



Reçu le :
27 mars 2017
Accepté le :
4 septembre 2017
Disponible en ligne
20 novembre 2017



CrossMark

Réponse pédopsychiatrique d'urgence à la suite de l'attentat terroriste du 14 juillet 2016 à Nice, en France

Emergency child psychiatry response following the 14 July 2016 terrorist attack in Nice, France

F. Askenazy^{a,*}, L. Chauvelin^{a,b}, M. Gindt^a, S. Thümmeler^{a,b}

^a Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, hôpitaux pédiatriques de Nice, CHU-Lenval, 57, avenue de la Californie, 06100 Nice, France

^b Université Côte d'Azur, CoBTek, 06100 Nice France

Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Summary

The attack on 14 July 2016 in Nice on the Promenade des Anglais caused major trauma for individuals directly or indirectly impacted by the horror of the terrorist attack, mainly families and children. It was the first time in France that a pediatric population aged from several months to 18 years was impacted by an event of such magnitude. The literature underlines the importance of taking into account, over the longer term, the side effects of such a psychotrauma in the pediatric population, especially in children under 6 years of age. From the night of 14 July 2016, a pediatric medical and psychological emergency unit (CUMP) was set up within the CHU-Lenval pediatric hospital. This has been a unique experience in Europe, which mobilized 227 caregivers. A total of 728 individuals were seen in consultations, including 385 children between 3 months and 17.7 years. The article outlines the main lines of its organization and its objectives.

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Les attentats à Paris le 13 novembre 2015 au Bataclan, aux terrasses des cafés et restaurants des 10^e, 11^e arrondissements et aux abords du Stade de France, ont été traumatisants pour

Résumé

L'attentat du 14 juillet 2016 à Nice sur la Promenade des Anglais a provoqué un traumatisme majeur pour les personnes impactées directement ou indirectement par l'horreur de l'attaque terroriste, dont principalement des familles et des enfants. Pour la première fois en France, des enfants de tous âges ont été impliqués dans un événement d'une telle ampleur. La littérature souligne l'importance d'une prise en charge rapide et à plus long terme des effets secondaires sur un tel terrain, plus particulièrement chez les enfants de moins de 6 ans. Du 14 au 28 juillet 2016, une cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP) pédiatrique a été mise en place au sein du Centre hospitalier universitaire-Lenval. Il s'est agi d'une expérience unique en Europe, qui a mobilisé 227 soignants. Sept cent vingt-huit personnes sont venues consulter, dont 385 enfants de 3 mois à 17,7 ans. L'article détaille les grandes lignes de l'organisation de la CUMP ainsi que ses objectifs.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

l'ensemble des victimes et pour la communauté française. L'attentat de Nice peut être entendu comme un tournant supplémentaire puisque pour la première fois un grand nombre d'enfants et de familles a été directement touché. La population victime était cosmopolite, Nice étant la deuxième ville touristique de France : 18 nationalités recensées étaient présentes sur les lieux ce jour-là. Une cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP) s'est établie dès la première heure dans l'hôpital pédiatrique Centre hospitalier universitaire (CHU)-Lenval, qui se trouve sur la Promenade des Anglais

* Auteur correspondant.

e-mail : askenazy.f@pediatrie-chulenal-nice.fr (F. Askenazy).

et faisait face au drame car situé à 200 mètres du début de l'attaque (Fig. 1). Cet attentat a été le premier en France touchant une population d'enfants et d'adolescents, âgés de 2 mois à 18 ans. Cet article relate l'expérience de la mise en place et de l'organisation d'une CUMP spécifiquement pédiatrique ainsi que les premières mesures qui ont été adoptées entre le 14 et le 28 juillet 2016 dans cet hôpital. Le but est d'effectuer un retour d'expérience sur le dispositif de la CUMP pédiatrique qui a été mise en place pour faire face à la douleur psychologique des enfants impactés par cet attentat et de leurs familles. Ce type de retour d'expérience est nécessaire pour tous les intervenants médicaux et paramédicaux, susceptibles d'intervenir en urgence. Nous pouvons citer par exemple le travail de Vignes et Raynaud qui, suite à la catastrophe industrielle de Toulouse en septembre 2001, ont témoigné et se sont questionnés sur le dispositif mis en place [1].

