un trouble panique et une agoraphobie ainsi qu'une anxiété sociale et de séparation (MINI-Kid). Il n'y a pas de diagnostic de trouble du spectre de la schizophrénie associé (K-SADS-PL). Les compétences en capacités cognitives sont hétérogènes avec des résultats en théorie de l'esprit dans les normes inférieures mais des capacités de reconnaissance des émotions dans les normes supérieures. Le profil émotionnel de la patiente révèle les émotions de peur, la honte, surprise et joie. Les résultats de la BAVQ-R confirment l'ambiguïté de Justine dans le ressenti des HAV. La signification donnée à ses HAV est davantage bienveillante que malveillante mais il existe une franche résistance comportementale « j'essaie de l'enlever de mon esprit ». Un engagement émotionnel (le patient écoute activement ses HAV) est décrit.

- **Évolution**

Six mois après l'entretien initial, Justine a effectué son entrée en seconde qui s'est bien déroulée. Elle a de bonnes relations avec ses pairs et s'investit davantage dans les cours de danse. La prise en charge au CE2P a pu être arrêtée. Elle ne présente plus de TSPT à la K-SADS-PL même si un état d'hypervigilance persiste. Les HAV ont totalement disparu. Justine se décrit comme une adolescente plus épanouie. Quant aux cauchemars, elle explique rêver encore de la promenade mais cette fois-ci il n'y a plus d'attentat : « C'est une fin heureuse » nous dit-elle. Il persiste un trouble anxieux généralisé à la Mini-Kid. Un an plus tard les HAV ne sont pas réapparues.

Vignette clinique 4 : Sophia

Sophia est une jeune fille de 9 ans que nous rencontrons en pédiatrie, hospitalisée suite à des propos suicidaires et morbides.

- **Biographie et histoire de la maladie**

Sophia est enfant unique et vit avec sa mère dans des conditions précaires. Son père ne l'a pas reconnue à la naissance, elle n'a vu de lui que des photographies. Des événements traumatiques sont présents dès la période périnatale. Sa mère est victime de violences physiques par le père de Sophia lors de la grossesse à plusieurs reprises. Elle est victime de viol par celui-ci lors du sixième mois de grossesse. On note dans les antécédents de Sophia un retard de langage initial qui est rapidement rattrapé lors de sa scolarité en maternelle, témoin d'un probable niveau de carence initial. Des céphalées depuis la petite enfance sont également décrites. Depuis son entrée en CP, Sophia est régulièrement victime de harcèlement scolaire par ses pairs. De ce fait, elle est souvent isolée par rapport à ses camarades de classe, mais présente toujours de bons résultats scolaires et se situe dans les premiers de sa classe.

Durant l'année de CM2 alors qu'elle est dans un supermarché avec sa mère, celle-ci se fait agresser physiquement par un inconnu et se fait voler son sac à main. Une prise en charge au CE2P est initiée dans les suites de cette agression dont Sophia a été témoin. Devant l'état clinique jugé stable de cet enfant sans signe de TSPT objectivé, le suivi est rapidement arrêté. Quelques mois plus tard, à la suite du décès de ses phasmes, animaux-insectes de compagnie de Sophia, l'état psychique de la jeune patiente s'aggrave. Elle est la plupart du temps irritable, conteste et s'oppose facilement à l'autorité de sa mère et s'inscrit dans un trouble oppositionnel avec provocation. Lors de crises de colère quotidiennes, elle verbalise des propos suicidaires. Elle a déjà menacé de se couper la gorge en pointant un couteau de cuisine devant sa mère. Se retrouvant en difficulté face au comportement et aux propos inquiétants de Sophia, sa mère l'amène aux urgences de l'hôpital pédiatrique. Une hospitalisation en pédiatrie avec suivi de la pédopsychiatrie de liaison est organisée.

- **Cliniquement**

Nous rencontrons Sophia dans le service de pédiatrie. Elle est de corpulence chétive et présente un caractère bien affirmé. Elle évoque en entretien la mort de ses phasmes, événement qui

l'affecte fortement. Son discours est empreint de thématique morbide centré sur la mort d'animaux qu'elle a connus dans le passé. Nous la questionnons sur les propos suicidaires tenus ces derniers jours. Elle répond penser au suicide depuis le décès de ses phasmes et se questionne désormais quant à sa propre mort. Elle rapporte spontanément entendre régulièrement des voix d'hommes et de femmes discuter entre elles, voix qu'elle décrit comme bien différentes de sa pensée. Ces HAV sont apparues la première fois lors de l'année du CP suite au harcèlement scolaire, puis disparaissent et réapparaissent régulièrement au cours de ces dernières années, sans qu'elle n'en prenne le contrôle. Depuis la mort des phasmes, ces voix sont plus intenses. Elles lui donnent des ordres et parlent souvent entre elles « C'est comme si elles voulaient diriger ma vie ». C'est d'ailleurs ces voix qui poussent Sophia à exprimer ses propos suicidaires. Elle les associe à des émotions comme la peur et la tristesse. Sophia est une jeune fille qui prend rapidement ses aises au sein du service de pédiatrie et présente des conduites adultomorphes. Elle peut faire preuve de toute puissance et donne des ordres aux équipes soignantes. Sophia présente des signes d'irritabilité, d'hyperactivité et d'instabilité psychomotrice dans le service, tourne des vidéos avec son téléphone au sujet de la mort. Des troubles du sommeil sont présents quotidiennement avec cauchemars.

Devant ces différents éléments cliniques, Sophia est orientée par la suite vers une prise en charge en CMP de secteur.

Parallèlement, face aux évènements traumatiques anciens puis la mort des phasmes vécue comme traumatisante pour cette patiente, nous proposons la participation à l'étude *L'Enfant Physalis*. A la visite d'inclusion, Sophia ne présente plus d'idées suicidaires. Un TSPT de type 1 et 2 est retenu (K-SADS-PL) car il est difficile pour Sophia de ne retenir qu'un seul traumatisme pour l'évaluation. Après les années de harcèlement scolaire, elle évoque principalement la mort de ses phasmes comme évènement traumatique majeur. C'est dans un second temps qu'elle aborde l'agression de sa mère quelques mois auparavant, traumatisme qui semble s'être réactivé par la perte de ses insectes. Les diagnostics de trouble dépressif, d'anxiété sociale et d'anxiété généralisée sont également retenus (MINI-Kid), sans psychose associée (K-SADS-PL).

Les résultats de la NEPSY révèlent des capacités en cognition sociale dans les normes tant pour la théorie de l'esprit que la reconnaissance des émotions. L'EED retient un profil émotionnel hétérogène avec les émotions principales de tristesse, de joie et de timidité. Les résultats de la BAVQ-R associent les HAV à la bienveillance et à une forme de toute puissance, ce qui est contradictoires avec les dires de Sophia qui dépeint ses HAV comme généralement malveillantes. La résistance aux HAV est faible et l'engagement émotionnel non négligeable ce qui traduit d'un envahissement

important de celles-ci lorsqu'elles sont présentes. La majoration des HAV au décès des phasmes a pu précipiter la crise suicidaire d'où la nécessité d'être vigilant face aux phénomènes hallucinatoires.

Sophia n'a pu participer qu'aux premières visites d'inclusion de l'étude. La mère ne répondra plus à nos appels quelques mois plus tard, elle est finalement perdue de vue. Sophia et sa mère ne se sont également jamais présentées au CMP de secteur.

RÉSULTATS

Les résultats aux échelles diagnostiques et tests psychométriques sont résumés dans le tableau 2. Les résultats concernant la clinique et l'évolution des HAV sont résumés dans le tableau 3. Ils permettent de mettre en évidence des points communs entre les vignettes cliniques.

Contexte d'apparition des HAV

Dans l'ensemble des cas décrits, les HAV se développent quelques semaines ou mois après le traumatisme ou sont réactivées par de nouveaux traumatismes (décès de la grand-mère pour Saïd et des phasmes pour Sophia). Le TSPT n'est plus diagnostiqué à 6 mois dans tous les cas mais les autres diagnostics comorbides persistent. Le trouble anxieux généralisé se retrouve commun à tous les cas cliniques. Même si le TSPT ne peut plus être retenu à la passation de la K-SADS-PL (DSM 5) 6 mois après l'entretien initial, certains symptômes du TSPT persistent notamment l'hypervigilance. A propos du contexte d'apparition des HAV, nous observons que le TSPT initial, qu'il soit de type 1 ou 2 est souvent associé à d'autres diagnostics comorbides comme la dépression et l'anxiété retenus à la MINI-Kid.

Des facteurs de vulnérabilité comme des atteintes en termes de cognition sociale et émotionnelle sont objectivées à la passation des tests (normes souvent inférieures pour la NEPSY et émotions négatives à l'EED). Ces atteintes cognitives et émotionnelles pourraient être associées à la présence des HAV voire entretenir les troubles comorbides au traumatisme initial. On pourrait penser qu'il puisse y avoir une association entre les hallucinations et les traumatismes de l'enfance où une combinaison de déficits en cognition sociale et émotionnelle et de traumatismes entraînerait un risque élevé d'hallucinations chez un sujet (24).

