

Florence Askenazy
Avec la collaboration de Morgane Gindt

Le Psychotrauma de l'enfant

FIRST
ÉDITIONS

Ouvrage publié sous la direction éditoriale
de Aurèle Cariès et Marcel Rufo

© Éditions First, un département d'Édi8, 2023

Le Code de la propriété intellectuelle interdit les copies ou reproductions destinées à une utilisation collective. Toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite par quelque procédé que ce soit, sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants cause, est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

ISBN : 978-2-412-08773-2

Dépôt légal : avril 2023

Imprimé en France

Relecture : Anne Bazaugour

Mise en pages : Nord Compo

Éditions First

92, avenue de France, 75013 Paris

Tél. : 01 44 16 09 00

E-mail : fristinfo@efirst.com

Site internet : www.editionsfirst.fr

*Ce livre est dédié
à la mémoire de Mme Françoise Rudetzki
et de toutes les victimes d'attentat.*

Introduction

La mort imminente

Je travaille à l'hôpital Lenval. C'est l'hôpital de soins pédiatrique et pédopsychiatrique universitaire de Nice. Depuis des années, je reçois en consultation des enfants et des adolescents en souffrance psychologique. Des situations relativement simples aux cas les plus graves de maltraitance et d'agression, le spectre est très large, des tout-petits aux plus grands, et leurs parents. Soigner et aider à la réparation du psychisme en collaboration avec les services hospitaliers et sociaux nourrissent depuis toujours mon engagement de pédopsychiatre et de psychanalyste.

Dans la sphère familiale, intime ou dans la vie de tous les jours, trop d'enfants et d'adolescents subissent un choc émotionnel dénommé psychotrauma : la peur qui saisit et paralyse, l'effroi, le ressenti d'un danger inconnu, l'angoisse soudaine de mourir. L'agression a frappé au-delà du visible. Des psychotraumatismes provoquant des réactions, des perturbations psychiques importantes et parfois extrêmement envahissantes sont diagnostiqués. Même si, et bien heureusement, depuis quelques années la parole se libère, le psychotrauma et ses troubles associés font l'objet de nombreuses demandes de consultation.

Expliquer les conséquences d'un tel choc, donner à comprendre ses mécanismes, informer est ce que nous pouvons faire de mieux pour prévenir des maladies. En tant qu'universitaire engagée, mes recherches sur le psychotrauma sont le fruit de mon parcours professionnel et académique. L'étude de cette thématique est extrêmement complexe. C'est un sujet qui me tient à cœur

et j'ai décidé de consacrer une part importante de mon travail à le comprendre pour aider les personnes qui en sont victimes.

En 2016, la vie a précipité les choses, les événements auxquels moi-même et mes collègues avons été confrontés au sein de l'hôpital Lenal m'ont fait prendre conscience de la gravité de la situation. J'ai senti qu'il me fallait répondre, être utile, ici, de façon urgentissime.

Le traumatisme collectif, l'effroi de l'attentat du 14 juillet 2016 a détruit des familles, a terrorisé des bébés, des enfants, des parents et a produit une onde de choc d'une violence inouïe sur la population. Le psychotraumatisme a fauché, fracturé les personnes les plus exposées. Il est aussi venu ébranler un peu plus les personnes fragiles ou victimes d'un psychotrauma antérieur. La menace extérieure devient une menace intérieure qui hante les victimes. Le contexte anxigène, relayé par les médias dans les foyers ou sur les smartphones de chacun, se transforme rapidement en une oppression intérieure qui conduit à des expressions multiples et variées. Adultes et enfants la reçoivent malgré eux.