2. Données du problème

2.1. Spécificité de l'attentat

Cette spécificité réside dans 3 caractéristiques principales :

- il a concerné un grand nombre d'enfants et d'adolescents, accompagnés de leurs parents ;
- il a été extrêmement violent, occasionnant chez ces enfants un risque de développer ultérieurement un trouble de stress post-traumatique (TSPT) [2]. Il a été mis en évidence en effet que la violence subie lors des traumatismes influait sur le

développement de pathologies ultérieures, ainsi que sur l'intensité des symptômes associés. Une blessure grave (pour soi ou pour autrui) ou la perte d'un proche sont des facteurs de risque de développer un TSPT ;

- enfin, il relevait d'un meurtre de masse dont les effets à long terme sur les enfants ne sont pas connus. Une étude de Feldman & Vengrober menée en 2011 a évalué la prévalence de TSPT chez des jeunes enfants (1 an et demi à 5 ans) exposés à des attentats [3]. Ces auteurs ont évalué le pourcentage de TSPT un an après l'attentat à 38 %.

Chez l'adulte une étude a montré que ce type d'attaque augmentait fortement le risque d'évolution vers un TSPT [4]. Les répercussions en termes de santé publique, de cohésion sociale et d'évolution sociétale de la ville de Nice et de la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur (PACA) ont été majeures.

2.2. Faire face à l'urgence psychologique

Pour faire face à un important afflux de victimes, les CUMP ont été développées en France par Louis Crocq sous l'impulsion du Président Chirac après l'attentat du RER B à la station Saint-Michel en 1995 [5]. Ce dispositif a des objectifs généraux bien établis :

- apporter des premiers soins, une écoute et une contenance ;
- orienter les patients vers des structures de soins si nécessaire ;
- informer.

Dans le cadre de l'attentat niçois, il est apparu immédiatement nécessaire qu'un dispositif CUMP spécifique aux



Figure 1. Localisation du Centre hospitalier universitaire (CHU)-Lenval et de l'attaque du 14 juillet 2016.

enfants soit mis en place. De ce fait, lors des consultations d'urgence médico-psychologique qui ont débuté la nuit même, l'objectif a été d'assurer dans l'urgence et la post-urgence une base de sécurité malgré le chaos ambiant, en garantissant une organisation des soins cohérente et des dispositifs de prise en charge accessibles, contenant et sécurisants autant pour les enfants que pour leurs familles. Ainsi les hôpitaux pédiatriques de Nice ont reçu au cours des premières 2 heures, 44 patients dont 32 enfants nécessitant l'intervention immédiate des urgentistes, réanimateurs, chirurgiens et radiologues [6]. Quatre patients dont 2 enfants sont décédés après leur admission. Dans le cadre du plan blanc, une CUMP, regroupant pédopsychiatres, psychologues et infirmières en pédopsychiatrie a été activée.

2.3. Rappels sur le TSPT de l'enfant

L'un des principaux rôles des CUMP est de dépister les facteurs de risque de développer une pathologie suite à l'événement traumatique et d'informer les patients sur les manifestations cliniques pouvant apparaître. Chez les enfants et les adolescents la première atteinte psycho-traumatique à court et moyen terme est l'apparition d'un TSPT.

2.3.1. Définition

Le TSPT se définit selon 8 critères [7]. Le premier renvoie au vécu traumatique. L'attentat du 14 juillet 2016 se rattachait soit à un traumatisme de type I soit à un traumatisme mixte. Le traumatisme de type I est un événement unique sans séquelle sur le long terme. Il entraîne chez les enfants et les adolescents des omissions fréquentes sur l'événement, des perceptions erronées (distorsions temporelles, hallucinations visuelles ou auditives) et parfois des sentiments de déréalisation. Le traumatisme mixte est un événement unique, mais avec des séquelles sur le long terme (physique comme une amputation, ou psychique comme la mort d'un proche). Les symptômes associés sont plus importants, comprenant en plus des symptômes précédents, des épisodes dissociatifs et des sentiments importants de honte et de culpabilité (Tableau 1).