Tableau 2 : Résultats aux tests diagnostiques et psychométriques à T0 et T1 (K-SADS-PL, MINI-Kid, NEPSY, EED)

	Saïd	Clémence	Justine	Sophia
Évaluations cliniques à T0 (K-SADS + MINI-Kid)	TSPT (type 2) -souvenirs récurrents -conduites d'évitement -hypervigilance Trouble dépressif TAG	TSPT (type 1) -souvenirs récurrents -cauchemars -hypervigilance TAG	TSPT (type 1) -souvenirs récurrents -conduites d'évitement -hypervigilance Trouble dépressif Trouble panique Agoraphobie Anxiété sociale Anxiété séparation	TSPT (type 1 et 2) -souvenirs récurrents -cauchemars -hypervigilance Trouble dépressif Anxiété sociale Anxiété généralisée
Évaluations cliniques à T1 (K-SADS + MINI-Kid)	Pas de TSPT mais : -conduites d'évitement -hypervigilance Trouble dépressif TAG	Pas de TSPT mais - hypervigilance TAG	Pas de TSPT mais - hypervigilance TAG	perdu de vue
Nepsy à T0 Théorie de l'esprit	Normes anormales inférieures	Normes	Normes inférieures	Normes
Nepsy à T0 Reconnaissance des émotions (6 émotions)	Norme anormale inférieure pour triste	Normes inférieures pour triste et colère	Normes supérieures	Norme inférieure pour Neutre
EED à T0	Timidité Dégout Honte Tristesse	Intérêt Surprise Culpabilité Joie	Surprise Peur Honte Joie	Tristesse Joie Timidité Intérêt

K-SADS : kiddie schedule for affective disorders and schizophrenia; MINI-Kid : mini international neuropsychiatric interview for kid; NEPSY : neuropsychologie test; EED : échelle des émotions différentielles; T0 : première consultation ; T1 : consultation à 6 mois; TAG : trouble anxieux généralisé

Tableau 3 : caractéristiques cliniques et évolution des HAV

	Saïd	Clémence	Justine	Sophia
HAV à T0	présence	présence	présence	présence
HAV à T1	absence Mais réactivation lors d'un évènement traumatique	présence Évolution du contenu pouvant être plus positif	absence	perdu de vue
Clinique des HAV	>=2 Masculines Malveillantes et contenu négatif	>=2 Masculines Malveillantes et contenu négatif	>=2 Féminines Malveillantes et Bienveillantes	>=2 Féminines et masculines Malveillante
BAVQ-R	Malveillance Omnipotence _Résistance émotionnelle et comportement	Malveillance Omnipotence _Résistance émotionnelle et comportementale	Bienveillance Malveillance Omnipotence _Résistance comportementale _Engagement émotionnel	Bienveillance Omnipotence _Engagement émotionnelle

BAVQ-R : belief about voices questionnaire revised

Description clinique des HAV

Deux types d'hallucinations développées après le traumatisme sont identifiées parmi les cas cliniques. Saïd et Justine présentent des hallucinations auditives que l'on pourrait nommer « reviviscences-like » lorsqu'ils entendent l'appel de leur nom dans un contexte d'hypervigilance. Elles se déclenchent lorsqu'une situation rappelle les violences ou fait craindre qu'elles se reproduisent (quand Saïd est seul dans la rue et se remémore le chemin de son ancien collègue avant de se faire harceler, lorsque Justine se situe dans la cour de son école entourée d'une foule d'élèves lui rappelant celle des attentats du 14 juillet).

Le deuxième type hallucinations présentes chez tous les cas cliniques sont des hallucinations acoustico-verbales « psychotic-like » plus élaborées que les précédentes et composées de plusieurs « voix ». Au contenu négatif, elles sont souvent malveillantes et peuvent commenter les actes et pensées des sujets. Elles apparaissent en dehors d'un contexte traumatique. Elles sont toutes décrites comme omnipotentes à la BAVQ-R ce qui témoigne de leur puissance et de leur envahissement sur le psychisme de l'enfant ou de l'adolescent qui tente souvent de leur résister (résistance émotionnelle et comportementale à la BAVQ-R). Il est difficile de les considérer comme appartenant au développement psycho affectif ordinaire en ce point qu'elles sont différentes d'un compagnon imaginaire, qu'elles ne peuvent pas apparaître et disparaître à la guise du patient et qu'elles génèrent une anxiété importante.

Contenu des HAV : liens thématiques et émotionnels

Lorsque nous étudions le contenu de ces hallucinations, des liens thématiques avec le traumatisme peuvent être établis par le clinicien. Saïd perçoit des voix d'hommes lui demandant de se faire du mal « Prend tes médicaments », « Va te noyer », ou encore qui l'insultent. Le contenu des HAV semblent faire référence aux menaces des collégiens à son encontre lors de ses années de harcèlement mais Saïd ne fait pas le lien entre le contenu des hallucinations et les traumatismes vécus. Les HAV de Clémence « Tu es mauvaise », « Personne ne t'aime », « Tu es nulle » sont d'une thématique de l'ordre de l'humiliation et de la dégradation. Ces commentaires qui l'abaissent de manière récurrente pourraient faire référence au traumatisme de l'attouchement. Chez Sophia, nous retrouvons la thématique de la mort à travers les voix qui « la poussent à penser au suicide », et ce depuis le décès de ses phasmes.

Des liens émotionnels sont également perceptibles à travers les hallucinations qui font revivre au sujet les mêmes émotions exprimées lors du traumatisme. Clémence entend des voix d'hommes la rabaisant et elle présente de la honte ainsi que de la peur à leur écoute, sentiment vécu lors de l'attouchement dont elle a été victime. Sophia explique ressentir de la peur ainsi que de la tristesse à l'écoute des voix, émotions retrouvées également lors de la perte de ses phasmes vécu comme traumatisante. Plus généralement, les émotions de peur, tristesse, honte, et surprise objectivées à l'EED sont retrouvées à l'écoute de ces hallucinations qui sont des émotions générées par le vécu d'un traumatisme.

Finalement, on peut comprendre ces HAV comme une « ré-expérience » du traumatisme indirectement par des liens thématiques et émotionnels : si les événements traumatiques font vivre peur, honte, ou culpabilité les HAV vont faire vivre et reproduire ces mêmes sentiments au sujet à travers les commentaires désobligeants des voix au contenu souvent négatif. Comme une forme de « ré-expérience » du traumatisme, elles s'imposent de manière intrusive et répétitive, tels des symptômes de reviviscences traumatiques, qui permettent le diagnostic de TSPT. Ainsi on pourrait comprendre les HAV comme une forme de reviviscence sensorielle du traumatisme, traumatisme qui n'a pu être intégré dans l'histoire du patient.

Discussion

1/ Comprendre l'HAV comme une reviviscence traumatique sensorielle

Le symptôme caractéristique du TSPT est considéré comme un souvenir intrusif de l'évènement traumatisant, c'est-à-dire les flashbacks ou les reviviscences. Pourtant, des phénomènes d'HAV - plus élaborés que de simples phénomènes d'appel - comme exposés dans nos cas cliniques peuvent également être présents chez les sujets présentant un TSPT. Trop longtemps associés à des troubles psychotiques graves et chroniques comme la schizophrénie, on sait que les HAV sont présentes dans d'autres pathologies d'origine psychiatrique. Les plus fréquentes associées aux hallucinations regroupent l'épisode dépressif caractérisé, le trouble de personnalité état-limite, la schizophrénie précoce, le TSPT ainsi que le trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité (2). En ce qui concerne le TSPT, plusieurs études mettent en avant la présence d'hallucinations auditives chez l'adulte dans 20 à 40% des cas (25,26). Ces cas cliniques mettent en évidence que les reviviscences sensorielles du TSPT et les expériences hallucinatoires ne sont pas éloignées dans le fait qu'elles amènent le sujet à vivre des expériences émotionnelles fortes lorsqu'il est victime de traumatismes. Ainsi, un enfant présentant des expériences hallucinatoires devrait amener le clinicien à la recherche d'un traumatisme antérieur. Les hallucinations « psychotic-like » présentées par nos cas cliniques pourraient être le symptôme, tels des reviviscences, d'une mémoire traumatique. Elles semblent rappeler le traumatisme de manière plus indirecte que les reviviscences traumatiques via des liens thématiques et émotionnels. Steel et al. proposent la compréhension des HAV par des liens thématiques observés cliniquement au niveau de l'expérience émotionnelle et lient ainsi les HAV à un évènement traumatisant (27). Raune et al. se sont également concentrés sur les associations thématiques et ont mis en évidence une relation spécifique entre les voix persécutrices et les évènements traumatiques intrusifs (28).

L'amygdale cérébrale est la structure essentielle qui contrôle l'expression des réponses émotionnelles et la mémoire émotionnelle implicite. Les recherches en imagerie fonctionnelle ont permis de mettre en évidence une hyperréactivité de l'amygdale, berceau des émotions et des réactions d'alerte, dans le TSPT (29). Les stimuli ne parviennent plus au thalamus pour y être analysés, associés et permettre une réponse émotionnelle adaptée. Le processus sensoriel est perturbé. La déconnection de l'amygdale dans le traumatisme entraîne une mémoire piégée au sein d'elle-même, la mémoire traumatique, qui est susceptible de se déclencher lors de tout stimulus rappelant le traumatisme accompagné d'une forte réponse émotionnelle ce qui entraîne les phénomènes de reviviscences traumatiques (30). Ainsi les HAV présentées par nos patients pourraient venir du même mécanisme de formation des reviviscences et de la mémoire traumatique. On pourrait donc comprendre ces HAV comme une reviviscence sensorielle du traumatisme.

2/ Importance de la singularité du traumatisme plus que du diagnostic

Les TSPT des patients présentés dans les vignettes sont variés (type 1 : un attentat, un attouchement unique, témoin d'une agression et type 2 : harcèlement sur plusieurs années). La symptomatologie du TSPT chez ces enfants et adolescents est multiple : hypervigilance avec reviviscences sensorielles, conduites d'évitement et cauchemars. Puis on assiste à un développement ultérieur d'HAV (plusieurs voix de tonalité généralement malveillantes et omnipotentes). Les TSPT initialement diagnostiqués chez nos patients par la K-SADS ne cotent plus à six mois. Pourtant, il persiste chez nos patients des symptômes résiduels du traumatisme comme l'hypervigilance pour la plupart. D'autres troubles comorbides s'installent également comme le trouble anxieux généralisé commun à chaque cas clinique. Le traumatisme n'est plus objectivé par les échelles diagnostiques et pourtant il semble persister dans la clinique.

