

SANTÉ MENTALE ET TRAUMATOLOGIE PÉDIATRIQUE

ANABEL CARMEL, MD
PÉDOPSYCHIATRE EN CONSULTATION-LIAISON
CHU SAINTE-JUSTINE
18 NOVEMBRE 2025



CONFLITS D'INTÉRÊTS

- Aucun





OBJECTIFS DE LA PRÉSENTATION

1. SENSIBILISER LES PARTICIPANTS AUX ENJEUX DÉVELOPPEMENTAUX ET AUX BESOINS DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS DANS LEURS COMPRÉHENSION DE LA MALADIE ET DE LA MORT
2. SE FAMILIARISER AVEC UNE APPROCHE INDIVIDUELLE ET SYSTÉMIQUE STRUCTURÉ, PERTINENTE ET INFORMÉE PAR LES DONNÉES PROBANTES
3. SENSIBILISER LES ÉQUIPES À LEURS PROPRES BESOINS POTENTIELS AU PLAN DE LA SANTÉ MENTALE

INTÉGRATION DE LA SANTÉ MENTALE

- La prise en charge des traumatismes pédiatriques nécessite une intégration systématique de la santé mentale
 - Séquelles psychologiques sont fréquentes et peuvent impacter durablement le développement de l'enfant.
 - Selon l'American Academy of Pediatrics, environ 20 % des enfants présentent des symptômes de stress post-traumatique (SSPT) après un traumatisme
 - Incidence de troubles anxieux ou dépressifs augmente significativement dans l'année suivant l'événement.
 - Les réactions psychologiques incluent la reviviscence, l'évitement, l'hypervigilance et des modifications de l'humeur ou du comportement
 - Peuvent interférer avec la réhabilitation et la qualité de vie

Flynn-O'Brien et al. 2025
Marsac et al. 2016
Kassam-Adams et al. 2013

LES ASPECTS DÉVELOPPEMENTAUX SONT ESSENTIELS :

- Compréhension de la maladie et du traumatisme varie selon l'âge
- Jeunes enfants (0-6 ans) sont particulièrement vulnérables en raison de l'immaturation de leurs capacités cognitives et émotionnelles
 - Peut se traduire par des troubles du comportement, des régressions ou des difficultés au niveau de l'attachement
- Chez l'enfant plus âgé et l'adolescent, l'expression des symptômes peut être plus proche de celle de l'adulte
- La prise en charge doit rester adaptée à leur stade de développement



Mélina, 6 ans

De Young et al. 2021
Spates et al. 2003

APPROCHE FAMILIALE

- L'approche familiale est centrale.
- Le traumatisme affecte aussi les parents et les aidants, qui peuvent eux-mêmes développer des symptômes de stress post-traumatique, altérant leur capacité à soutenir l'enfant
- L'American College of Surgeons recommande un soutien psychologique pour l'enfant et sa famille, incluant
 - Éducation sur les réactions normales au traumatisme
 - Dépistage systématique des troubles psychiques
 - Orientation vers des spécialistes en santé mentale pédiatrique si nécessaire
- L'approche « trauma-informed care » préconisée par l'American Academy of Pediatrics intègre systématiquement la reconnaissance et la gestion du stress traumatique dans tous les aspects du parcours de soins, en tenant compte des besoins de l'enfant et de sa famille