Aussi la forme et l'intensité des symptômes liés au psychotrauma varient, elles sont modulées par d'autres facteurs intrinsèques à la personne elle-même. La conséquence la plus étudiée actuellement par les scientifiques au niveau international est le trouble de stress post-traumatique (TSPT) mais dans la réalité, elle est loin d'être la seule. L'urgence sanitaire est de le souligner et de mettre en œuvre les réponses hospitalières. L'expérience que je relate dans cet ouvrage, étayée des études internationales sur le psychotrauma et ses conséquences ainsi que des premiers résultats des études françaises réalisées par le centre pédiatrique du psychotraumatisme de Nice (centre Simone Veil), nous montre que venir en aide à la détresse de la personne le plus vite possible

après l'événement, quelle qu'en soit la cause, réduit sensiblement les conséquences du psychotrauma. Car ce dernier peut provoquer des difficultés à continuer sa vie comme avant, et des symptômes plus ou moins importants apparaissent. Tous les êtres humains, de tout âge, sont concernés : les enfants, les bébés, les femmes enceintes, les adultes, les adolescents, les personnes avec handicap quelle que soit leur histoire, leur vulnérabilité.

La science s'intéresse à la question fondamentale de savoir pourquoi certaines personnes vont développer des troubles et d'autres pas et pourquoi encore certains vont manifester des signes plus sévères que d'autres. On sait depuis longtemps que les événements traumatiques modifient en profondeur la façon dont un humain peut faire face ensuite à ses émotions. De nouvelles pistes émergent, comme celle de l'épigénétique qui est l'étude, non du génome encore immuable, mais de l'expression de ce dernier qui semble pouvoir être modulé par un événement et modifier des trajectoires individuelles sur plusieurs générations.

Face à la reconnaissance du psychotraumatisme, aux violences extrêmes en tout genre, aux fléaux qui menacent de plus en plus vite le monde actuel, il est temps d'alerter sur les risques qu'encourent ces enfants qui vont construire la société de demain. Notre société a un rôle majeur à jouer pour prévenir l'apparition des troubles secondaires au psychotraumatisme ou favoriser par la suite un environnement qui va aider les enfants et les familles à trouver la voie de la reconstruction. Donnons la parole aux enfants, aidons-les à mettre des mots sur l'impensable, l'incompréhensible, l'inhumain, les traumatismes insoutenables qu'ils ont vécus. Accompagnons-les le temps nécessaire à leur reconstruction et à la réappropriation de leur histoire.

Les études menées sur les patients victimes de l'attentat de Nice nous ont permis de mieux comprendre et soigner la souffrance psychologique d'une personne victime d'une telle agression. Rappelons les faits. Le 14 juillet 2016 à Nice, sur la promenade des Anglais et après le traditionnel feu d'artifice, un terroriste au volant d'un camion poids lourd de 19 t fonce à 80 km/h dans la foule. Il cause la mort de 86 personnes dont 15 enfants et adolescents, fait près de 500 blessés et des milliers de traumatisés psychiques dont il restera difficile de faire le compte.

Le 14 juillet 2016 fait date dans l'histoire du terrorisme en France. Jamais un attentat n'avait pris pour cible une foule de près de 30 000 personnes rassemblées en famille avec un nombre important de bébés, d'enfants et d'adolescents ainsi que des femmes enceintes. Au soir de sa fête nationale, c'est l'ensemble d'un pays qui est visé, et la cinquième ville de France, Nice, ville frontière ouverte sur la Méditerranée depuis l'Antiquité. Elle est marquée par des émigrations multiples et anciennes dont, au ^{XX}^e siècle, les vagues migratoires venues d'Italie mais aussi de toute l'Europe et du pourtour méditerranéen. Ici coexistent aujourd'hui de nombreuses familles de rapatriés d'Algérie et une importante communauté musulmane. Sur la promenade des Anglais, ce 14 juillet, elles ont été volontairement attaquées par le camion que conduisait Mohamed Lahouaiej-Bouhlel. Nice est aussi une ville de tourisme international et, ce soir-là, de nombreuses personnes de plus de 30 nationalités différentes étaient présentes.

L'attaque débute à 22 h 30 environ. Le camion blanc s'engouffre sur la promenade des Anglais et engage une course folle, fauchant les personnes qui marchent sur le trottoir situé le long de la plage, d'une distance de plus de 1,5 km. L'épicentre de l'attaque se situe proche du célèbre hôtel *Negresco*. Ce soir-là,

la promenade des Anglais est bondée, les spectateurs du feu d'artifice sont aussi sur la plage et aux fenêtres des immeubles et des hôtels. Se produit alors dans la rue un immense mouvement de panique. Les personnes courent vers le centre de la ville, se réfugient dans les bars, les restaurants, les hôtels, les boutiques, la mairie, les portes cochères des immeubles. Elles y restent confinées une grande partie de la nuit, recevant des informations par les réseaux sociaux, pour la plupart erronées, faisant état par exemple de multiples attaques dans la ville. L'état de stress aigu et de panique est à son maximum. Des jeunes perdent de vue leurs parents, des familles sont séparées. Depuis la promenade des Anglais, des personnes, leurs enfants dans les bras, sautent la balustrade surplombant la plage, se blessant lourdement.