Nous nous sommes questionnés sur les traumatismes rapportés par nos patients et la difficulté à les retrouver dans les items proposés par les échelles diagnostiques. La mort d'animal de compagnie n'est pas un évènement traumatisant en soi que l'on pourrait coter dans une K-SADS. Pourtant chez Sophia des symptômes de TSPT sont bien présents. L'évènement présent réactive le passé et peut être le révélateur d'un traumatisme antérieur. Chez Sophia en effet, la mort des phasmes pourrait venir réactiver la peur de la perte de sa mère lors de l'agression à laquelle elle a assistée (ainsi que des traumatismes périnataux plus anciens). Un évènement traumatique reste une expérience singulière qui n'aura pas les mêmes conséquences pour toutes les personnes qui y sont confrontées car chacune d'elles possède des capacités propres de perception et d'intégration de la situation liées à ses propres ressources élaborées progressivement dès les premiers moments de vie. Cette singularité dans le

traumatisme nous questionne : l'impact traumatique ne serait pas uniquement proportionnel à la gravité matérielle de l'évènement mais aussi à l'intensité de la résonance qu'il a dans l'histoire de chacun ?

3/ Place du TSPT dans l'HAV : nouvelles perspectives de prise en charge du symptôme

Supposer que les hallucinations présentées par des enfants et adolescents puissent être en lien avec des traumatismes amènent à penser différemment la prise en charge thérapeutique de ces hallucinations. Alors que la prescription d'antipsychotiques tend à augmenter chez les enfants et adolescents et engendrent des effets secondaires non négligeables (31), la notion de traumatisme en lien avec l'hallucination ouvre de nouvelles perspectives thérapeutiques. L'EMDR est une technique décrite comme pertinente face aux hallucinations auditives dans le TSPT dans une série de cas (32). L'approche centrée sur la compassion a également montrée des résultats intéressants. Elle consiste à développer chez la personne de la compassion pour elle-même en facilitant l'habileté à changer la relation à ses expériences douloureuses et à travailler avec la souffrance. Ce type d'approche pour les hallucinations semble donner des résultats intéressants pour changer le rapport qu'entretient la personne avec ses hallucinations et leur contenu, et diminuer la souffrance qui y est associée (33). La prise en charge de soutien au CMP de Clémence devant ses HAV envahissantes a permis progressivement une atténuation de celles-ci et une modification du contenu négatif en positif. Fernyhough dit que « Nous nous souvenons du passé à travers le prisme du présent : ce que nous croyons maintenant, ce que nous voulons maintenant. Les souvenirs peuvent concerner le passé, mais ils sont construits dans le présent pour répondre besoins de soi » (34). Si les HAV sont construites à partir de souvenirs traumatiques, cela suggère que changer le rapport actuel du sujet avec son traumatisme pourrait modifier les souvenirs qu'il se construit à nouveau et donc modifier la capacité des voix à en découler. Ainsi, modifier la façon dont une personne pense et ressent un évènement traumatisant antérieur engendrant des HAV pourrait par exemple modifier le ton affectif des hallucinations et changer le contenu négatif en positif. La prise en charge de ces hallucinations nécessiterait de laisser place à l'importance du récit et à la réappropriation de son histoire singulière afin de remettre du sens sur le traumatisme. La prise en charge pluridisciplinaire de Justine au centre du psychotraumatisme suite à l'attentat a permis un amendement du TSPT et dans un second temps des HAV ; La « fin heureuse » de l'attentat dans les rêves de Justine participerait au changement de rapport qu'elle entretient avec ce traumatisme vécu.

CONCLUSION

Le repérage chez l'enfant et l'adolescent du symptôme hallucinatoire est un enjeu clinique majeur pour le clinicien. Peu évident à évaluer du fait des difficultés de l'enfant à se livrer, passer à côté du symptôme pourrait être lourd de conséquences pour le développement psychique du patient ainsi que le risque évolutif vers un trouble du spectre de la schizophrénie, notamment lorsque le symptôme persiste à l'adolescence (10,11). Notre étude et nos observations cliniques ne donnent à ce jour que quelques indications mais la recherche d'un TSPT devant l'apparition d'HAV devrait être recherchée par le clinicien. Les cas cliniques nous ont permis de mettre en évidence des liens thématiques et émotionnels entre le contenu des hallucinations et les traumatismes, permettant de comprendre l'hallucination comme une « ré-expérience » du traumatisme vécu.

L'hallucination est une expérience considérée à tort comme appartenant au trouble du spectre de la schizophrénie car elle ne suffit pas à retenir ce diagnostic. En effet, la clinique comme les travaux de littérature soutiennent que les hallucinations sont des expériences psychotiques multidimensionnelle et transnosographique (35).

Références bibliographiques :

1. Henri Ey-Traité Des Hallucination Tome 1. 1-Masson & Cie Editeurs (1973)
2. Medjkane F, Notredame C-E, Sharkey L, D'Hondt F, Vaiva G, Jardri R. Association between childhood trauma and multimodal early-onset hallucinations. *Br J Psychiatry*. 2020 Mar;216(3):156–8.
3. Jardri R, Bonelli F, Askenazy F, Georgieff N, Delion P. Hallucinations de l'enfant et de l'adolescent. *EMC - Psychiatr*. 2013 May;10(2):1–12.
4. Mcgee Rob, Williams Sheila, Poulton Richie. Hallucinations in nonpsychotic children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000 Jan 39(1):12-13.
5. Maijer K, Begemann MJH, Palmen SJMC, Leucht S, Sommer IEC. Auditory hallucinations across the lifespan: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2018;48(6):879–88.
6. Yoshizumi T, Murase S, Honjo S, Kaneko H, Murakami T. Hallucinatory Experiences in a Community Sample of Japanese Children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004 Aug 1;43(8):1030–6.
7. Bartels-Velthuis AA, Willige G van de, Jenner JA, Os J van, Wiersma D. Course of auditory vocal hallucinations in childhood: 5-year follow-up study. *Br J Psychiatry*. 2011 Oct;199(4):296–302.
8. Rubio JM, Sanjuán J, Flórez-Salamanca L, Cuesta MJ. Examining the course of hallucinatory experiences in children and adolescents: A systematic review. *Schizophr Res*. 2012 Jul 1;138(2):248–54.
9. Askenazy F, Lestideau K, Meynadier A, Dor E, Myquel M, Lecrubier Y. Auditory hallucinations in pre-pubertal children. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2007 Nov ;16(6)411-415
10. Jardri R, Bartels-Velthuis AA, Debbané M, Jenner JA, Kelleher I, Dauvilliers Y, et al. From Phenomenology to Neurophysiological Understanding of Hallucinations in Children and Adolescents. *Schizophr Bull*. 2014 Jul 1;40:S221–32.
11. Poulton R, Caspi A, Moffitt TE, Cannon M, Murray R, Harrington H. Children's Self-Reported Psychotic Symptoms and Adult Schizophreniform Disorder: A 15-Year Longitudinal Study. *Arch Gen Psychiatry*. 2000 Nov 1;57(11):1053–8.
12. Maijer K, Hayward M, Fernyhough C, Calkins ME, Debbané M, Jardri R, et al. Hallucinations in Children and Adolescents: An Updated Review and Practical Recommendations for Clinicians. *Schizophr Bull*. 2019 Feb;45:S5–23.
13. Washington, DC: Auteur. American Psychiatric Association. (2013). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (5e éd.).
14. Crompton L, Lahav Y, Solomon Z. Auditory hallucinations and PTSD in ex-POWS. *J Trauma Dissociation*. 2017 Oct 20;18(5):663–78.

15. Brewin CR, Patel T. Auditory Pseudohallucinations in United Kingdom War Veterans and Civilians With Posttraumatic Stress Disorder. *J Clin Psychiatry*. 2010 Mar 9;71(4):419–25.
16. David D, Mellman GSK and TA. Psychotic Symptoms in Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder. 1999 Jan 31;60.
17. Martin CG, Van Ryzin MJ, Dishion TJ. Profiles of Childhood Trauma: Betrayal, Frequency, and Psychological Distress in Late Adolescence. *Psychol Trauma Theory Res Pract Policy*. 2016 Mar;8(2):206–13.
18. Daalman K, Diederens KJM, Derks EM, Lutterveld R van, Kahn RS, Sommer IEC. Childhood trauma and auditory verbal hallucinations. *Psychol Med*. 2012 Dec;42(12):2475–84.
19. Fondation Lenval. Identification of Cognitive and Emotional Factors in Relation to Auditory Hallucinations in Non-psychotic Children. clinicaltrials.gov; 2018 Jul. Report No.: NCT02567500.
20. Thompson PM, Vidal C, Giedd JN, Gochman P, Blumenthal J, Nicolson R, et al. Mapping adolescent brain change reveals dynamic wave of accelerated gray matter loss in very early-onset schizophrenia. *Proc Natl Acad Sci*. 2001 Sep 25;98(20):11650–5.
21. Speranza M. Cognitions sociales et schizophrénie à début précoce. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 2009 Feb 1;57(1):14–20.
22. ABC des psychotraumas. Le trouble de stress post-traumatique. Villers-lès-Nancy: LaRéponseDuPsy-Mona éditions; 2017. 477 p. (Savoir pour soigner).
23. Bartels-Velthuis AA, Willige G van de, Jenner JA, Wiersma D, Os J van. Auditory hallucinations in childhood: associations with adversity and delusional ideation. *Psychol Med*. 2012 Mar;42(3):583–93.
24. Varese F, Barkus E, Bentall RP. Dissociation mediates the relationship between childhood trauma and hallucination-proneness. *Psychol Med*. 2012 May;42(5):1025–36.
25. Hamner MB, Frueh BC, Ulmer HG, Arana GW. Psychotic features and illness severity in combat veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry*. 1999 Apr 1;45(7):846–52.
26. Ivezić S, Bagarić A, Oruč L, Mimica N, Ljubin T. Psychotic symptoms and comorbid psychiatric disorders in Croatian combat-related posttraumatic stress disorder patients. *Croat Med J*. 2000;
27. Steel C. Hallucinations as a trauma-based memory: implications for psychological interventions. *Front Psychol*. 2015;6.
28. Raune D, Bebbington P, Dunn G, Kuipers E. Event attributes and the content of psychotic experiences in first-episode psychosis. *PSYCHOL MED*. 2006 Feb;36(2):221–30.
29. Gilboa A, Shalev AY, Laor L, Lester H, Louzoun Y, Chisin R, et al. Functional connectivity of the prefrontal cortex and the amygdala in posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry*. 2004 Feb 1;55(3):263–72.