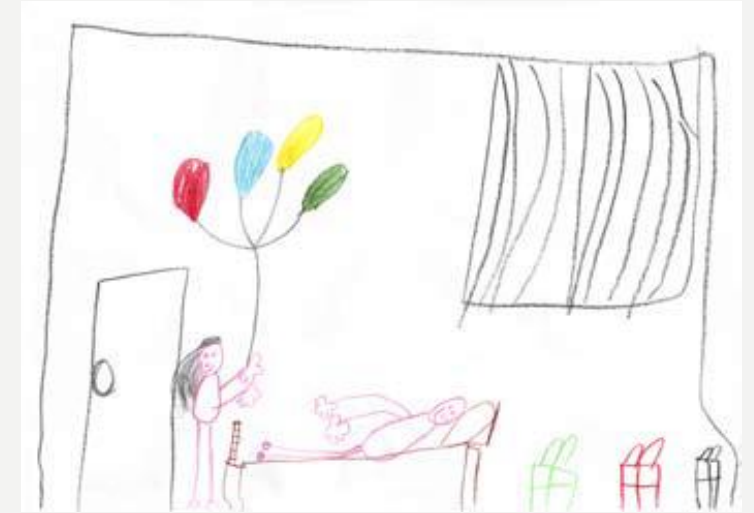


Camille, 6 ans

Marsac et al. 2016
Spates et al. 2003
Karen et al. 2022
Forkey et al. 2021

DÉPISTAGE DE DÉTRESSE POST TRAUMA

- **Dépistage précoce en milieu hospitalier** : à mettre en œuvre après la PEC du trauma, idéalement dans les premiers jours
- Infirmiers et autres professionnels non spécialisés en santé mentale peuvent administrer de manière fiable des dépistages brefs tels que ASC-Kids, CTSQ ou STEPP
- **Modèles de soins graduels** :
 - Dépistage universel pour tous les enfants exposés à un traumatisme
 - Interventions ciblées pour ceux à risque accru
 - Interventions indiquées pour ceux présentant des symptômes sévères
 - « Les résultats positifs doivent déclencher des voies de référence vers des spécialistes en santé mentale pédiatrique. »
- **Approche centrée sur la famille** : essentielle
 - Dépistage doit inclure l'évaluation de la détresse parentale et des expériences négatives de l'enfance (ACE)
 - Santé mentale parentale influence fortement la récupération de l'enfant.
 - Outils tels que STEPP et les questionnaires ACE peuvent être utilisés pour les parents.
 - Psychoéducation et le soutien émotionnel aux familles doivent être intégrés aux soins



Jasper, 6 ans

Karen et al. 2022
Ridings et al. 2023
Kassam-Adams et al. 2013
Winston et al. 2003
Forkey et al. 2021

OUTILS DE DÉPISTAGE

Outil	Âge cible	Type de répondant	Objectif principal	Contexte d'utilisation
ASC-Kids	8–17 ans	Enfant (auto-évaluation)	Dépistage du stress aigu	Phase aiguë et suivi
CTSQ	8–17 ans	Enfant (auto-évaluation)	Risque de TSPT	Post-trauma immédiat
STEPP	Enfant + Parent	Données combinées	Prédiction du TSPT	Soins hospitaliers initiaux
CSDC-SF	6–18 ans	Parent	Symptômes de stress	Enfant peu fiable en auto-évaluation
Young Child PTSD Screen	3–6 ans	Clinicien/Parent	Dépistage TSPT adapté au développement	Soins primaires et traumatologie
UCLA PTSD Reaction Index (Brief)	7+ ans	Enfant	Symptômes TSPT	Large utilisation en pédiatrie
Pediatric Traumatic Stress Screening Tool	7+ ans	Clinicien	Triple dépistage (TSPT, anxiété, dépression)	Soins primaires
Trauma Symptom Checklist for Children	8–18 ans	Enfant	Symptômes complexes	Évaluation comportementale
Child Behavior Checklist	1,5–18 ans	Parent	Comportement global	Évaluation élargie
Outils complémentaires (PSC, SDQ, PHQ-9, ASQ)	Variable	Parent/Clinicien	Santé mentale générale	Dépistage global

DÉPISTAGE: OBSTACLES ET FACILITATEURS

- Nécessité de former le personnel, d'intégrer le dépistage dans les flux de travail, d'allouer des ressources et d'adopter des modèles améliorés par la technologie (p. ex., dépistage électronique, suivi en télésanté)
- « L'investissement des dirigeants et des modèles de services durables sont nécessaires pour une mise en œuvre réussie. »
- Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour
 - Valider les outils de dépistage chez les très jeunes enfants et pour les présentations de traumatismes complexes, car les instruments actuels peuvent ne pas capturer pleinement le spectre des troubles liés au traumatisme développemental