Le camion est stoppé par les policiers à 22 h 50, l'attaque a duré vingt minutes. Certaines personnes sont témoins de la fusillade, le reste de la foule qui se situe dans ce périmètre a entendu les coups de feu et les sirènes de la police. Puis, sidérés, choqués, ils repartent à pied vers leur domicile ou leur véhicule en longeant la Promenade. Avec eux, dans leurs bras ou dans des poussettes, des enfants parfois tout petits, exposés aux scènes sanglantes des victimes gisant au sol.

C'est au total plus d'une dizaine de milliers de personnes qui ont été témoins ou qui ont subi directement l'attaque. Les personnes présentes sur la Promenade ont entendu et vu le camion se précipiter sur eux, rouler sur les gens et projeter des corps. Ces images vécues et entendues ont été d'une rare violence. Rarement on avait assisté à un acte d'une telle barbarie en Europe, impliquant une foule de toutes nationalités et religions, de tous âges, des bébés comme des vieillards, de toutes les classes sociales, un soir de fête et de vacances, dans un pays en paix.

Il est 23 heures... Spontanément et immédiatement, les parents viennent par leurs propres moyens aux urgences pédiatriques de l'hôpital Lenval, portant les enfants dans les bras, les transportant parfois dans les coffres des voitures. Dans les premières minutes, l'afflux des victimes doit être géré en direct, c'est-à-dire sans le passage par un poste médical avancé. L'hôpital Lenval reçoit au cours des deux premières heures 44 patients *via* les urgences pédiatriques, dont 32 enfants qui nécessitent l'intervention immédiate des réanimateurs, chirurgiens et radiologues. 13 sont en risque vital et 7 doivent bénéficier immédiatement de soins en réanimation pédiatrique. 6 enfants décèdent pendant les premiers soins à l'hôpital.

Le plan blanc¹ est déclenché vingt minutes après le début de l'attaque et l'équipe pluridisciplinaire est opérationnelle dans l'heure qui suit. Elle s'installe dans les consultations pédiatriques en dehors des urgences afin de créer un espace calme pour les victimes. Dès le début de la nuit, chaque membre de l'équipe prend connaissance de son rôle et de ses responsabilités².

Dès les premières consultations, l'équipe pressent l'ampleur du traumatisme que vient de vivre la ville. Emmanuelle Guesnier³, cadre de santé, elle-même ayant vécu à Alger pendant la guerre, rapporte très justement l'atmosphère de cette nuit-là : « Familles hagardes, mères en pleurs, boules de chair que l'on vient d'amputer d'une part d'elles-mêmes. » Des touristes se retrouvent

¹ Le plan blanc comprend une cellule d'urgence qui représente tous les différents services de l'hôpital ainsi que des professionnels qui ont été formés spécifiquement pour faire face à de tels événements. 120 personnes ont été mobilisées dans le cadre du plan blanc à l'hôpital Lenval le soir du 14 juillet 2016.

² L'équipe était composée de quatre pédopsychiatres, deux cadres infirmiers, deux infirmières, un psychologue et une secrétaire. Une pédopsychiatre et un interne en psychiatrie sont restés en poste aux urgences pédiatriques.