30. Kédia Marianne et al. *Psychotraumatologie*. 2020.
31. Menard M-L, Askenazy F, Auby P, Bonnot O, Cohen D. Améliorer la surveillance de la tolérance pédiatrique des antipsychotiques en France. *Arch Pédiatrie*. 2015 Jan 1;22(1):92–7.
32. Slotema CW, Berg DPG van den, Driessen A, Wilhelmus B, Franken IHA. Feasibility of EMDR for posttraumatic stress disorder in patients with personality disorders: a pilot study. *Eur J Psychotraumatology*. 2019 Dec 31;10(1):1614822.
33. Heriot-Maitland C, McCarthy-Jones S, Longden E, Gilbert P. Compassion Focused Approaches to Working With Distressing Voices. *Front Psychol*. 2019;10.
34. Fernyhough C. *Pieces of Light: The New Science of Memory*. Kindel Edition. 2012.
35. Shinn AK, Wolff JD, Hwang M, Lebois LAM, Robinson MA, Winternitz SR, et al. Assessing Voice Hearing in Trauma Spectrum Disorders: A Comparison of Two Measures and a Review of the Literature. *Front Psychiatry*. 2020 Feb 24;10.

Annexe 1 : Échelle des Émotions Différentielles (EED IV)

Pour chacune des questions ci-dessous, indiquez votre réponse en encerclant le chiffre correspondant à votre choix en fonction de l'échelle ci-dessous.

Rarement ou jamais	Peu souvent	Quelques fois	Souvent	Très souvent
1	2	3	4	5

Dans votre vie de tous les jours, à quelle fréquence :

1. Avez-vous des regrets, vous sentez vous coupable pour quelque chose que vous avez fait ?
2. Vous sentez vous gêné(e), comme si vous ne vouliez pas être vu(e) ?
3. Vous sentez vous content(e) de quelque chose ?
4. Ressentez-vous que vous ne pouvez pas vous supporter ?
5. Vous sentez vous embarrassé(e) lorsque quelqu'un vous voit faire une erreur ?
6. Vous sentez vous malheureux(se), avez-vous le cafard, êtes-vous démoralisé(e) ?
7. Vous sentez vous surpris(e), comme lorsque quelque chose d'inattendu arrive soudainement et que vous ne vous y attendiez pas ?
8. Avez-vous un sentiment de médiocrité envers quelqu'un, le sentiment qu'il ne vaut pas grand-chose ?
9. Vous sentez vous timide, comme si vous vouliez vous cacher ?
10. Ressentez-vous que ce que vous faites, ou ce que vous regardez est intéressant ?
11. Etes-vous apeuré(e), inquiet(e), comme si on pouvait vous faire du mal ?
12. Vous sentez vous en colère contre quelqu'un ?
13. Vous sentez-vous en colère contre vous-même ?
14. Vous sentez vous heureux(se) ?
15. Avez-vous le sentiment que quelqu'un est bon à rien ?
16. Vous sentez vous très intéressé par ce que vous faites, absorbé(e) à votre tâche ?
17. Vous sentez vous étonnée, comme si vous ne pouviez pas croire ce qui est arrivé, tellement c'est inhabituel ?
18. Etes-vous craintif(ve), vous sentez vous comme si vous étiez en danger, très tendu(e) ?
19. Avez-vous envie de crier quelque chose à quelqu'un ou de frapper sur quelque chose ?
20. Vous sentez vous triste et sombre, comme si vous alliez pleurer ? Vous sentez vous comme si vous aviez fait quelque chose de mal ?
23. Vous sentez vous timide, embarrassé(e) ?
24. Vous sentez vous dégouté(e), comme si quelque chose vous rendait malade ?
25. Vous sentez vous joyeux comme si tout allait bien, vous voyez la vie en rose ?
26. Avez-vous l'impression que les gens se moquent (ou rient) de vous ?
27. Avez-vous l'impression que les choses sont tellement pourries qu'elles pourraient vous rendre malade ?
28. Vous sentez vous écœuré(e) de vous-même ?
29. Vous sentez vous comme si vous étiez meilleur(e) que quelqu'un d'autre ? Ressentez-vous que vous devriez être blâmé(e) de quelque chose ?
31. Vous sentez vous comme lorsque quelque chose d'inattendu arrive ?
32. Vous sentez vous alerte, curieux(se), comme excité(e) à propos de quelque chose ?
33. Vous sentez vous en colère, irrité(e), mécontent(e) ?
34. Vous sentez vous découragé(e), comme si vous n'y arriviez plus, comme si rien n'allait bien ?
35. Avez-vous peur, êtes-vous tremblant(e), nerveux(se) ? Avez-vous l'impression que les gens vous regardent toujours lorsque quelque chose va mal ?

Annexe 2 : Questionnaire au sujet des voix – révisé (BAVQ-R)

Remplissez le questionnaire sur la base de la dernière semaine. Si vous avez plusieurs voix distinctes, portez l'évaluation sur la voix la plus importante pour vous.

	Pas d'accord	Pas sûr si accord ou pas	Légèrement d'accord	Pleinement d'accord
1. Ma voix me punit pour quelque chose que j'ai fait.				
2. Ma voix veut m'aider.				
3. Ma voix semble tout connaître à mon sujet.				
4. Ma voix me persécute pour de mauvaises raisons.				
5. Ma voix veut me protéger.				
6. Ma voix est malveillante.				
7. Ma voix m'aide à rester sain.				
8. Je ne peux pas contrôler ma voix.				
9. Ma voix veut me faire du mal.				
10. Ma voix m'aide à développer mes pouvoirs spéciaux				
11. Ma voix me pousse à faire de vilaines choses.				
12. Ma voix dirige ma vie.				
13. Ma voix m'aide à atteindre mes buts dans la vie.				
14. Ma voix essaie de me corrompre ou de me détruire.				
15. Je suis reconnaissant envers ma voix.				
16. Ma voix est très puissante.				
17. Ma voix me rassure.				
18. Ma voix me fera du mal ou me tuera si je lui désobéis ou lui résiste.				
19. Ma voix m'effraie.				
20. Ma voix me rend heureux.				
21. Ma voix me fait faire des choses que je ne veux pas réellement faire.				
22. Ma voix me rend triste.				
23. Ma voix me fâche.				
24. Ma voix me calme.				
25. Ma voix me rend anxieux.				
26. Ma voix me donne confiance en moi.				
27. Je lui dis de me laisser seul.				
28. J'essaie de l'enlever de mon esprit.				
29. J'essaie de l'arrêter.				
30. Je fais des choses pour l'empêcher de parler.				
31. Je suis peu disposé à lui obéir.				
32. Je l'écoute parce que je le veux.				
33. Je fais volontiers ce que me disent mes voix.				
34. Je fais des choses pour entrer en contact avec mes voix				
35. Je suis les conseils de mes voix.				

Clinique des hallucinations acoustico-verbales chez les enfants et les adolescents dans les suites d'un trouble de stress post-traumatique : illustration en cas cliniques

Auditory verbal hallucinations in children and adolescents following a post-traumatic stress disorder: clinical cases

Abstract :

Acoustic-verbal hallucination is a common symptom in children and adolescents with a prevalence rate of 12%. It is considered a transient and benign developmental phenomenon. Its persistence into adolescence may be associated with a more severe diagnosis such as schizophrenia spectrum disorder.

Subjects with post-traumatic stress disorder have repetitive intrusive traumatic memories associated with symptoms of sensory reliving (flashbacks). Although hallucination is not defined as a symptom of PTSD, it has been described in the literature that the risk of developing auditory-verbal hallucinations is greater in individuals with PTSD. The clinic of these hallucinations associated with PTSD is a subject of study. Are they hallucinations associated with traumatic reliving that we propose to name "reviviscence-like" hallucinations or are they more elaborate ("psychotic-like" hallucinations)?

Clinical cases are presented to illustrate this hypothesis from children and adolescents with a diagnosis of post-traumatic stress disorder (DSM 5) associated with acoustic-verbal hallucinations and without an associated schizophrenia spectrum disorder (DSM 5).

The acoustic-verbal hallucinations presented by our patients can be associated with sensory reliving but also with other types of more elaborate hallucinations. They represent several malicious voices with negative content. Thematic and emotional links can be established between these hallucinations and the traumas in question. They would allow us to understand these hallucinations as a form of sensory reliving of the trauma.

The identification of the hallucinatory symptom in the pediatric population is a major challenge for the clinician. Hallucination is an experience mistakenly considered to be within the schizophrenia spectrum disorder and is not sufficient to retain this diagnosis.

The vignettes allowed us to make connections between the content of the hallucination and the trauma in order to understand the hallucination as an indirect "re-experience" of the trauma.

Keywords :

Hallucinations, Child and Adolescent, post-traumatic stress disorder, sensory revivals

Introduction

Une fois toute étiologie organique éliminée, l'hallucination peut témoigner de la présence de troubles psychiatriques. Chez l'enfant et l'adolescent, les diagnostics psychiatriques les plus fréquents associés aux hallucinations regroupent l'épisode dépressif caractérisé, le trouble de personnalité état limite, la schizophrénie précoce, le trouble de stress post traumatique ainsi que le trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité (1). Les hallucinations chez l'enfant et l'adolescent sont à différencier des processus maturatifs bénins tels que les compagnons imaginaires, relativement fréquents chez les enfants d'âge scolaire. D'un point de vue clinique, ils diffèrent de l'expérience hallucinatoire en ceci que l'enfant peut le faire apparaître et disparaître à sa guise dans un contexte de jeu et qu'ils ne génèrent aucune angoisse (2).

