

Le traitement du trouble de stress post-traumatique

ENRAYAGE

Par : Lehoux-Richer, Magali

Date de la publication : 8 mai 2026

Dans ce document :

Présentation des approches cliniques de traitement du trouble de stress post-traumatique (TSPT) chez les jeunes exposés à la violence armée, incluant les thérapies fondées sur des données probantes et les adaptations culturelles et communautaires les plus récentes.



Un trouble clinique distinct

Le TSPT se caractérise par des reviviscences, l'évitement des stimuli associés au trauma, des altérations négatives de la cognition et de l'humeur, et une hyperactivation neurovégétative. Chez les jeunes, il peut se manifester différemment que chez les adultes (irritabilité, régression, comportements externalisés).

Une prévalence élevée et sous-diagnostiquée

30 à 50% des jeunes exposés directement à la violence développent un TSPT cliniquement significatif. Ce trouble est sous-diagnostiqué dans les quartiers défavorisés.

Des traitements efficaces, mais peu accessibles

Les traitements sont bien validés, mais restent inaccessibles pour les populations les plus touchées (en raison du coût, de la distance et de la méfiance).

Objectifs

Le traitement du TSPT vise à réduire les symptômes intrusifs d'évitement et d'hyperactivation qui altèrent le fonctionnement quotidien, à restaurer le sentiment de sécurité et de contrôle sur sa propre vie, à prévenir la chronicisation et les comorbidités (dépression, abus de substances, comportements à risque), et à soutenir la réintégration sociale et scolaire des jeunes affectés.

Origine

Les premières thérapies cognitivo-comportementales centrées sur le trauma sont développées dans les années 1990 (Foa, Cohen, Resick). Le tournant vers les jeunes et les communautés urbaines exposées à la violence armée s'opère dans les années 2000-2010, notamment avec le développement du *Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy* (TF-CBT, Cohen et al.) et du *Cognitive Processing Therapy* (CPT) adaptés pour les milieux communautaires.

Méthodologie

Trois thérapies de première ligne sont recommandées par les principales associations cliniques internationales. La *TF-CBT* (*Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy*) est la mieux validée pour les enfants et les adolescents. La *thérapie de traitement cognitif* (CPT) s'adresse davantage aux adolescents plus âgés et aux adultes. L'*EMDR* (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) utilise des stimulations bilatérales pour faciliter le traitement des mémoires traumatiques; elle est de plus en plus utilisée auprès des jeunes, avec des adaptations développementales.

Principes

Cinq principes guident le traitement du TSPT chez les jeunes exposés à la violence armée.

Premièrement, la *sécurité avant le traitement* : une stabilisation minimale — environnement sécuritaire, régulation émotionnelle de base — est nécessaire avant d'entreprendre un travail de traitement du trauma proprement dit.

Deuxièmement, l'*adaptation culturelle* : les thérapies validées ont été développées principalement avec des populations blanches occidentales; leur adaptation aux jeunes racisés, immigrants ou issus de communautés historiquement marginalisées est une condition de leur efficacité et de leur acceptabilité.

Troisièmement, l'*implication des figures d'attachement* : chez les jeunes, l'implication des parents ou des adultes significatifs dans le traitement est associée à de meilleurs résultats, à condition que ces adultes ne soient pas eux-mêmes sources de trauma.

Quatrièmement, la *prise en compte du trauma continu* : contrairement au trauma ponctuel, les jeunes vivant dans des quartiers de haute violence sont exposés à un trauma chronique et potentiellement continu — ce qui complique l'application des modèles thérapeutiques conçus pour des traumatismes uniques et passés.

Cinquièmement, la *formation des intervenants non cliniciens* : des modèles de *task-shifting* permettent à des intervenants communautaires formés de dispenser des versions simplifiées de ces thérapies, augmentant considérablement leur portée dans les milieux sous-desservis.

Évaluations

Le TF-CBT est l'intervention la mieux évaluée pour le TSPT chez les jeunes : une méta-analyse de Mavranetzouli et al. (2020) conclut à une taille d'effet large sur la réduction des symptômes de TSPT, dépression et anxiété comparativement aux listes d'attente et aux thérapies non spécifiques. La CPT montre des effets similaires chez les adolescents plus âgés. L'EMDR démontre une efficacité comparable aux TCC-T dans les essais randomisés, avec l'avantage d'être moins verbale — ce qui la rend pertinente pour les jeunes avec des difficultés d'expression ou une forte résistance au récit verbal. Le CBITS, conçu pour une administration en milieu scolaire, montre des effets positifs sur les symptômes de TSPT et la performance scolaire dans des quartiers à haute violence. La principale limite commune à toutes ces approches est leur taux d'abandon élevé dans les populations exposées à la violence armée et le manque d'adaptation culturelle pour les communautés non anglophones et non américaines.

Bibliographie

1. Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2017). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents* (2e éd.). Guilford Press.
2. Mavranetzouli, I., Megnin-Viggars, O., Daly, C., Dias, S., Welton, N. J., Stockton, S., & Pilling, S. (2020). Psychological treatments for post-traumatic stress disorder in adults: A network meta-analysis. *Psychological Medicine*, 50(4), 542–555.
3. Resick, P. A., Monson, C. M., & Chard, K. M. (2017). *Cognitive processing therapy for PTSD: A comprehensive manual*. Guilford Press.
4. Shapiro, F. (1989). Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20(3), 211–217.
5. Stein, B. D., Jaycox, L. H., Kataoka, S. H., Wong, M., Tu, W., Elliott, M. N., & Fink, A. (2003). A mental health intervention for schoolchildren exposed to violence. *JAMA*, 290(5), 603–611.