³ Guesnier, E., « Le regard d'un cadre de santé sur l'organisation des soins le 14 juillet 2016, soir de l'attentat de Nice », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2017, 65(5), 278-280.

en quelques secondes orphelins, veufs, des parents attendant anxieusement le résultat d'une intervention chirurgicale. De 23 h 30 à 5 heures du matin, c'est un défilé incessant d'êtres humains brisés racontant l'horreur : le choc des corps contre les roues du camion, la douleur de n'avoir pas pu protéger un fils, un petit frère. C'est une jeune mère qui compte inlassablement sur ses doigts les membres de sa famille dispersée pour vérifier lequel manque... Ce n'est plus qu'un immense brouhaha douloureux des corps blessés et mutilés et des psychismes meurtris. « Loin du chaos extérieur qui va se poursuivre jusqu'au bout de la nuit, sur le bord de mer, dans cet espace clos, comme hors du temps, nous tentons d'organiser un espace contenant permettant au mieux l'attente et le soin¹. »

Ma première préoccupation est alors de procurer un cadre *secure* aux victimes et aux professionnels, contrepoin de bruit et de la fureur venus du dehors : donner des informations claires, contenir la détresse individuelle et organiser une prévention efficace pour les enfants ou leurs parents présentant une réaction intense au traumatisme. J'ai conscience de la nécessité immédiate de redonner de la continuité dans le chaos, de réhumaniser la relation qui a été attaquée brutalement par l'effroi suscité par la terreur et la violence de l'attaque.

Répondre à la détresse, à la peur, à l'angoisse, parfois à la confusion et à la désorganisation, à l'épreuve de la solitude, s'est imposé à moi. Retisser avec toutes ces personnes un lien d'humanité, apporter ma connaissance de la relation humaine et plus simplement un soutien devant ce spectacle d'une altérité blessée. Cette nuit-là, et dans les jours, les mois puis les années qui ont suivi, c'est toute ma capacité de psychiatre d'enfant et

¹ *Ibid.*

d'adolescent, de psychanalyste mais aussi de chercheur et d'universitaire que je tente de mettre à disposition des victimes qui viennent à ma rencontre.

C'est aussi au cours de cette première nuit que je suis confrontée à des demandes et des pratiques nouvelles, hors du cadre habituel de mon travail : aider des parents à retrouver leur enfant, un mari à retrouver son épouse, prendre soin des autres membres de la famille, les frères, sœurs, cousins, grands-parents. Parmi les moments les plus complexes, les annonces de la mort d'un être cher ont été les plus intenses et les plus sollicitantes émotionnellement.

Parmi les premières personnes que nous rencontrons, il y a des adultes. Ils sont venus directement, ont traversé la promenade des Anglais et sont rentrés dans l'hôpital pour se protéger, d'autres sont les parents des enfants qui ont été conduits aux urgences pédiatriques. Certains cherchent un enfant ou un proche, ils ont une photo, un objet, un doudou à la main auquel ils s'agrippent. Ils s'entassent dans la salle d'attente que les cadres de santé ont très vite aménagée. Apporter de la nourriture sucrée, des jouets pour les petits, des boissons chaudes, tous ces petits riens du « prendre soin » revêtent alors une importance primordiale. Organiser l'espace pour préserver l'intimité, proposer des premiers soins corporels sont autant de gestes qui protègent.

La première personne que je reçois raconte le récit du traumatisme que je découvre au fur et à mesure avec elle. Nous nous installons dans un bureau de consultation en face à face, comme je le ferai habituellement. C'est tout à fait particulier car dans les situations d'urgence, les médecins des cellules médico-psychologiques d'urgence reçoivent les victimes souvent dans des lieux improvisés, de fortune.