Tableau 1 : Principales étiologies de l'hallucination de l'enfant et de l'adolescent

Causes physiologiques
Immaturité affective responsable d'accès imaginatifs < 7-8 ans (compagnons imaginaires) Parasomnies bénignes de type hypnagogique ou hypnopompique
Causes psychiatriques
Spectre schizophrénique (prodrome psychotique, schizophrénie à début précoce, trouble schizophréniforme) Spectre thymique (troubles bipolaires et autres troubles de l'humeur atypiques, deuils pathologiques) Syndrome de stress post-traumatique (victimes d'abus sexuels, etc.) Trouble des conduites, carences affectives et sociales graves Troubles de la personnalité en constitution Troubles anxieux (trouble obsessionnel compulsif, etc.) Syndrome de Gilles de la Tourette
Causes organiques
Troubles métaboliques (dysthyroïdies, insuffisance surrénale, maladie de Wilson, porphyrie, béribéri, troubles hydroélectrolytiques, etc.) Anomalies génétiques (syndrome vélo-cardio-facial, etc.) Infections sévères (méningites, encéphalites, sepsis) Substances hallucinogènes (solvants, LSD, PCP, mescaline, peyolt, psilocybine, cannabis, cocaïne, opiacés) Pharmacologiques (amphétamines, barbituriques, corticoïdes, anticholinergiques, lamotrigine, etc.) Neurologiques (migraines, crises convulsives, lésions cérébrales, déafférentations, déficits sensoriels)

LSD : acide lysergique dyéthylamide ; PCP : phencyclidine.

La prévalence des hallucinations dans la population pédiatrique est décrite dans une méta-analyse récente (3) qui révèle un taux de prévalence moyen chez l'enfant et l'adolescent autour de 12,7% et 12,4%. Dans environ 50 à 95% des cas, les hallucinations cessent après quelques semaines ou mois (4). Dans la majorité des cas, ce symptôme advient dans un contexte anxieux et il est rapidement résolutif sans nécessité de prescription de psychotrope (5). Du fait de leur caractère fréquent et transitoire et en l'absence de conséquences fonctionnelles pathologiques, il s'agit de considérer ces expériences auprès de l'enfant sans banaliser ni déterminer un trouble psychotique dans l'immédiat (6). Lorsque les hallucinations surviennent ou persistent chez l'adolescent, elles peuvent être associées à des diagnostics plus sévères et multi morbides. Le risque spécifique de développer une psychose reste présent avec un risque estimé 5 à 6 fois plus élevé lorsque les hallucinations persistent à l'adolescence (7). Leur repérage précoce est donc un enjeu majeur pour le clinicien.

Le diagnostic de trouble de stress post-traumatique peut être posé à partir d'un mois après l'exposition à un ou des événements traumatiques. Le TSPT comporte: les symptômes d'intrusion (souvenirs répétitifs), les conduites d'évitement des stimuli associés au traumatisme, l'altération cognitive et de l'humeur et l'hyperactivité (dysrégulation émotionnelle, hypervigilance, difficultés de concentration et troubles du sommeil) (8).

Les phénomènes d'intrusion comme des souvenirs répétitifs et des réactions dissociatives lors de flashbacks sont des symptômes caractéristiques du TSPT. Il existe des reviviscences sensorielles auditives et visuelles lors de flashbacks. Bien que l'hallucination ne soit pas définie comme un symptôme du TSPT, la littérature est riche en lien entre ces deux entités. Le risque de développer des HAV est plus important chez les personnes présentant un TSPT de type 1 - survivants de guerre et vétérans (9,10) - ou de type 2 -traumatismes infantiles de type violences physiques ou sexuelles (11,12). Les traumatismes de type 1 font référence à des événements traumatiques uniques, soudains et inattendus qui présentent un commencement net et une fin précise. Les traumatismes de type 2 représentent des événements prévisibles et répétés.

La littérature révèle que des HAV peuvent être associées à un TSPT et se développent à la suite de celui-ci (9-12). La clinique des HAV associées à un TSPT est un sujet d'étude. S'agit-il d'HAV associées à des reviviscences traumatiques que nous proposons de nommer hallucinations « reviviscences-like » ou bien d'HAV plus élaborées (expériences « psychotic-like ») ? Nous proposons d'illustrer cette clinique de l'hallucination à l'aide de cas cliniques d'enfants et d'adolescents ayant développé des HAV associées à un trouble de stress post traumatique, de décrire la nature des

hallucinations présentées et de mettre en lien les mécanismes psychopathologiques des hallucinations liées au traumatisme.

Les vignettes cliniques illustrent des patients inclus dans l'étude *L'Enfant Physalis*, investiguée par l'équipe du Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent des Hôpitaux Pédiatriques de Nice CHU-Lenval (13). *L'Enfant Physalis* est une étude de recherche interventionnelle et longitudinale sur 2 ans évaluant les marqueurs de cognition sociale et émotionnels chez des sujets de 8 à 16 ans présentant des HAV. Les évaluations réalisées sont : K-SADS-PL DSM 5 (section psychose et section TSPT) et MINI-Kid DSM 5 (toutes sections).

L'originalité de ce travail est de décrire la clinique éclairée par les résultats aux échelles psychométriques dimensionnelles et catégorielles.

Vignette clinique 1 : Saïd

Saïd est un adolescent de 14 ans que nous recevons au CMP à la demande de sa mère pour une tristesse et un repli social dans les suites d'un harcèlement au collège évoluant depuis ses 11 ans.

- Biographie et histoire de la maladie

Issu d'une famille immigrée de Tunisie, Saïd est né et a grandi en Italie avec ses parents. Il est l'aîné d'une fratrie de cinq frères et sœurs au sein d'une famille nucléaire. Dans son développement, on ne note pas d'évènements particuliers. Il présente un niveau scolaire attendu pour son âge. La famille déménage à plusieurs reprises et il débute son entrée au collège alors qu'il maîtrise peu le français. Rapidement stigmatisé par ses pairs, il est victime de harcèlement scolaire. Des collégiens l'insultent au sujet de son physique : « Gros porc », « Gros ballon », « Sale italien mangeur de spaghettis ». Il est par la suite victime d'agression physique par ces mêmes collégiens dans les toilettes du collège pendant deux ans. En pleine puberté, Saïd prend rapidement du poids et s'isole progressivement de ses pairs. Quelque temps après sa mère accouche de son dernier enfant prématuré nécessitant une prise en charge en réanimation néonatale. C'est dans ce contexte de multiplication des évènements de vie soudain que nous rencontrons Saïd au CMP de secteur.

- Cliniquement

Dès le début du harcèlement scolaire en 6^{ème}, Saïd et sa mère rapportent une rupture avec l'état antérieur en faveur d'un épisode dépressif caractérisé : perte de l'élan vital, une grande douleur

morale, une hyperphagie, des plaintes somatiques fréquentes (céphalées quotidiennes et maux de ventre). Des symptômes liés au TSPT tels que des conduites d'évitement apparaissent (change de chemin pour se rendre au collège, reste en classe lors des récréations). Des cauchemars et pensées envahissantes des actes de harcèlement sont également présents. Des mécanismes de défense comme le surinvestissement scolaire sont décrits. Saïd s'isole progressivement de ses pairs et présente des conduites d'anxiété de séparation envers sa mère. C'est en classe de 5ème qu'il présente des hallucinations de type acoustico-verbales progressivement envahissantes. Elles sont caractérisées par plusieurs voix d'hommes malveillantes qui lui demandent de se faire du mal « Prends des médicaments », « Vas te noyer » ou encore l'insultent. Elles apparaissent lorsqu'il est seul, généralement sur le chemin du collège. Saïd se montre dans l'incapacité de prendre le contrôle de ces voix et de les interrompre. Elles sont de plus en plus envahissantes et engendrent une anxiété importante.

Lors de la consultation, Saïd a 14 ans et est scolarisé en 3^{ème}. Il présente un faciès triste et semble ralenti sur le plan psychomoteur. Les voix malveillantes ont progressivement régressé en intensité. Il existe un TSPT de type 2 (K-SASD-PL) en lien avec le harcèlement physique et moral comportant des souvenirs traumatiques récurrents, des conduites d'évitement ainsi qu'une hypervigilance. Lorsqu'il est seul dans la rue, il entend des voix l'appelant « Saïd ! » et se retourne afin de vérifier la présence d'agresseurs potentiels. Il ne fait plus d'activité extra-scolaires en lien avec une anxiété de séparation envers sa mère. Un trouble dépressif ainsi qu'un trouble anxieux généralisé sont présents (MINI-Kid). Il n'existe aucun symptôme en faveur d'un trouble du spectre de la schizophrénie (K-SADS-PL).

- Évolution

Un an plus tard, Saïd fait sa rentrée en seconde. Il n'est plus victime de harcèlement mais évoque toujours des difficultés à faire confiance à ses pairs et ne les côtoie qu'au sein du lycée. Le décès de sa grand-mère a été un évènement traumatisant de la rentrée, Saïd n'a pas pu lui rendre visite à l'hôpital en raison de la situation sanitaire liée à la COVID 19. Il décrit une nouvelle apparition des HAV le lendemain du décès, au contenu toujours malveillant « Tu n'as aucun sentiment pour ta grand-mère », « Tu es mauvais car tu ne vas pas la voir ». Elles ont totalement régressé en deux jours. La réactivation des HAV à la suite d'un nouvel évènement traumatique est franche. Il persiste un trouble dépressif et un trouble anxieux généralisé (MINI-Kid) mais ne présente plus de TSPT (K-SADS-PL).

Vignette clinique 2 : Clémence

Clémence est une jeune fille de 11 ans amenée par sa mère au CMP de secteur sur les recommandations de sa maîtresse pour une tristesse et un repli par rapport à ses camarades depuis quelques semaines. Clémence dit également « entendre des voix » depuis peu.

- Biographie et histoire de la maladie

Clémence vit avec sa mère et sa sœur aînée de 18 ans qui présente un TCA non pris en charge. Son père a quitté le domicile un an auparavant afin de travailler au Maroc. Elle ne présente aucun antécédent particulier, son développement est normal. C'est une jeune fille bonne élève depuis le début de la scolarité, elle pratique de la musique et se montre assidue au conservatoire. Elle ne présente pas de difficultés dans les relations sociales et cultive des relations amicales. Depuis la rentrée en CM1, la maîtresse remarque que Clémence s'isole par moment dans la cour de récréation. Elle explique à la maîtresse entendre des voix qui l'angoissent fortement. Elle n'en a pas parlé initialement à sa mère de peur de l'inquiéter.