Les critères 2 à 6 rendent compte des symptômes principaux du TSPT : reviviscences, évitement, altérations de la cognition et de l'humeur et suractivation neurovégétative. Les reviviscences de l'événement peuvent prendre la forme de pensées intrusives aussi bien la nuit que le jour ou bien de flashbacks. De très nombreux enfants, dans les jours suivant l'attentat, ont présentés des pensées intrusives, ainsi que des cauchemars en lien avec l'événement. Les conduites d'évitement permettent dans un second temps d'éviter volontairement ou involontairement tout ce qui peut rappeler l'événement. Ainsi, de nombreux niçois ne sont plus capables de revenir sur la Promenade des Anglais. Les altérations de la cognition ou de l'humeur peuvent prendre la forme d'un repli sur soi,

Tableau 1
Principaux symptômes du stress psycho-traumatique (selon la DSM-5).

Trouble du stress aigu	3 jours à 1 mois après l'exposition au traumatisme
Trouble du stress post-traumatique (TSPT)	Durée de plus d'un mois après l'exposition au traumatisme, ou à expression retardée après 6 mois
Symptômes envahissants	Souvenirs, jeux ou rêves répétitifs, <i>flashback</i> , détresse psychique, réactions physiologiques
Évitement persistant	Évitement des souvenirs, pensées, sentiments ou des rappels externes
Altération négative des cognitions et de l'humeur	Amnésie dissociative, croyance/attentes négatives persistantes, distorsions cognitives, émotions négatives, réduction des émotions positives, retrait social
Altération de l'éveil	Trouble du sommeil, irritabilité, accès de colère, hypervigilance, difficultés de concentration, réaction de sursaut exagérée, comportement irréfléchi ou autodestructeur
Symptômes dissociatifs	Dépersonnalisation, déréalisation

DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième version.

d'un émoussement affectif, d'une difficulté de concentration ou de mémoire. Enfin la suractivation neurovégétative génère par exemple une augmentation du rythme cardiaque ou encore des réactions de sursaut. Les derniers critères indiquent que ces difficultés doivent durer depuis plus d'un mois, entraîner une détresse cliniquement significative et ne pas être liées à la prise d'une substance.

2.3.2. Retentissement du traumatisme et comorbidités chez l'enfant

Nous ne connaissons que peu de choses sur les troubles comorbides observés ou se développant dans les suites d'un attentat de masse sur des populations de pays qui ne sont pas en guerre. Dans la littérature, les principales comorbidités répertoriées chez l'enfant sont : les troubles anxieux, le trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) et la dépression [8]. Chez les moins de 6 ans, le trouble oppositionnel avec provocation ainsi que des conduites régressives (énurésie, peurs) sont observés [9]. L'Académie américaine de pédopsychiatrie a décrit des comportements agressifs, des attitudes d'opposition ou encore de régression par rapport au niveau de développement. Elle cite également des manifestations d'anxiété de séparation vis-à-vis des figures parentales ou encore des peurs comme la crainte de l'obscurité ou de prise d'un bain, qui n'ont pas forcément de lien avec la nature de l'événement traumatique initial [8]. Chez les adolescents comme déjà souligné précédemment, la clinique se

rapproche de celle observée chez l'adulte : des risques de complications par abus de toxiques, de dépression, des comportements antisociaux et des troubles du comportement alimentaire sont au premier plan [10].

Quel que soit l'âge, le fait de développer une comorbidité influence l'intensité de la symptomatologie du TSPT et son maintien [11]. Des études réalisées suite à des violences dans l'enfance ont indiqué que la survenue d'un TSPT impactait le développement cognitif et social de l'enfant [12]. Des altérations cognitives importantes ont également été observées chez des adultes ayant vécu un traumatisme dans l'enfance [13]. Un autre point très important souligné par la littérature et confirmé par notre expérience clinique est l'importance de l'impact de l'état mental des parents sur celui de leurs enfants, tout particulièrement chez les plus petits [14]. Ainsi, de multiples études ont montré que l'anxiété, le désarroi et le stress des parents augmentaient le risque de développer un TSPT, ainsi que l'intensité des symptômes de TSPT chez les enfants [15]. De même, il existerait une forte association entre les TSPT chez les parents et le développement de cette pathologie chez les enfants [16]. D'une façon générale, l'impact d'un traumatisme chez l'enfant est lié à un certain nombre de facteurs bien connus :

- la nature de l'évènement (intentionnel ou non ; qualité de la violence) ;
- le contexte culturel et socio-économique ;
- le stade de développement ;
- le contexte familial (solide et sécurisant vs instable et non sécurisant).