C'est une jeune femme d'une trentaine d'années, d'origine maghrébine. Elle a assisté au tout début de la course folle du camion, elle se promenait avec une amie et ses enfants. Son amie a été subitement emportée. « Il reste une tache grenat sur le sol de la Promenade », me dit-elle. Tout son être tremble. Je prends le temps d'aller vers elle. Je la regarde doucement, je pose ma main sur la sienne, premier contact corps à corps, dans le silence. Le temps semble long. Une infirmière est avec moi. Que se passe-t-il dans sa tête ? Elle reste là sans bouger, calme, comme pour restaurer une enveloppe après le bruit et la fureur qui viennent de se produire il y a quelques minutes encore, juste à quelques pas, à l'extérieur. Puis elle commence à raconter. Il n'est pas possible d'interrompre le récit. Elle se nomme Samira. C'est le terroriste qui est entré en elle. Un monstre terrifiant. « J'ai vu le camion arriver par la rue Lenal, tout de suite j'ai compris qu'il allait se passer quelque chose. Je me suis demandé pourquoi une livraison au moment du feu d'artifice. Ce n'était pas normal, il n'y avait pas de raison pour qu'il y ait une livraison à cette heure-là. » Samira me rapporte toutes ses pensées dans cet espace de temps très court. « J'étais étonnée alors je l'ai regardé, j'ai su avant que cela ne commence. Dans l'instant où je l'ai vu, il m'a regardée dans les yeux, j'ai vu ses yeux. Il m'a souri et alors, pour me braver, il a foncé sur mon amie et sur ses enfants. » Samira a plongé son regard dans celui de Médusa, la mythique Gorgone qui pétrifie tous ceux qui croisent son regard, c'est la mort dans les yeux, selon les mots de Jean-Pierre Vernant¹. Samira parle vite, elle raconte tous les détails. Elle revit la scène dans son corps qui tremble et s'agite. Elle s'essouffle, son cœur bat très fort. Tout s'emballe. Il fait très chaud, le ventre fait mal, le nôtre aussi. Nous accueillons ce récit de l'inhumain, de

¹ Jean Pierre Vernant, *La Mort dans les yeux. Figure de l'Autre en Grèce ancienne*, Paris, Hachette, 1985.

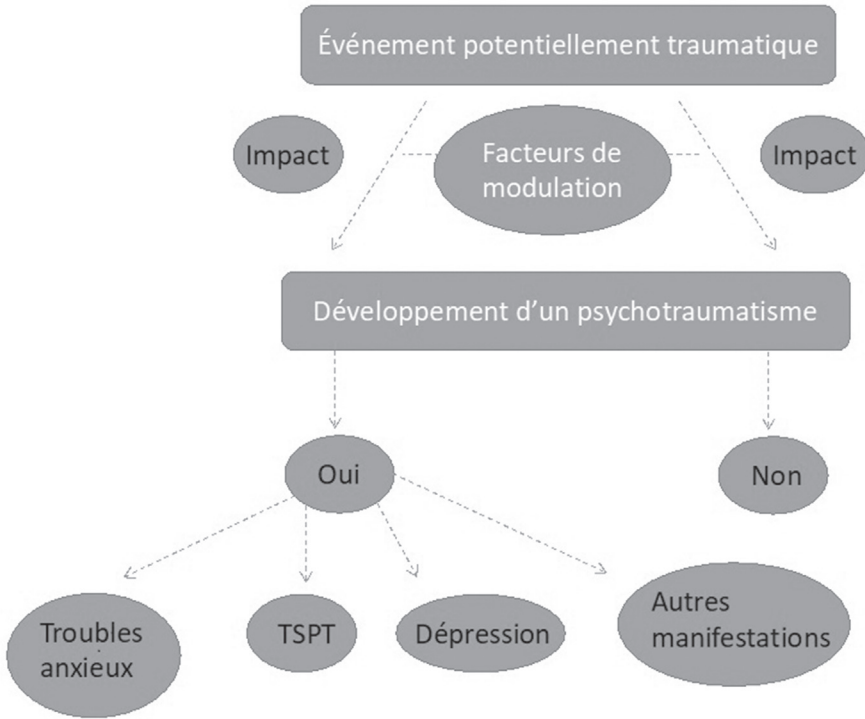
Chapitre 1

Du psychotrauma au trouble de stress post-traumatique

Un événement d'une grande violence comme un accident de voiture, un incendie ou une agression ne conduit pas toujours à un psychotraumatisme. C'est pourquoi l'événement est qualifié de « potentiellement traumatique ». Que celui-ci conduise à un psychotraumatisme dépend de nombreux facteurs qui modulent la réponse de la personne à la violence de la réalité.

Dans ce livre, je propose d'étudier le psychotraumatisme de l'enfant et ses conséquences cliniques, c'est-à-dire les manifestations comportementales et psychiques que subit un enfant après avoir vécu un événement traumatique. En médecine somatique, un accident entraîne parfois une fracture (par exemple, un bras cassé dans une chute de vélo), cette fracture peut être variée : transversale, oblique, spiroïde, etc. De manière analogue, dans notre discipline, l'événement potentiellement traumatique peut être à l'origine du psychotraumatisme et prendre de nombreuses formes, dont la plus connue est le trouble de stress post-traumatique (TSPT) qui sera défini plus loin dans ce chapitre.