- Cliniquement

Lorsque nous rencontrons Clémence pour la première fois accompagnée de sa mère, elle semble anxieuse et dans l'attente de la consultation. La mère de Clémence semble dépassée par les phénomènes hallucinatoires qu'elle lui rapporte. Elle présente des symptômes dissociatifs de type « absence » pendant la consultation lorsque nous évoquons les sujets autour de la famille notamment des grands-parents maternels. Depuis la rentrée scolaire, Clémence présente plusieurs HAV principalement masculines au contenu négatif et bien différentes de sa pensée. Elles discutent entre elles et peuvent s'adresser directement à Clémence afin de la dévaloriser : « Tu es mauvaise », « Personne ne t'aime », « Tu es nulle » ou encore « Tu vas rater ton contrôle de maths ». Elle les entend seule ou occupée comme en classe - ce qui la déconcentre - et n'en a pas le contrôle. Ces HAV présentent un retentissement émotionnel anxieux important. Elle dit ressentir principalement de la honte et de la peur à leur écoute. Elle précise « C'est comme si elles me pénétraient ». Elle différencie bien ces HAV d'apparition récente d'un ami imaginaire ancien : « Ce n'est pas comme la petite voix du petit bonhomme que j'ai toujours eue » qui ne générerait pas d'angoisse et dont Clémence gardait le contrôle. Par ailleurs, son contact est avenant et elle ne présente pas de bizarreries tant dans le discours que dans son comportement. Devant la clinique ainsi que les HAV d'apparition brutale et récente, nous nous questionnons quant à un traumatisme récent.

C'est à la deuxième consultation que la mère nous évoque un évènement passé l'été précédent. Alors que Clémence est en vacances chez ses grands-parents maternels, elle révèle à sa mère que le voisin, invité chez les grands parents, l'aurait touchée. Cet attouchement ne se serait produit qu'une seule fois. Ces faits semblent rester tabous dans la famille. La mère ne souhaite pas s'attarder sur cet évènement. Elle explique qu'il est convenu que ce voisin ne soit plus invité lorsque les petits enfants sont chez les grands parents. La famille ne souhaite pas engager de poursuites.

Les HAV que présentent Clémence apparaissent un mois après cet évènement. Elle présente un diagnostic de TSPT de type 1 (K-SADS-PL) : des cauchemars sont présents chaque nuit sous forme de reviviscences de cette scène dans le jardin des grands-parents puis plus généralement autour de la mort. Clémence dort depuis peu dans le lit de sa mère et ne parvient plus à passer une nuit seule dans son lit. Elle présente des conduites d'évitement et précise qu'elle ne souhaite pas se rendre à Noël chez ses grands-parents comme il était prévu. La mère décrit un état d'hypervigilance à type de sursauts fréquents depuis peu. Un trouble anxieux généralisé est également présent (MINI-Kid) sans trouble de spectre de la schizophrénie associé (K-SADS-PL).

- Évolution

Six mois après l'entretien initial, les HAV persistent mais semblent plus « supportables » pour Clémence et prennent une tonalité généralement moins persécutrice. Cependant elles peuvent par moment la rabaisser lors des temps scolaires « Tu ne mérites pas tes amies » ou dans le cadre familial « Tu ne mérites pas cette famille » mais Clémence dit s'y « habituer ». En revanche, il n'y a plus de TSPT (K-SADS-PL), les symptômes ont régressé : les reviviscences traumatiques et cauchemars se sont amendés et Clémence dort à nouveau dans son lit. L'évènement traumatique, souvent verbalisé par Clémence dans les premiers mois du suivi n'est plus abordé. Clémence est retournée chez ses grands-parents à deux reprises sans difficultés rapportées. Il persiste un trouble anxieux généralisé (MINI-Kid) sans trouble psychotique associé (K-SADS-PL).

Vignette clinique 3 : Justine

A l'âge de 12 ans, Justine est présente sur la Promenade des Anglais lors de l'attentat du 14 juillet 2016 à Nice. Elle bénéficie de soins pédopsychiatriques spécialisés ambulatoires dans ce contexte.

- Biographie et histoire de la maladie

Justine est une adolescente de 14 ans qui grandit au sein d'une famille traditionnelle avec ses deux frères cadets. Elle ne présente pas d'antécédents notables dans l'enfance et son développement est normal. A l'âge de 12 ans, Justine est présente sur la Promenade des Anglais lors des attentats du 14 juillet 2016. La famille n'a pas vu le véhicule mais est prise dans un mouvement de foule et se réfugie dans le hall d'un immeuble avant de regagner leur appartement. Ils découvrent ensuite par les informations les faits qui se sont déroulés. Devant des conduites d'évitement de la promenade des Anglais et des reviviscences traumatiques importantes par la famille, ils déménagent rapidement après l'attentat. Deux mois plus tard, l'entrée en 6^{ème} se révèle difficile pour Justine qui présente des difficultés à être en contact avec la foule notamment lors des temps de récréation. Elle développe des HAV de type reviviscences sensorielles : lorsqu'elle est dans la cour de son collège ou dans des lieux publics au contact d'une foule, il lui arrive d'entendre la voix de sa mère crier son prénom. Ces phénomènes provoquent un sentiment de surprise associé à une attaque de panique. Elle explique qu'ils lui remémorent la scène traumatisante vécue sur la Promenade des Anglais. Des symptômes associés d'anxiété, d'évitement de la Promenade et des troubles du sommeil avec cauchemars l'amènent à consulter au Centre d'Évaluation Pédiatrique du Psychotraumatisme afin de débiter une prise en charge pluridisciplinaire lors de son année en 6^{ème}.

- Cliniquement

Nous rencontrons Justine avec sa mère dans le cadre de son suivi trois ans après l'attentat. Un TSPT de type 1 (K-SADS-PL) persiste même si les symptômes se sont amoindris : les reviviscences traumatiques déclenchées par la foule caractérisées par des troubles perceptifs sensoriels de type flashback appelant son nom ont régressé et les cauchemars sont moins fréquents. Une hypervigilance et des symptômes d'évitement de la Promenade persistent, il lui est impossible de se rendre sur le lieu. Elle présente des symptômes dépressifs (tristesse de l'humeur, irritabilité) associés à un trouble anxieux généralisé ainsi qu'une anxiété de séparation (MINI-Kid).

Justine évoque également certaines « voix » : celles de deux femmes familières. Elles surgissent lorsque Justine est seule et souvent fatiguée, sans qu'elle s'y attende et s'adressent à elle par son prénom. Elles peuvent commenter ses gestes et actes, mais aussi l'aider dans la prise de décision. Par moment, la réalisation des devoirs se révèle difficile par l'intrusion de ces voix ce qui entraîne des crises de colère de la part de la jeune fille. Justine reste mitigée sur la bienveillance de ces voix, elle tente de les interrompre à maintes reprises mais sans succès. Il n'y a pas de trouble du spectre de la schizophrénie (K-SADS-PL).

- Évolution

Six mois après l'entretien initial, les symptômes du TSPT se sont amendés hormis l'hypervigilance et le diagnostic n'est plus retenu (K-SADS-PL). Les HAV ont totalement régressé. Justine se décrit comme une adolescente plus épanouie. Quant aux cauchemars, elle explique rêver encore de la Promenade mais cette fois-ci il n'y a plus d'attentat : « C'est une fin heureuse ». Il persiste un trouble anxieux généralisé (MINI-Kid). Un an plus tard les HAV ne sont pas réapparues.

Vignette clinique 4 : Sophia

Sophia est une jeune fille de 9 ans que nous rencontrons en pédiatrie, hospitalisée suite à des propos suicidaires et morbides.

- Biographie et histoire de la maladie

Sophia est enfant unique, vit avec sa mère dans des conditions précaires et ne connaît pas son père. Des évènements traumatiques sont présents dès la période périnatale. Sa mère est victime de violences physiques par le père de Sophia lors de la grossesse à plusieurs reprises. Elle est victime de viol par celui-ci lors du sixième mois de grossesse. On note dans les antécédents de Sophia un retard de langage initial qui est rapidement rattrapé lors de sa scolarité en maternelle, témoin d'un probable niveau de carence initial. Des céphalées depuis la petite enfance sont également décrites. Depuis son entrée en CP, Sophia est régulièrement victime de harcèlement scolaire par ses pairs notamment par des insultes. De ce fait, elle est souvent isolée par rapport à ses camarades de classe, mais présente toujours de bons résultats scolaires et se situe dans les premiers de sa classe.

Durant l'année de CM2 alors qu'elle est dans un supermarché avec sa mère, celle-ci se fait agresser physiquement par un inconnu et se fait voler son sac à main. Un premier suivi pédopsychiatrique est initié dans les suites de cette agression dont Sophia a été témoin. Devant l'état clinique jugé stable de cet enfant sans signe de TSPT, le suivi est rapidement arrêté. Quelques mois plus tard, à la suite du décès de ses phasmes, animaux-insectes de compagnie de Sophia, l'état psychique de la jeune patiente s'aggrave. Elle est la plupart du temps irritable, conteste et s'oppose facilement à l'autorité de sa mère et s'inscrit dans un trouble oppositionnel avec provocation. Lors de crises de colère quotidiennes, elle verbalise des propos suicidaires. Elle a déjà menacé de se couper la gorge en pointant un couteau de cuisine devant sa mère. Se retrouvant en difficulté face au

comportement et aux propos inquiétants de Sophia, sa mère l'amène aux urgences de l'hôpital pédiatrique.

- Cliniquement

Nous rencontrons Sophia dans le service de pédiatrie. Elle évoque en entretien la mort de ses phasmes, évènement qui l'affecte fortement. Son discours est empreint de thématique morbide centré sur la mort d'animaux qu'elle a connus dans le passé. Nous la questionnons sur les propos suicidaires tenus ces derniers jours. Elle explique penser au suicide depuis le décès de ses phasmes et se questionne désormais quant à sa propre mort. Elle rapporte spontanément entendre régulièrement des voix d'hommes et de femmes discutant entre elles, voix qu'elle décrit comme bien différentes de sa pensée. Ces HAV sont apparues la première fois lors de l'année du CP suite au harcèlement scolaire, puis disparaissent et réapparaissent régulièrement au cours de ces dernières années, sans qu'elle en prenne le contrôle. Depuis la mort des phasmes, ces voix sont plus intenses. Elles lui donnent des ordres et parlent souvent entre elles « C'est comme si elles voulaient diriger ma vie, elles me donnent des ordres et parfois des conseils ». C'est d'ailleurs ces voix qui poussent Sophia à exprimer ses propos suicidaires. Elle les associe à des émotions comme la peur et la tristesse.