Ridings et al. 2023
Scheeringa. 2019
Keeshin et al. 2020

DÉPISTAGE: LIMITATIONS ET EFFETS INDÉSIRABLES

- Limitation : niveau de développement cognitif et linguistique de l'enfant
- Difficulté à distinguer les symptômes de stress post-traumatique d'autres troubles fréquents comme le TDAH ou les troubles anxieux, ce qui peut entraîner des faux positifs ou des diagnostics erronés
- Plupart des outils sont conçus pour des enfants de 6 à 8 ans et plus, laissant un vide pour les enfants plus jeunes ou non verbaux
- **Effets indésirables** incluent
 - Risque de stigmatisation, d'anxiété accrue chez l'enfant ou la famille suite à un dépistage positif, et la possibilité de surcharger les ressources en santé mentale par des référencement excessifs, alors que la majorité des enfants ne développeront pas de trouble persistant
 - L'American College of Surgeons souligne que le *dépistage doit être vu comme un outil de triage et non comme un diagnostic*, et qu'un *dépistage positif doit être suivi d'une évaluation approfondie* par un professionnel de santé mentale

Karen et al. 2022

Scheeringa et al. 2019

Winston et al. 2003

ALTERNATIVES OU ADAPTATIONS SPÉCIFIQUES

- Dépistage pour les enfants très jeunes ou non verbaux repose principalement sur des outils d'hétéro-évaluation
 - Questionnaires remplis par les parents ou les soignants, adaptés au développement de l'enfant.
 - PEDS-ES (Pediatric Emotional Distress Scale – Early Screener)
 - Bonne sensibilité pour le repérage précoce du risque de PTSD chez les enfants de 2 à 6 ans après un traumatisme accidentel
 - Basé sur l'observation parentale des comportements émotionnels et comportementaux
 - Young Child PTSD Screen
 - Développé spécifiquement pour les enfants de 3 à 6 ans
 - Format bref et adapté
 - Bonnes propriétés de validité et de sensibilité
 - Études complémentaires nécessaires pour valider son usage à large échelle
- Pour les enfants de la naissance à 7 ans :
 - Manifestations comportementales pertinentes à rechercher :
 - Hypervigilance
 - Cauchemars
 - Régression
 - Attachement excessif



Yasmina

Kramer et al. 2013
Scheeringa et al. 2019
Danzi et al. 2024

APPROCHE FAMILIALE

- Recommandations de l'American Academy of Pediatrics et de l'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry soulignent l'importance d'une approche centrée sur la famille et la nécessité d'intégrer tous les membres, y compris les frères et sœurs, dans l'évaluation et le soutien après un traumatisme
- Traumatisme d'un enfant affecte profondément la dynamique familiale et peut générer des réactions de stress post-traumatique chez les parents et les frères et sœurs
- Sx de stress, d'anxiété ou de dépression peuvent se manifester de façon différée ou indirecte, et impacter leur développement émotionnel et comportemental
- Intégrer les principes de la prise en charge informée par le traumatisme:
 - Sécurité
 - Confiance
 - Choix
 - Collaboration
 - Empowerment.
- Évaluation doit inclure le dépistage des symptômes chez les parents et les frères et sœurs, ainsi que l'identification des facteurs de risque familiaux
 - (antécédents de traumatisme, vulnérabilité psychologique, ressources sociales limitées)



Élodie, 6 ans

Flynn-O'brien et al. 2025
Forkey et al. 2021
Spates et al. 2003
Marsac et al. 2016
AACAP. 2023