Ainsi, les expressions cliniques du traumatisme varient selon l'âge de développement de l'enfant. Classiquement, on le sépare en trois grands groupes : 0 à 6 ans ; 6 à 12 ans et 12 à 18 ans [17,18]. Cependant, en clinique pédopsychiatrique, une des difficultés du praticien est liée à l'absence de critères consensuels spécifiques pour les différentes tranches. Une étude a montré que pour les moins de 6 ans, si le TSPT n'était pas pris en charge, le risque de chronicisation était majeur. Ainsi, dans une cohorte de 62 enfants ayant subi des traumatismes variés (accidents ; violences intra-familiales entre autres) avec 26 % de TSPT 3 mois après le traumatisme, il y avait un faible taux de rémission à 2 ans, 23 % de TSPT ayant persisté [19]. Ceci souligne la vulnérabilité de cette période de développement qui doit retenir toute l'attention des pédopsychiatres. En effet, le TSPT pédiatrique persiste dans le temps et apparaît cliniquement après une période de latence qui peut être plus ou moins longue. Par ailleurs chez l'enfant le TSPT ne disparaît pas de lui-même mais nécessite des interventions thérapeutiques ciblées.

À Nice, plus de 50 enfants âgés de moins de 3 ans ont consulté à la CUMP dans les 2 semaines suivant l'attentat. Il semble très important de suivre et de connaître le devenir de ces enfants extrêmement vulnérables. Ainsi, des auteurs ont souligné qu'il était important de combattre l'idée reçue

que, chez l'enfant, « tout va disparaître en grandissant ». La plupart des données font en effet état d'une proportion importante d'enfants ayant un TSPT chronique suite à un psycho-traumatisme, s'accompagnant de comorbidités psychiatriques importantes [20]. En règle générale, chez les enfants, la fragilité face à l'évènement traumatique « n'est pas forcément plus grande, mais elle est différente » [21]. Chez les enfants de moins de 5 ans, 2 points spécifiques sont à signaler : l'importance de l'influence directe des réactions des parents sur l'intensité de la clinique exprimée par l'enfant et le risque d'apparition de symptômes de jeux répétitifs. Chez l'enfant de moins de 3 ans, il est important de préciser que le TSPT existe bien, et que « son apparition et son évolution sont corrélées à des facteurs tenant à l'évènement lui-même, à l'enfant et à la réaction familiale » [22]. Chez les enfants entre 6 et 12 ans, on peut repérer un retrait social ou de l'agitation, des troubles attentionnels, des cauchemars, des troubles du sommeil, des peurs irrationnelles, de l'agressivité ou de l'irritabilité. La plus forte comorbidité du TSPT dans cette tranche d'âge est le TDAH, puis les troubles anxieux et la dépression [9]. Chez les adolescents, comme déjà souligné précédemment, la clinique se rapproche de celle observée chez l'adulte, les risques de complications par abus de toxiques, la dépression et des comportements antisociaux sont au premier plan. Cependant, il faut souligner que les manifestations symptomatiques restent très variées dans leurs expressions et dépendantes de la modalité traumatique. Il est donc difficile d'anticiper l'observation future de l'évolution de la clinique après les événements de Nice.

3. Organisation de la CUMP pédiatrique du 14 au 28 juillet 2016

Le CHU-Lenval est un hôpital pédiatrique multidisciplinaire qui offre à la population niçoise un plateau technique pédiatrique complet. Il comprend trois secteurs de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent qui couvrent une population d'environ un million d'habitants des Alpes-Maritimes sur un territoire géographique qui va de Menton à Cagnes sur Mer.