Le schéma ci-dessous résume de façon concise le développement des complications suite à un événement potentiellement traumatique.



Le psychotrauma de l'enfant

Même si les premières descriptions du psychotrauma remontent à l'Antiquité (*L'Illiade*, la bataille de Marathon décrite par Hérodote), l'intérêt porté aux conséquences des traumatismes sur la santé mentale et encore plus sur celle de l'enfant date de la deuxième partie du XX^e siècle. Il est probable que l'ampleur des violences vécues par les populations à travers deux guerres mondiales puis des guerres sur plusieurs continents ait contribué à cela. Il en va malheureusement de même pour le XXI^e siècle qui, depuis le choc du 11 septembre 2001, inflige un flux de traumatismes et crée une société trauma.

Il est indispensable de se préoccuper avec beaucoup d'attention du devenir des enfants qui ont subi des psychotraumatismes, d'être capable de reconnaître les symptômes même chez les tout-petits. Plus leur prise en charge sera précoce, meilleure sera l'évolution de l'enfant et de son développement.

La construction du trouble de stress post-traumatique

Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) occupe une place centrale dans la recherche clinique internationale sur le psychotraumatisme. Il décrit une constellation de symptômes qui varient en fonction de l'âge de l'enfant et de sa période de développement. Il existe un débat important autour du TSPT, considéré par certains comme réducteur de la pensée du clinicien, mais qui reste incontournable. Dans ce chapitre, je m'efforcerai de rendre compréhensibles l'intérêt et les limites du TSPT sans entrer dans le débat entre ceux qui plaident pour une clinique subjective fondée sur l'avis du clinicien et les défenseurs du DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) publié par l'American Psychiatric Association, qui propose une psychiatrie basée sur les preuves et l'efficacité.

Les travaux d'Anna Freud

Les premiers travaux sur le psychotrauma de l'enfant sont nés en Grande-Bretagne grâce au travail d'Anna Freud et Dorothy Burlingham pendant la Seconde Guerre mondiale. Anna est la troisième fille de Sigmund Freud. La famille avait émigré à Londres depuis Vienne pour fuir l'Allemagne nazie dans des conditions dramatiques, laissant une grande partie de leurs proches derrière eux et qui mourront pendant la Shoah.

C'est la première fois dans l'histoire du XX^e siècle qu'une guerre prend aussi pour cible des enfants. En 1940, Anna a 45 ans. Institutrice, elle voue toute sa vie à la compréhension des étapes du développement psychologique des enfants. Elle ouvre la psychanalyse à la technique de l'observation directe. S'ensuit un débat avec ses collègues aussi riche que fratricide. Anna Freud fonde la Hampstead War Nursery dans le quartier d'Hampstead au nord de Londres, près de la maison familiale. Pendant trois années, Anna Freud et Dorothy Burlingham, sa compagne, vont superviser trois nurserys accueillant des enfants de moins de 6 ans, orphelins de guerre, qui avaient subi des bombardements ou qui étaient séparés de leurs parents. En effet, pendant le Blitz, les bombardements ont frappé Londres pendant neuf mois. Les Britanniques ont résisté en restant à Londres pendant que les enfants étaient évacués dans les campagnes. Les observations menées par Anna et Dorothy les conduisent à souligner l'importance de l'anxiété de séparation mais elles négligent l'impact de la guerre sur le psychisme des enfants. Comme le souligne Antoine Guedeney : « Anna Freud parlera d'un besoin primaire d'attachement et de la nécessité de le respecter, de façon plus urgente encore que de protéger les jeunes enfants des bombes¹. » Après la guerre, Anna Freud dira à John Bowlby, psychanalyste britannique, connu pour ses travaux sur la notion d'attachement, « qu'il eût mieux valu que chacune des puéricultrices prenne un enfant chez elle, et que l'on ferme la nursery ».