INTERVENTIONS FAMILIALES

- Doivent favoriser
 - Communication intra-familiale
 - Éducation sur les réactions normales au traumatisme
 - Accès à des ressources de soutien adaptées à chaque membre
 - Ex : groupes de parole pour la fratrie ou thérapie familiale
- Continuité du suivi et le soutien psychologique à long terme sont essentiels pour prévenir l'isolement, la détérioration des relations familiales et l'apparition de troubles psychiques secondaires
- Anticiper les tensions et les besoins spécifiques de la fratrie
 - Ex : réorganisation des rôles familiaux ou sentiment d'abandon
- Implication active de la famille
 - Parcours de soins
 - Coordination avec les services communautaires
 - Prise en compte des besoins culturels et linguistiques
 - Éléments clés pour optimiser la résilience et la récupération globale



Francesco

Forkey et al. 2021
Marsac et al. 2016
AACAP. 2023

PERSPECTIVE DÉVELOPPEMENTALE

- La compréhension développementale de la maladie et de la mort chez l'enfant influence de façon déterminante la prise en charge pédiatrique
- L'enfant acquiert progressivement les concepts d'irréversibilité, de finalité, d'inéluctabilité et de causalité de la mort, chacun ayant des implications cliniques majeures:
 - Une compréhension incomplète peut entraîner
 - Attentes irréalistes (ex. : attendre le retour du défunt)
 - Préoccupations somatiques (ex. : peur que le défunt souffre)
 - Sentiments de culpabilité liés à des pensées magiques
- L'adaptation psychologique et le deuil sont facilités par des explications adaptées au niveau cognitif de l'enfant, en évitant les euphémismes et en privilégiant un langage clair et factuel