Quelques jours après son hospitalisation, Sophia ne présente plus d'idées suicidaires. Un TSPT de type 1 et 2 est retenu (K-SADS-PL) car il est difficile pour Sophia de ne retenir qu'un seul traumatisme pour l'évaluation. Après les années de harcèlement scolaire, elle évoque principalement la mort de ses phasmes comme évènement traumatique majeur. C'est dans un second temps qu'elle aborde l'agression de sa mère quelques mois auparavant, traumatisme qui semble s'être réactivé par la perte de ses insectes. Les symptômes de souvenirs récurrents du décès des phasmes et de l'agression de la mère sont présents, ainsi qu'une hypervigilance et troubles du sommeil de type cauchemars chaque nuit. Les diagnostics de trouble dépressif, d'anxiété sociale et d'anxiété généralisée sont également retenus (MINI-Kid), sans psychose associée (K-SADS-PL). Devant ces différents éléments cliniques, Sophia est orientée par la suite vers une prise en charge en CMP de secteur.

Sophia est rapidement perdue de vue tant dans l'étude que dans les soins.

Résumés des vignettes

Les résultats aux échelles diagnostiques et tests psychométriques sont résumés dans le tableau 2. Les résultats concernant la clinique et l'évolution des HAV sont résumés dans le tableau 3. Ils permettent de mettre en évidence des points communs entre les vignettes cliniques.

Tableau 2 : Résultats des tests diagnostiques à T0 et T1 (K-SADS-PL et MINI-KID)

	Saïd	Clémence	Justine	Sophia
Évaluations cliniques à T0 (K-SADS + MINI-Kid)	TSPT (type 2) -souvenirs récurrents -conduites d'évitement -hypervigilance Trouble dépressif TAG	TSPT (type 1) -souvenirs récurrents -cauchemars -hypervigilance TAG	TSPT (type 1) -souvenirs récurrents -conduites d'évitement -hypervigilance Trouble dépressif Trouble panique Agoraphobie Anxiété sociale Anxiété séparation	TSPT (type 1 et 2) -souvenirs récurrents -cauchemars -hypervigilance TAG Trouble dépressif Anxiété sociale
Évaluations cliniques 6 mois après l'entretien initial (K-SADS + MINI-Kid)	Pas de TSPT mais : -conduites d'évitement -hypervigilance Trouble dépressif TAG	Pas de TSPT mais - hypervigilance TAG	Pas de TSPT mais - hypervigilance TAG	perdu de vue

K-SADS-PL : Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children – Present and Lifetime Version ; MINI-Kid : Mini International Neuropsychiatric Interview for Kid ; TAG : trouble anxieux généralisé ; T0 : première consultation ; T1 : consultation à 6 mois

Dans l'ensemble des cas décrits, les HAV se développent quelques semaines ou mois après le traumatisme ou sont réactivées par de nouveaux traumatismes (décès de la grand-mère pour Saïd et des phasmes pour Sophia). Le TSPT n'est plus diagnostiqué à 6 mois dans tous les cas mais les autres

diagnostiques comorbides persistent. Le trouble anxieux généralisé se retrouve commun à tous les cas cliniques. Même si le TSPT ne peut plus être retenu à la passation de la K-SADS-PL (DSM 5) 6 mois après l'entretien initial, certains symptômes du TSPT persistent notamment l'hypervigilance. A propos du contexte d'apparition des HAV, nous observons que le TSPT initial, qu'il soit de type 1 ou 2 est souvent associé à d'autres diagnostics comorbides comme la dépression et l'anxiété retenus à la MINI-Kid.

Tableau 3 : Résultats cliniques des HAV et BAVQ-R à T0 et T1

	Saïd	Clémence	Justine	Sophia
HAV à T0	présence	présence	présence	présence
HAV à T1	absence Mais réactivation lors d'un évènement traumatique	présence Évolution du contenu pouvant être plus positif	absence	perdu de vue
Clinique des HAV	>=2 Masculines Malveillantes et contenu négatif	>=2 Masculines Malveillantes et contenu négatif	>=2 Féminines Malveillantes et Bienveillantes	>=2 Féminines et masculines Malveillante
BAVQ-R	Malveillance Omnipotence _Résistance émotionnelle et comportement	Malveillance Omnipotence _Résistance émotionnelle et comportementale	Bienveillance Omnipotence _Résistance comportementale _Engagement émotionnel	Bienveillance Omnipotence _Engagement émotionnelle

BAVQ-R : Belief about Voices Questionnaire Revised ; T0 : première consultation ; T1 : consultation à 6 mois

Concernant la description des HAV, deux types d'hallucinations développées après le traumatisme sont identifiées parmi les cas cliniques. Saïd et Justine présentent des hallucinations auditives que l'on pourrait nommer « reviviscences-like » lorsqu'ils entendent l'appel de leur nom dans un contexte d'hypervigilance. Elles se déclenchent lorsqu'une situation rappelle les violences ou fait craindre qu'elles se reproduisent (quand Saïd est seul dans la rue et se remémore le chemin de son ancien collège avant de se faire harceler, lorsque Justine se situe dans la cour de son école entourée d'une foule d'élèves lui rappelant celle des attentats du 14 juillet). Le deuxième type d'hallucinations

présentes chez tous les cas sont des hallucinations acoustico-verbales « psychotic-likes » plus élaborées que les précédentes et composées de plusieurs « voix », au contenu négatif, elles sont souvent malveillantes et peuvent commenter les actes et pensées des sujets. Elles sont toutes décrites comme omnipotentes à la BAVQ-R ce qui témoigne de leur puissance et de leur envahissement sur le psychisme de l'enfant ou de l'adolescent qui tentent souvent de leur résister (résistance émotionnelle et comportementale à la BAVQ-R). Il est difficile de les considérer comme appartenant au développement psycho affectif ordinaire en ce point qu'elles sont différentes d'un compagnon imaginaire, qu'elles ne peuvent pas apparaître et disparaître à la guise du patient et qu'elles génèrent une anxiété importante.

Lorsque nous étudions le contenu de ces hallucinations, des liens thématiques avec le traumatisme peuvent être établis par le clinicien. Saïd perçoit des voix d'hommes lui demandant de se faire du mal « Prend tes médicaments », « Va te noyer », ou encore qui l'insultent. Le contenu des HAV semblent faire référence aux menaces des collégiens à son encontre lors de ses années de harcèlement mais Saïd ne fait pas le lien entre le contenu des hallucinations et les traumatismes vécus. Les HAV de Clémence « Tu es mauvaise », « Personne ne t'aime », « Tu es nulle » sont d'une thématique de l'ordre de l'humiliation et de la dégradation. Ces commentaires qui l'abaissent de manière récurrente pourraient faire référence au traumatisme de l'attouchement. Chez Sophia, nous retrouvons la thématique de la mort à travers les voix qui « la poussent à penser au suicide », et ce depuis le décès de ses phasmes.

Des liens émotionnels sont également perceptibles à travers les hallucinations qui font revivre au sujet les mêmes émotions exprimées lors du traumatisme. Clémence entend des voix d'hommes la rabaisant et présente de la honte ainsi que de la peur à leur écoute, sentiment vécu lors de l'attouchement dont elle a été victime. Sophia explique ressentir de la peur ainsi que de la tristesse à l'écoute des voix, émotions retrouvées lors de la perte de ses phasmes. Ici, la perte de ses insectes pourrait venir réveiller la peur de la perte de sa mère lors de l'agression quelques mois auparavant. Plus généralement, les émotions de peur, tristesse, honte et surprise objectivées à l'Échelle des Émotions Différentielles sont retrouvées à l'écoute de ces hallucinations et sont des émotions générées par le vécu d'un traumatisme.

Finalement, nous pouvons comprendre ces HAV comme une « ré-expérience » du traumatisme indirectement par des liens thématiques et émotionnels : si les événements traumatiques font vivre peur, honte, ou culpabilité les HAV vont faire vivre et reproduire ces mêmes sentiments au sujet à travers les commentaires désobligeants des voix au contenu souvent négatif.

Comme une forme de « ré-expérience » du traumatisme, elles s'imposent de manière intrusive et répétitive, tels des symptômes reviviscences traumatiques, qui permettent le diagnostic de TSPT. Ainsi on pourrait comprendre les HAV comme une forme de reviviscence sensorielle du traumatisme, traumatisme qui n'a pu être intégré dans l'histoire du patient.

Discussion

1/ Comprendre l'HAV comme une reviviscence traumatique sensorielle

Le symptôme caractéristique du TSPT est considéré comme un souvenir intrusif de l'évènement traumatisant, c'est-à-dire les flashbacks ou les reviviscences. Pourtant, des phénomènes d'HAV « psychotic-like » plus élaborés que de simples phénomènes d'appel - comme exposés dans nos cas cliniques peuvent également être présents chez les sujets traumatisés. Trop longtemps associés à des troubles psychotiques graves et chroniques comme la schizophrénie, on sait que les HAV sont présentes dans d'autres pathologies d'origine psychiatrique : épisode dépressif caractérisé, trouble de personnalité état limite, schizophrénie précoce, trouble de stress post traumatique, trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité (1). On retrouve des hallucinations auditives chez 20 à 40% des sujets adultes présentant un TSPT (14,15). Ces cas cliniques mettent en évidence que les reviviscences sensorielles du TSPT et les expériences hallucinatoires ne sont pas éloignées dans le fait qu'elles amènent les sujets à vivre des expériences émotionnelles fortes lorsqu'ils sont victimes de traumatismes. Ainsi, un enfant présentant des expériences hallucinatoires devrait amener le clinicien à la recherche d'un traumatisme antérieur. Les hallucinations « psychotic-like » présentées par nos illustrations cliniques pourraient être le symptôme, tels des reviviscences, d'une mémoire traumatique. Elles semblent rappeler le traumatisme de manière plus indirecte que les reviviscences traumatiques via des liens thématiques et émotionnels. Steel et al. proposent la compréhension des HAV par des liens thématiques observés cliniquement au niveau de l'expérience émotionnelle et lient ainsi les HAV à un évènement traumatisant (16). Raune et al. se sont également concentrés sur les associations thématiques et ont mis en évidence une relation spécifique entre les voix persécutrices et les évènements traumatiques intrusifs (17).