Il existe des raisons culturelles, théoriques à ce choix de description clinique et il va falloir un temps long encore pour que l'impact de l'événement traumatique par lui-même sur les jeunes enfants soit réellement reconnu.

¹ Les ouvrages cités sont référencés en fin d'ouvrage par chapitre.

Les études fondatrices de Leonor Terr

L'étude du psychotrauma réapparaît avec les études américaines et la formation du DSM¹.

En 1976, la psychiatre Leonor Terr conduit une étude pionnière à propos de 26 enfants, âgés de 5 à 14 ans, kidnappés dans un bus scolaire puis enfermés dans un van avant de réussir à s'échapper, à Chowchilla en Californie. Les importants travaux de Terr ont établi que les enfants traumatisés manifestaient une unique constellation de signes et de symptômes afin de pouvoir maîtriser l'expérience traumatique.

Ses travaux ont permis une description clinique et psychopathologique fine des différents aspects du psychotrauma qui est toujours moderne. Elle ne parle d'ailleurs pas de psychotrauma mais de trauma psychique créant ainsi un trait d'union entre la psychopathologie et les classifications et les descriptions cliniques à venir du DSM. En 1991, elle publie un article princeps où elle propose de distinguer deux types d'exposition traumatique :

- **Le traumatisme de type I** renvoie à un événement unique. Il s'accompagne d'omissions sur des détails de l'événement et de perception erronée (hallucination visuelle ou bien distorsion temporelle). Il peut s'agir d'un accident de la route sans séquelle physique, d'une prise d'otage, voire d'une catastrophe naturelle.
- **Le traumatisme de type II** renvoie à un événement prolongé ou répété. Il s'accompagne d'un sentiment de honte ou de culpabilité très important. Il peut s'agir d'agressions sexuelles

¹ DSM : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.

Table

Introduction – La mort imminente	9
Chapitre 1 – Du psychotrauma au trouble de stress post-traumatique	23
LE PSYCHOTRAUMA DE L'ENFANT	24
LA CONSTRUCTION DU TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE	25
<i>Les travaux d'Anna Freud</i>	25
<i>Les études fondatrices de Leonor Terr</i>	27
<i>Les débuts de l'apogée de la pensée américaine : le DSM</i>	30
LES CARACTÉRISTIQUES DU TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE	33
LE TSPT, UN SYNDROME UNIQUE EN SON GENRE	35
<i>Le TSPT, une maladie du temps</i>	35
<i>Le TSPT, une maladie de l'événement</i>	36
<i>Le TSPT, une constellation de symptômes</i>	37
LE TSPT CHEZ LES ENFANTS	37
<i>Critère A : la nature de l'événement traumatique</i>	37
<i>Critère B : les reviviscences</i>	37
<i>Critère C : les conduites d'évitement</i>	39
<i>Critère D : l'altération de la cognition et de l'humeur</i>	40
<i>Critère E : la suractivation neurovégétative</i>	41
LES SPÉCIFICITÉS DU TSPT CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS	44
LES ALTÉRATIONS CÉRÉBRALES SUITE À UN PSYCHOTRAUMA	55
<i>Détection de la peur et réponses comportementales : le principe</i>	55
<i>Et après un psychotraumatisme ?</i>	56

Chapitre 2 – Le développement du trouble de stress post-traumatique	59
PHOTOGRAPHIE DE LA PRÉVALENCE	60
LES PRINCIPAUX FACTEURS DE MODULATION	62
<i>Les stratégies de coping</i>	63
<i>Les émotions</i>	64
<i>Les réactions dissociatives péritraumatiques</i>	65
<i>Les facteurs de modulation extérieurs</i>	67
<i>L'anxiété des parents</i>	67
Chapitre 3 – L'évaluation du trouble de stress post-traumatique	73
LES REGARDS CROISÉS	73
LE TEMPS, FACTEUR AGGRAVANT	75
LA VIE QUOTIDIENNE DE L'ENFANT	75
ÉVALUER LE PSYCHOTRAUMA	76
<i>L'évaluation clinique</i>	77
<i>Les entretiens semi-dirigés</i>	80
<i>Le bilan neuropsychologique</i>	83
<i>Le bilan psychomoteur</i>	84
AGIR VITE	86
<i>À un mois, évaluer le TSPT</i>	87
<i>En fin de thérapie</i>	88
LES LIMITES DE L'ÉVALUATION STANDARDISÉE	88
Chapitre 4 – Psychotrauma, grossesse, fœtus et nourrisson	93
L'IMPACT D'UN PSYCHOTRAUMA SUR LA GROSSESSE	93
LES MÉCANISMES PHYSIOLOGIQUES DES CONSÉQUENCES DU STRESS MATERNEL SUR LE FŒTUS	96
CHEZ LE NOURRISSON	98
L'INTERACTION MÈRE-ENFANT	99