Lors de la première nuit les médecins ont été contactés par téléphone par l'intermédiaire de l'organisation du plan blanc. L'organisation de l'accueil psychologique d'urgence et des CUMP se fait habituellement en parallèle avec celle du plan blanc. Ainsi, dans l'heure ayant suivi l'attaque, une équipe multidisciplinaire de pédopsychiatrie a pu se rendre sur site. Elle était composée de quatre pédopsychiatres, deux cadres infirmiers, deux infirmières, une secrétaire et une psychologue. De plus, un pédopsychiatre, un psychologue et un interne étaient présents aux urgences pédiatriques.

Face aux besoins des patients hospitalisés, de l'afflux persistant des familles pour des consultations psychologiques en urgence et devant la nécessité de soutien des équipes de soin, la CUMP

pédiatrique du CHU-Lenval est restée ouverte à partir du lendemain de l'attentat avec une reconnaissance officielle en parallèle des autres lieux de CUMP sur Nice. L'objectif principal de celle-ci a suivi les consignes habituelles de la CUMP, tout en les adaptant aux patients reçus (âge, famille...):

- proposer un cadre de travail sécurisant ;
- informer ;
- contenir la détresse du patient en utilisant des repères simples ;
- prévenir très précocement l'apparition d'un TSPT ou d'autres symptômes psychiatriques.

Comme décrit dans l'article de Dantchev et al. [23], l'une des difficultés rencontrées par la CUMP a été d'adapter en permanence le dispositif à l'afflux des familles qui, durant ces 48 heures, a été irrégulier et très peu prévisible. Nous avons tenté de définir des directions générales de prise en charge au cours de réunions réalisées entre les acteurs du soin lors de chaque rotation d'équipe. La majorité des praticiens des équipes de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de Nice avait une formation classique psycho-dynamique ou de thérapie familiale. C'est donc avec ces bases théoriques que la plupart des consultants ont été reçus.

L'objectif principal défini pour chaque consultation était d'aider l'enfant, si nécessaire, à se reconnecter avec la réalité, notamment avec les adultes (parents ou proche de l'enfant), de ré-humaniser la relation dans la perspective d'une reprise du cours de leur vie, et de tenter de prévenir le développement de complications syndromiques ou symptomatiques. Très rapidement, un relais avec les centres médico-psychologiques, par un lien téléphonique, lorsque cela était possible au vu de l'affluence des demandes, était réalisé pour les patients pour lesquels l'évaluation d'urgence nécessitait une réévaluation dans les jours suivants, voire un suivi pédopsychiatrique.

La plupart des personnes reçues étaient indemnes de blessures physiques ou présentaient de légères contusions. Les patients polytraumatisés ont été accompagnés et évalués par les équipes de psychiatrie de liaison. Les entretiens étaient longs (environ une heure), commençant par le récit de la situation traumatique. Durant les 3 premiers jours, pour les parents et les adultes isolés venus consulter, l'effet cathartique était très fréquent, se manifestant par des pleurs, des cris, de la douleur, parfois une surexcitation, ou au contraire, un état mutique total. Notre but était de proposer un contenant à l'intensité des émotions, avec une attention portée de façon spécifique à la singularité de chaque personne. Les entretiens ont été réalisés dans la mesure du possible par un binôme pluridisciplinaire : un psychiatre d'enfant et d'adolescent ou un psychologue avec une assistante sociale ou une infirmière. Ce travail en binôme prenait tout son sens dans une telle situation d'urgence du fait de l'importance de la charge émotionnelle [24]. Pour les enfants, les entretiens utilisaient un matériel classique de jeux par petits personnages ou animaux, un petit camion blanc était à disposition ainsi

que des feutres et crayons de couleurs pour ceux qui avaient une plus grande capacité d'accès à la symbolisation. Parmi les scènes traumatisantes vécues par les enfants et adolescents et causées par le camion, il y avait eu des scènes visuelles (amputation, compression corporelle), un grand mouvement de foule désorganisé, une menace imminente de mort et le développement rapide d'odeurs viscérales. Ces facteurs ont induit des symptômes psychologiques spécifiques que nous avons observés chez un grand nombre d'enfants tels que les réminiscences olfactives, auditives et kinesthésiques, les angoisses majeures de séparation, l'agressivité.