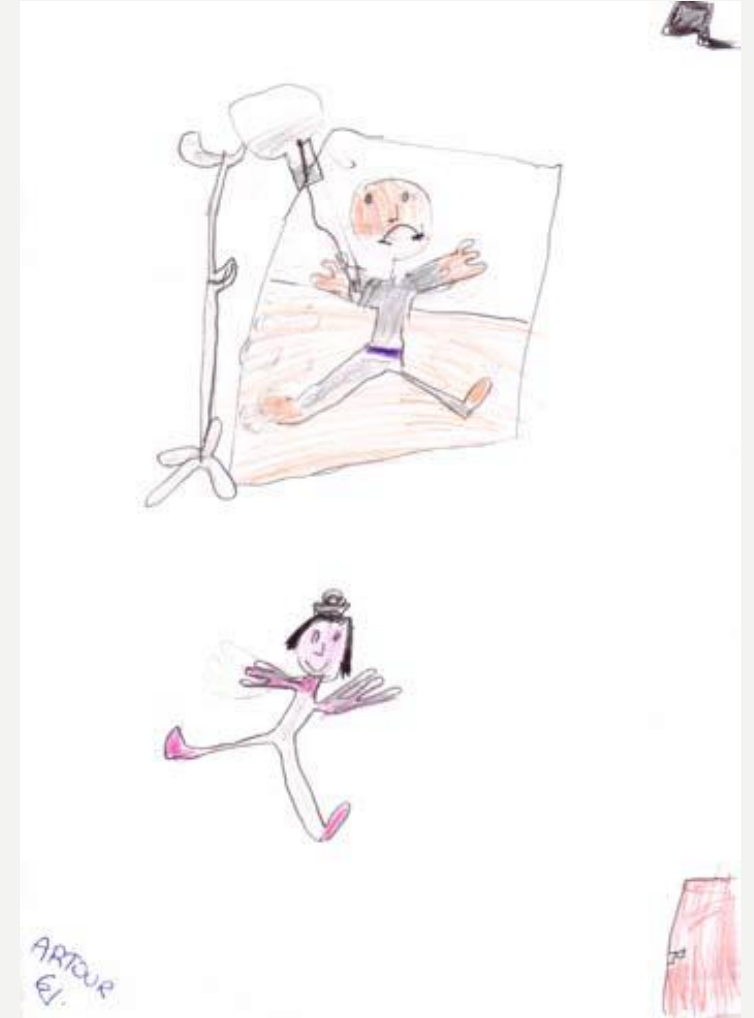
SITUATIONS PARTICULIÈRES

- Les enfants ayant des **troubles neurodéveloppementaux** nécessitent des **explications individualisées et une évaluation active de leur compréhension** pour prévenir les malentendus et les réactions comportementales atypiques
- Prise en charge optimale implique
 - Communication ouverte
 - Utilisation de supports expressifs (dessin, jeu, rituels)
 - Intégration des préférences familiales et culturelles
- Lorsqu'approprié : engagement précoce des soins palliatifs pédiatriques et accompagnement du deuil pour améliorer la qualité de vie et l'ajustement familial
 - Recommandés par l'American Academy of Pediatrics
 - Programmes structurés disponibles
 - Family Bereavement Program et la Grief and Trauma Intervention
 - Bénéfices démontrés sur l'adaptation émotionnelle, en particulier chez les enfants présentant une détresse initiale élevée

Schonfeld et al. 2024
Linebarger et al. 2022
Weaver et al. 2023

INTERVENTIONS AUPRÈS DU PATIENT

- Interventions éducatives et communicationnelles efficaces :
 - Utilisation de supports visuels
 - Jeu symbolique
 - Encouragement à poser des questions
 - Accompagnement dans la création de souvenirs lorsqu'approprié
- Chez l'adolescent, favoriser
 - Autonomie
 - Accès aux pairs
 - Discussion sur le sens et les valeurs



Artour, 6 ans

APPROCHE SENSIBLE AU DÉVELOPPEMENT

Âge	Développement cognitif/émotionnel	Concept de la mort	Interventions spécifiques validées
0-2 ans (Nourrisson)	Sensorimoteur, dépendant	Séparation/abandon	Maximiser le confort sensoriel, objets familiers, routine stable
2-6 ans (Petite enfance)	Préopératoire, pensée magique	Mort réversible, assimilée au sommeil	Maintenir routines, langage simple, corriger idées fausses, supports créatifs, implication des proches
7-12 ans (Enfance)	Pensée concrète, logique	Mort irréversible, personnelle, imprévisible	Réponses factuelles, validation des émotions, maintien des activités ludiques, soutien parental
13+ ans (Adolescence)	Pensée abstraite, identité, autonomie	Mort universelle, personnelle, abstraite	Favoriser l'autonomie, accès aux pairs, soutien à l'expression émotionnelle, interventions structurées (CBT, etc)

Weaver et al. 2023
Kentor et Kaplow. 2020
Stein et al. 2019

INTERVENTIONS ET EFFETS À LONG TERME

- Les interventions validées apportent des bénéfices à long terme sur l'adaptation et le vécu des enfants, surtout lorsqu'elles sont ciblées, développementales et intégrées dans une approche familiale et multidisciplinaire

Stade développemental	Interventions validées	Effets à long terme
Petite enfance (2-6 ans)	Supports créatifs, routines, communication adaptée	Réduction modérée des symptômes internes, amélioration du bien-être familial
Enfance (7-12 ans)	Thérapies cognitivo-comportementales, programmes familiaux, art-thérapie	Effets modestes à modérés sur l'adaptation émotionnelle, maintien jusqu'à 12 mois
Adolescence (13-18 ans)	Interventions centrées sur l'autonomie, expression émotionnelle, communication ouverte	Amélioration soutenue de la résilience, qualité de vie, adaptation psychosociale
Tous âges	Formation des soignants à la communication, interventions familiales	Amélioration des comportements des soignants, bénéfices familiaux, impact direct à préciser

Kentor et Kaplow. 2020
Kibby et al. 1998
Safariard. 2025
Dalton. 2019
Zhao et al. 2024

Oja et al. 2020
Stein et al. 2019
Piette et al. 2021
Yamaji et al. 2025

SANTÉ MENTALE DES ÉQUIPES SOIGNANTES

- Exposition répétée des équipes soignantes aux traumatismes pédiatriques comporte un risque élevé de **fatigue de compassion**, de **burnout** et de **stress traumatique secondaire**.
- Ces phénomènes sont associés à
 - Diminution de la qualité des soins
 - Augmentation des erreurs médicales
 - Altération de la relation soignant-soigné
- La vulnérabilité des professionnels est accrue par leur engagement à protéger les enfants (American Academy of Pediatrics)