2/ Importance de la singularité du traumatisme plus que du diagnostic

Les TSPT des patients présentés dans les illustrations cliniques sont variés (type 1 : un attentat, un attouchement unique, témoin d'une agression et type 2 : harcèlement sur plusieurs années). La symptomatologie du TSPT chez ces enfants et adolescents est multiple : hypervigilance reviviscences

sensorielles, souvenirs récurrents, conduites d'évitement et cauchemars. Puis on assiste à un développement ultérieur d'HAV (plusieurs voix de tonalité généralement malveillante et omnipotentes). Les TSPT initialement diagnostiqués chez nos patients par la K-SADS (DSM 5) ne cotent plus à six mois de l'évaluation initiale. Pourtant, il persiste des symptômes résiduels du traumatisme comme l'hypervigilance pour la plupart, ou encore une altération de l'humeur. D'autres troubles comorbides s'installent également comme le trouble anxieux. Le traumatisme n'est plus objectivé par les échelles diagnostiques et pourtant il semble persister dans la clinique.

Un évènement traumatique reste une expérience singulière qui n'aura pas les mêmes conséquences pour toutes les personnes qui y sont confrontées car chacune d'elles possède des capacités propres de perception et d'intégration de la situation liée à ses propres ressources élaborées progressivement dès les premiers moments de vie. Cette singularité dans le traumatisme nous questionne : l'impact traumatique ne serait pas uniquement proportionnel à la gravité matérielle de l'évènement mais aussi à l'intensité de la résonance qu'il a dans l'histoire de chacun ?

3/ Place du TSPT dans l'HAV : nouvelles perspectives de prise en charge du symptôme

Supposer que les hallucinations présentées par des enfants et adolescents puissent être en lien avec des traumatismes amène à penser différemment la prise en charge thérapeutique de ces hallucinations. Alors que la prescription d'antipsychotiques tend à augmenter chez les enfants et adolescents et engendrent des effets secondaires non négligeables (18), la notion de traumatisme en lien avec l'hallucination ouvre de nouvelles perspectives thérapeutiques. L'EMDR est une technique décrite comme pertinente face aux hallucinations auditives dans le TSPT dans une série de cas (19). L'approche centrée sur la compassion a également montré des résultats intéressants. Elle consiste à développer chez la personne de la compassion pour elle-même en facilitant l'habileté à changer la relation à ses expériences douloureuses et à travailler avec la souffrance. Ce type d'approche pour les hallucinations semble donner des résultats intéressants pour changer le rapport qu'entretient la personne avec ses hallucinations et leur contenu, et diminuer la souffrance qui y est associée (20). La prise en charge de soutien au CMP de Clémence devant ses HAV envahissantes a permis progressivement une atténuation de celles-ci et une modification du contenu négatif en positif. Fernyhough dit que « Nous souvenons du passé à travers le prisme du présent : ce que nous croyons maintenant, ce que nous voulons maintenant. Les souvenirs peuvent concerner le passé, mais ils sont construits dans le présent pour répondre aux besoins de soi » (21). Si les HAV sont construites à partir de souvenirs traumatiques, cela suggère que changer le rapport actuel du sujet avec son traumatisme pourrait modifier les souvenirs qu'il se construit à nouveau et donc modifier la capacité

des voix à en découler. Ainsi, modifier la façon dont une personne pense et ressent un évènement traumatisant antérieur engendrant des HAV pourraient par exemple modifier le ton affectif des hallucinations et changer le contenu négatif en positif. La prise en charge de ces hallucinations nécessiterait de laisser place à l'importance du récit et à la réappropriation de son histoire singulière afin de remettre du sens sur le traumatisme. Pour exemple, la prise en charge pluridisciplinaire de Justine au centre du psycho traumatisme suite à l'attentat a permis un amendement du TSPT et dans un second temps des HAV ; La « fin heureuse » de l'attentat dans les rêves de Justine participerait au changement de rapport qu'elle entretient avec ce traumatisme vécu.

Conclusion

Le repérage chez l'enfant et l'adolescent du symptôme hallucinatoire est un enjeu clinique majeur pour le clinicien. Souvent difficile à évaluer du fait des difficultés de l'enfant à se livrer, passer à côté du symptôme pourrait être lourd de conséquences pour le développement psychique du patient. En effet, la persistance de ce symptôme à l'adolescence est un risque évolutif vers un trouble du spectre de la schizophrénie (6,7). Notre étude et nos observations cliniques ne donnent à ce jour que quelques indications. Elles indiquent cependant la recherche d'un TSPT par le clinicien devant l'apparition d'HAV. Les vignettes nous ont permis de mettre en évidence des liens thématiques et émotionnels entre le contenu des hallucinations et les traumatismes vécus, permettant de comprendre l'hallucination comme « ré-expérience » du traumatisme vécu.

Ainsi, l'hallucination est une expérience qui ne serait appartenir seulement au trouble du spectre de la schizophrénie car elle ne suffit pas à retenir ce diagnostic. En effet, elles sont décrites dans les travaux cliniques et scientifiques comme des symptômes multidimensionnels et transnosographiques (22).

Références bibliographiques :

1. Medjkane F, Notredame C-E, Sharkey L, D'Hondt F, Vaiva G, Jardri R. Association between childhood trauma and multimodal early-onset hallucinations. *Br J Psychiatry*. 2020 Mar;216(3):156–8.
2. Jardri R, Bonelli F, Askenazy F, Georgieff N, Delion P. Hallucinations de l'enfant et de l'adolescent. *EMC - Psychiatr*. 2013 May;10(2):1–12.
3. Maijer K, Begemann MJH, Palmen SJMC, Leucht S, Sommer IEC. Auditory hallucinations across the lifespan: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2018;48(6):879–88.
4. Rubio JM, Sanjuán J, Flórez-Salamanca L, Cuesta MJ. Examining the course of hallucinatory experiences in children and adolescents: A systematic review. *Schizophr Res*. 2012 Jul 1;138(2):248–54.
5. Askenazy F, Lestideau K, Meynadier A, Dor E, Myquel M, Lecrubier Y. Auditory hallucinations in pre-pubertal children. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2007 Nov ;16(6):411-415
6. Jardri R, Bartels-Velthuis AA, Debbané M, Jenner JA, Kelleher I, Dauvilliers Y, et al. From Phenomenology to Neurophysiological Understanding of Hallucinations in Children and Adolescents. *Schizophr Bull*. 2014 Jul 1;40:S221–32.
7. Poulton R, Caspi A, Moffitt TE, Cannon M, Murray R, Harrington H. Children's Self-Reported Psychotic Symptoms and Adult Schizophreniform Disorder: A 15-Year Longitudinal Study. *Arch Gen Psychiatry*. 2000 Nov 1;57(11):1053–8.
8. Washington, DC: Auteur. American Psychiatric Association. (2013). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (5e éd.).
9. Crompton L, Lahav Y, Solomon Z. Auditory hallucinations and PTSD in ex-POWS. *J Trauma Dissociation*. 2017 Oct 20;18(5):663–78.
10. Brewin CR, Patel T. Auditory Pseudohallucinations in United Kingdom War Veterans and Civilians With Posttraumatic Stress Disorder. *J Clin Psychiatry*. 2010 Mar 9;71(4):419–25.
11. Martin CG, Van Ryzin MJ, Dishion TJ. Profiles of Childhood Trauma: Betrayal, Frequency, and Psychological Distress in Late Adolescence. *Psychol Trauma Theory Res Pract Policy*. 2016 Mar;8(2):206–13.
12. Daalman K, Diederens KJM, Derks EM, Lutterveld R van, Kahn RS, Sommer IEC. Childhood trauma and auditory verbal hallucinations. *Psychol Med*. 2012 Dec;42(12):2475–84.
13. Fondation Lenval. Identification of Cognitive and Emotional Factors in Relation to Auditory Hallucinations in Non-psychotic Children. clinicaltrials.gov; 2018 Jul. Report No.: NCT02567500.
14. Hamner MB, Frueh BC, Ulmer HG, Arana GW. Psychotic features and illness severity in combat veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry*. 1999 Apr 1;45(7):846–52.
15. Ivezic S, Bagarić A, Oruč L, Mimica N, Ljubin T. Psychotic symptoms and comorbid psychiatric disorders in Croatian combat-related posttraumatic stress disorder patients. *Croat Med J*. 2000;
16. Steel C. Hallucinations as a trauma-based memory: implications for psychological interventions. *Front Psychol*. 2015;6.
17. Raune D, Bebbington P, Dunn G, Kuipers E. Event attributes and the content of psychotic experiences in first-episode psychosis. *Psychol Med*. 2006 Feb;36(2):221–30.

18. Menard M-L, Askenazy F, Auby P, Bonnot O, Cohen D. Améliorer la surveillance de la tolérance pédiatrique des antipsychotiques en France. *Arch Pédiatrie*. 2015 Jan 1;22(1):92–7.
19. Slotema CW, Berg DPG van den, Driessen A, Wilhelmus B, Franken IHA. Feasibility of EMDR for posttraumatic stress disorder in patients with personality disorders: a pilot study. *Eur J Psychotraumatology*. 2019 Dec 31;10(1):1614822.
20. Heriot-Maitland C, McCarthy-Jones S, Longden E, Gilbert P. Compassion Focused Approaches to Working With Distressing Voices. *Front Psychol*. 2019;10.
21. Fernyhough C. *Pieces of Light: The New Science of Memory*. Kindel Edition. 2012.
22. Shinn AK, Wolff JD, Hwang M, Lebois LAM, Robinson MA, Winternitz SR, et al. Assessing Voice Hearing in Trauma Spectrum Disorders: A Comparison of Two Measures and a Review of the Literature. *Front Psychiatry*. 2020 Feb 24;10.

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.