La nuit du 14 juillet, le plan blanc a été déclenché. Afin d'accueillir, d'orienter et de réaliser les premiers soins médico-psychologiques, une équipe pluridisciplinaire a été créée. Au cours de ces premières heures, les missions principales étaient d'accueillir les victimes de l'attentat et leurs familles, d'orienter les individus mais aussi de mettre en place les premières consultations médico-psychologiques. Dix-sept personnes (12 adultes et 5 enfants) ont été enregistrées ce qui sous-estimait le nombre total (premières consultations avant mise en place de l'enregistrement). Parmi ces 17 personnes, 7 présentaient des états de dissociation péri-traumatique (5 mères et 2 pères). À partir du 15 juillet nous avons proposé des plages d'ouverture de 9 h du matin à minuit avec un roulement de trois équipes. Cette organisation a été effective jusqu'au 28 juillet. Cette CUMP pédiatrique a mobilisé l'ensemble des personnels des secteurs de pédopsychiatrie basé au CHU-Lenval, ainsi que du personnel de CUMP pédopsychiatriques venu de l'ensemble du territoire national (Seine Saint Denis, Haute Garonne, Bouches du Rhône, Alsace...). Au total, entre le 14 et le 28 juillet, 227 soignants, dont 51 psychiatres d'enfants et d'adolescents, 55 psychologues, 42 infirmiers, 12 cadres, 30 assistants sociaux et 35 secrétaires ont été mobilisés. Pour chaque plage horaire, l'équipe comprenait 4 à 6 pédopsychiatres et psychologues, 2 infirmières et assistantes sociales, au minimum une secrétaire et 2 cadres de santé. Toutes les 8 heures, à chaque changement d'équipe, un débriefing du personnel soignant était organisé visant à réduire le risque de traumatisme secondaire pour les soignants mais également à faire le point sur la situation. Durant ces 2 premières semaines, plus de 700 consultations d'urgence ont été réalisées. Tous les individus vus en consultation ont été enregistré via le logiciel ORSAN (organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles) qui recueille de façon nationale en lien avec l'Agence régional de santé (ARS) le nombre de victimes.

4. Retour d'expériences

La pédopsychiatrie est une discipline fondée sur le travail institutionnel et multidisciplinaire, permettant d'offrir aux

patients des regards croisés et des temps de reprises nécessaires pour donner des indications thérapeutiques les mieux ciblées dans des contextes souvent complexes et intriqués à l'environnement et à l'organisation familiale. Dans l'urgence nous avons tenté d'organiser a minima ce dispositif de CUMP pédiatrique afin de préserver une pensée commune et de permettre dans les grandes lignes un cadre de travail commun. Ceci est très important dans les missions pédiatriques de prévention où, à ce jour en France, il n'existe pas encore de recommandations d'expert par la HAS.

La mobilisation du personnel soignant (pédopsychiatres, psychologues, infirmiers, assistants sociaux, secrétaires...) a été immédiate et a permis un accueil médico-psychologique d'urgence adapté à la population pédiatrique. Cette mobilisation a également abouti à la création d'une CUMP pédiatrique spécifique dès le lendemain de l'attentat, avec des équipes pluridisciplinaires pédopsychiatriques. Pour autant, certaines difficultés ont été mises en évidence. La première concernait le débriefing du personnel soignant. En effet, durant les premiers jours, ce débriefing s'est fait en interne uniquement, le temps que les différentes CUMP harmonisent leur travail et se coordonnent (environ 48 heures). Ce débriefing interne était obligatoire pour éviter les traumatismes vicariants. Néanmoins, il aurait été préférable qu'il fut réalisé par des personnels externes (CUMP d'une autre région, par exemple), pour que le personnel se sente libre de venir demander de l'aide, sans peur d'un jugement. La seconde difficulté a été de gérer le flux de patients. En effet, il était impossible d'anticiper les jours, voire les horaires où l'afflux de personnes allait être majeur. De ce fait, même si les indications étaient de voir toutes personnes en binômes, il a fallu parfois procéder à des ajustements. Enfin, une troisième difficulté est à prendre en compte. Face à l'afflux des demandes de consultation des premiers jours, les moyens en personnel ont été déployés à partir des secteurs de pédopsychiatrie des Alpes-Maritimes. Ainsi, certains personnels de la CUMP sont intervenus sur le lieu même de leur travail, ce qui pourrait entraîner par la suite une réactivation traumatique.