Chapitre 5 – Quand les traumatismes collectifs se répètent	105
LA RÉPÉTITION DES PSYCHOTRAUMAS	108
HISTOIRE ET ORIGINES FAMILIALES	113
Chapitre 6 : Handicap et psychotrauma	117
LES SITUATIONS DE HANDICAP COGNITIF	117
LES SITUATIONS DE HANDICAP PHYSIQUE OU SENSORIEL	121
Chapitre 7 – Le deuil traumatique	123
SE PRÉPARER À L'URGENCE	127
Chapitre 8 – La prévention des troubles	131
DES EXEMPLES DE RÉPONSE	133
EN FRANCE, LES RÉPONSES QUI PEUVENT ÊTRE APPORTÉES	137
Chapitre 9 – De la cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP) à la création du centre Simone Veil	143
LA CUMP PÉDIATRIQUE DU 16 AU 28 JUILLET 2016	145
CHIFFRES ET DESCRIPTIONS DES MODALITÉS PRATIQUES	
DU TRAVAIL DE TERRAIN	151
LA CONSULTATION DE LA CUMP	155
Chapitre 10 – Les thérapies	161
LE CENTRE D'ÉVALUATION PÉDIATRIQUE DU PSYCHOTRAUMA :	
LE CENTRE SIMONE VEIL	161
L'ACTIVITÉ DU CENTRE	165
<i>Quelques données</i>	165
<i>Les demandes de première consultation</i>	167
<i>Que pouvons-nous penser de ces constats chiffrés ?</i>	168
L'ARRIVÉE D'UN ENFANT AU CENTRE SIMONE VEIL	170

LES THÉRAPEUTIQUES	171
<i>La psychothérapie psychodynamique : un exemple clinique d'un enfant endeuillé</i>	174
<i>Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC)</i>	181
La phase de psychoéducation, 182. – La phase de restructuration, 184. – La phase d'exposition, 186. – La phase de prévention de la rechute, 187.	
<i>Les différentes modalités psychothérapeutiques d'une approche intégrative et multifocale</i>	187
<i>L'EMDR : Eye Movement Desensitization and Reprocessing</i>	190
<i>Les thérapies complémentaires</i>	195
La relaxation, la méditation et la <i>mindfulness</i> , 196. – Le biofeedback, 197. – La remédiation cognitive, 198. – Les groupes de pairs, 199. – Le soin hors les murs, 201.	
<i>L'aide à la parentalité : exemple d'une thérapie de groupe</i>	203
Chapitre 11 – Le suivi des victimes :	
le programme « 14-7 »	209
LE PROTOCOLE DE L'ÉTUDE	210
<i>L'évaluation clinique des enfants</i>	210
<i>L'entretien socio-démographique et sur l'attentat du 14 juillet 2016</i>	212
<i>Les entretiens semi-dirigés</i>	212
<i>Les échelles d'évaluation clinique globale</i>	214
<i>Les questionnaires</i>	215
Évaluation spécifique du TSPT, 215. – Évaluation de la comorbidité, 216. – Évaluation de la qualité de vie de l'enfant, 218. – Évaluation cognitive des enfants, 219. – Évaluation parentale, 220.	
<i>Le choix de l'étude longitudinale</i>	222
LES RÉSULTATS PRÉLIMINAIRES	224
<i>Description de la population</i>	225
<i>Les premiers résultats</i>	227
<i>Les symptômes physiques</i>	230

LES PREMIÈRES PISTES	232
Conclusion – Prévoir l’avenir	237
Bibliographie	243
Remerciements	275