Estelle, 12 ans

Forkey et al. 2021
Marsac et al. 2016

SANTÉ MENTALE DES ÉQUIPES SOIGNANTES

- Stratégies recommandées pour prévenir l'épuisement professionnel et maintenir la qualité des soins
 - Formation des équipes à la reconnaissance des signes de stress traumatique secondaire
 - Mise en place de dispositifs de soutien psychologique
 - Promotion de la résilience individuelle et collective
 - Adaptation de l'organisation du travail pour limiter l'exposition répétée aux situations les plus éprouvantes
 - Éducation sur le traumatisme
 - Accès à des ressources de soutien
 - Création d'une culture institutionnelle ouverte à l'expression des difficultés
- La santé mentale des équipes soignantes a un impact direct sur la sécurité et la qualité de la prise en charge des enfants ayant vécu un trauma, et doit être considérée comme une priorité institutionnelle au même titre que la santé des patients



Sara, 9 ans

Cocanour et al. 2019
Marsac et al. 2016

FORMES DE DÉTRESSE PROFESSIONNELLE EN SOINS DE SANTÉ

Concept	Caractéristiques principales	Symptômes typiques
Fatigue de compassion	Diminution de la capacité à ressentir ou exprimer de l'empathie ; lassitude face à la souffrance ; évitement émotionnel	Perte d'empathie, détachement émotionnel, irritabilité, sentiment d'impuissance
Stress traumatique secondaire	Réaction à l'exposition indirecte à des traumatismes (patients) ; similaire au TSPT	Cauchemars, flashbacks, hypervigilance, détresse émotionnelle persistante
Burnout	Épuisement professionnel lié à la surcharge et au stress chronique ; perte d'intérêt pour le travail	Baisse de performance, erreurs médicales, isolement, altération des relations

Cocanour et al. 2019
Marsac et al. 2016
McClafferty et al. 2022
Duffee et al. 2021
Park et al. 2025

STRATÉGIES POUR LES SOIGNANTS

- Pour réduire l'isolement et favoriser la résilience
 - Promotion du travail en équipe
 - Organisation de temps d'échange sur les succès et les difficultés
 - Amélioration de l'efficacité des pratiques cliniques
 - Auto-surveillance régulière des symptômes à l'aide d'outils validés
 - Confidentialité des démarches
 - Accès à des programmes de soutien psychologique
 - Essentiels pour permettre une prise en charge précoce sans stigmatisation
- Sur le plan individuel, l'American Academy of Pediatrics recommande la promotion du *self-care* :
 - Repos suffisant
 - Activité physique
 - Alimentation saine
 - Pratique de méditation ou de pleine conscience
 - Maintien d'une distance professionnelle adaptée



Margaux, 6 ans

Forkey et al. 2021
McClafferty et al. 2022

RÉFÉRENCES:



Gabrielle, 10 ans

1. AACAP. Clinical Update: Child and Adolescent Behavioral Health Care in Community Systems of Care. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2023;62(4):367-384.
2. Cocanour CS, Burd, RS, Davis JW, et al Best Practices Guidelines for Trauma Center Recognition of Child Abuse, Elder Abuse, and Intimate Partner Violence. American College of Surgeons (2019)
3. Conversano C, Cioachini R, Ormù G, et al. Mindfulness, Compassion, and Self-Compassion Among Health Care Professionals: What's New? A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*. 2020;11:1683.
4. Dalton L, Rapa E, Ziebland S, et al. Communication With Children and Adolescents About the Diagnosis of a Life-Threatening Condition in Their Parent. *Lancet (London, England)*. 2019;393(10176):1164-1176.
5. Danzi BA, Knowles EA, Kelly JT. Improving Posttraumatic Stress Disorder Assessment in Young Children: Comparing Measures and Identifying Clinically-Relevant Symptoms in Children Ages Six and Under. *Scientific Reports*. 2024;14(1):19179.
6. De Young AC, Paterson RS, Brown EA, et al. Topical Review: Medical Trauma During Early Childhood. *Journal of Pediatric Psychology*. 2021;46(7):739-746.
7. Duffee J, Szilagyi M, Forkey H, Kelly ET. Trauma-Informed Care in Child Health Systems. *Pediatrics*. 2021;148(2):e2021052579.
8. Flannery DJ, Tossone K, Kretschmar J, Butcher F, Singer MI. Examination of a New Brief Screener to Measure Trauma Symptoms and Violence Exposure Among Young Children. *Violence and Victims*. 2019;34(5):733-751.
9. Flynn-O'Brien KT, Srinivasan V, Fallat ME. Systems-Based Care of the Injured Child: Technical Report. *Pediatrics*. 2025;:e2025072721.
10. Forkey H, Szilagyi M, Kelly ET, Duffee J. Trauma-Informed Care. *Pediatrics*. 2021;148(2):e2021052580.
11. Himelstein BP, Hilden JM, Boldt AM, Weissman D. *Pediatric Palliative Care*. *The New England Journal of Medicine*. 2004;350(17):1752-62.
12. Karen J. Brasel MD MPH, Terri A. deRoos-Cassini PhD MS, Andrew Bernard MD FACS, et al Best Practices Guidelines Screening And Intervention For Mental Health Disorders And Substance Use And Misuse In The Acute Trauma Patient. American College of Surgeons (2022)
13. Kassam-Adams N, Marsac ML, Hildenbrand A, Winston F. Posttraumatic Stress Following Pediatric Injury: Update on Diagnosis, Risk Factors, and Intervention. *JAMA Pediatrics*. 2013;167(12):1158-65.
14. Keeshin BR, Monson ET, Abdulahad L, et al. *Pediatric Traumatic Stress in Primary Care*. *Pediatrics*. 2025;:e2025073183.
15. Kentor RA, Kaplow JB. Supporting Children and Adolescents Following Parental Bereavement: Guidance for Health-Care Professionals. *The Lancet. Child & Adolescent Health*. 2020;4(12):889-898.
16. Kibby MY, Tyc VL, Mulhern RK. Effectiveness of Psychological Intervention for Children and Adolescents With Chronic Medical Illness: A Meta-Analysis. *Clinical Psychology Review*. 1998;18(1):103-17.
17. Kramer DN, Hertli MB, Landolt MA. Evaluation of an Early Risk Screener for PTSD in Preschool Children After Accidental Injury. *Pediatrics*. 2013;132(4):e945-51.
18. Kunzler AM, Helmreich I, Chmitorz A, et al. Psychological Interventions to Foster Resilience in Healthcare Professionals. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2020;7:CD012527.
19. Lang JM, Connell CM, Macary S. Validating the Child Trauma Screen Among a Cross-Sectional Sample of Youth and Caregivers in Pediatric Primary Care. *Clinical Pediatrics*. 2021;60(4-5):252-258.
20. Li ACM, Chio FHN, Mak WWS, et al. Compassion Fatigue, Compassion Satisfaction and Mindfulness Among Healthcare Professionals: A Meta-Analysis of Correlational Studies and Randomized Controlled Trials. *Social Science & Medicine (1982)*. 2025;367:117749.
21. Lowe J, Griffiths S. Residue and Resilience: Understanding and Addressing Post-Traumatic Stress Disorder, Compassion Fatigue, Moral Injury, and Burnout in Emergency Medicine. *The Journal of Emergency Medicine*. 2025;77:14-20.

RÉFÉRENCES:



Kévin

22. Marsac ML, Kassam-Adams N, Hildenbrand AK, et al. [Implementing a Trauma-Informed Approach in Pediatric Health Care Networks](#). *JAMA Pediatrics*. 2016;170(1):70-7.
23. Marsac ML, Kindler C, Weiss D, Ragsdale L. Let's Talk About It: Supporting Family Communication During End-of-Life Care of Pediatric Patients. *Journal of Palliative Medicine*. 2018;21(8):862-878.
24. McClafferty HH, Hubbard DK, Foradori D, et al. Physician Health and Wellness. *Pediatrics*. 2022;150(5):e2022059865.
25. Park H, Kim H, Kim H. [A Scoping Review of Secondary Traumatic Stress in Nurses Working in the Emergency Department or Trauma Care Settings](#). *Journal of Advanced Nursing*. 2025
26. Piette V, Beernaert K, Cohen J, et al. [Healthcare Interventions Improving and Reducing Quality of Life in Children at the End of Life: A Systematic Review](#). *Pediatric Research*. 2021;89(5):1065-1077.
27. Ridings LE, Espeleta HC, Litvitskiy N, et al. Behavioral Health Screening and Follow-Up Services in Pediatric Trauma Centers Across the United States. *Journal of Pediatric Psychology*. 2023;48(11):960-969.
28. Rushforth A, Durk M, Rothwell-Blake GAA, et al. [Self-Compassion Interventions to Target Secondary Traumatic Stress in Healthcare Workers: A Systematic Review](#). *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023;20(12):6109.
29. Safarifar R, Kieman G, Corcoran Y, et al. Memory-Making Interventions for Children With Life-Threatening or Life-Limiting Conditions and Their Families: A Systematic Review of Evidence and Implications for Practice. *Palliative Medicine*. 2025.
30. Scheeringa MS. [Development of a Brief Screen for Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder in Young Children: The Young Child PTSD Screen](#). *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics : JDBP*. 2019 Feb/Mar;40(2):105-111.
31. Spates CR, Waller S, Samaraweera N, Plaisier B. [Behavioral Aspects of Trauma in Children and Youth](#). *Pediatric Clinics of North America*. 2003;50(4):901-18.
32. Schonfeld DJ, Demaria T, Nasir A, Kumar S. Supporting the Grieving Child and Family: Clinical Report. *Pediatrics*. 2024;154(1):e2024067212.
33. Stein A, Dalton L, Rapa E, et al. Communication With Children and Adolescents About the Diagnosis of Their Own Life-Threatening Condition. *Lancet (London, England)*. 2019;393(10176):1150-1163.
34. Ulas S, Sezer İ. [Secondary Traumatic Stress and Burnout in Healthcare Professional: Systematic Review and a Meta-Analysis Based on Correlation Coefficient](#). *Scientific Reports*. 2025;15(1):34680.
35. Weaver MS, Nasir A, Lord BT, Starin A, Linebarger JS. Supporting the Family After the Death of a Child or Adolescent. *Pediatrics*. 2023;152(6):e2023064426.
36. Winston FK, Kassam-Adams N, Garcia-España F, Ittenbach R, Cnaan A.
37. [Screening for Risk of Persistent Posttraumatic Stress in Injured Children and Their Parents](#). *JAMA*. 2003;290(5):643-9.
38. Yamaji N, Suzuki D, Sasayama K, et al. Training Programs in Communication Skills for Healthcare Professionals Caring for Children With Life-Limiting and Life-Threatening Conditions and Their Families: [A Systematic Review of Healthcare Professionals' Behavioral Impact and Children's Health Outcomes](#). *Palliative Medicine*. 2025;39(3):358-372.
39. Yehene E, Asherman A, Goldzweig G, Simana H, Brezner A. [Secondary Traumatic Stress Among Pediatric Nurses: Relationship to Peer-Organizational Support and Emotional Labor Strategies](#). *Journal of Pediatric Nursing*. 2024 Jan-Feb;74:92-100.
40. Zhao S, Xiao J, Liu J, et al. Interventions to Improve Illness-Related Communication Between Cancer Patients and Their Minor Children: [A Systematic Review](#). *International Journal of Nursing Studies*. 2024;160:104910.

MERCI!

DES QUESTIONS?

ANABEL.CARMEL.MED@SSSS.GOUV.QC.CA



Stéphanie, 13 ans