Les demandes de consultations pédopsychiatriques en lien avec les conséquences de cet attentat pour les enfants, les adolescents, mais aussi pour les parents continuent. Un vécu traumatique chez les enfants et les adolescents a des conséquences sur le long terme qui affectent différents domaines du développement (clinique, cognitif, émotionnel...). Par conséquent, l'intervention médico-psychologique ne doit pas se limiter à une approche ponctuelle mais s'articuler avec les structures de soins médico-psychologiques déjà existantes pour la prise en charge au long cours des individus présentant des facteurs de risque ou de ceux qui conserveraient des signes de souffrances psychiques durables. La mission de la CUMP pédiatrique est donc aussi d'orienter et d'accompagner les blessés psychiques vers ces structures de soins pérennes (centres médico-psychologiques pour enfants et adolescents ;

centres médico-psycho-pédagogiques et centres de consultation en psycho-traumatologie déjà en place hors temps de crise). Outre les manifestations cliniques, de nombreuses plaintes sont rapportées par les enfants et les adolescents ayant subi un traumatisme, voire par des adultes ayant subi un traumatisme dans l'enfance. Parmi ces plaintes, les difficultés cognitives sont au premier plan. Les enfants et les adolescents se caractérisent par des difficultés à mémoriser des informations [25]. Ces troubles ont tendance à perdurer à l'âge adulte si le TSPT n'est pas soigné, en particulier pour la mémoire épisodique [13]. Des difficultés attentionnelles sont souvent présentes également, impactant la concentration et l'inhibition des informations non pertinentes [26]. Ces troubles cognitifs (mémoire et fonctions exécutives) conduisent généralement à une diminution des performances scolaires chez les enfants souffrant de TSPT [27]. De surcroît, une modification de la personnalité peut apparaître à long terme se traduisant par une modification des schémas fondamentaux sur la sécurité [28,29]. Ceci peut engendrer une baisse importante de l'estime de soi, une impression d'incompétence, ainsi qu'une difficulté dans la régulation émotionnelle [30]. Les enfants concernés peuvent ainsi se caractériser par un émoussement affectif important [31] ou au contraire des comportements agressifs majeurs [32]. Ces comportements agressifs augmentent le risque de revivre des traumatismes, tant à l'adolescence qu'à l'âge adulte [33]. De surcroît, la CUMP pédiatrique a également dû intervenir auprès d'adultes. En effet, les enfants et les adolescents n'ont pas été les seuls individus impactés. Les familles ont été également atteintes. Du coup, comme le décrit Romano, il a fallu proposer aux adultes une prise en charge afin de minimiser le sentiment de culpabilité et la détresse engendrée par ce traumatisme [34]. La prise en charge des parents était nécessaire afin de restaurer une unité familiale et de permettre la mise en mots entre les enfants et les parents de cet événement.

5. Conclusion

L'expérience d'une CUMP spécifiquement pédiatrique mise en place à Nice a montré la possibilité d'offrir à la population ce type de dispositif en cas d'attaque massive impliquant un grand nombre d'enfants. La présence de personnels formés à la spécificité de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, mais aussi au psycho-traumatisme, est une chance et une nécessité pour les enfants qui se trouvent dans cette situation. Les équipes du CHU-Lenval de Nice ont pu proposer une CUMP en milieu pédiatrique, ce qui a fourni d'emblée aux enfants un cadre sécurisant. Néanmoins, il est nécessaire d'évaluer les conséquences à long terme d'un événement de masse d'une telle ampleur pour les populations pédiatri-

ques. En effet, dans le contexte scientifique actuel, les données sur des groupes de populations pré-pubères ou adolescentes sont rares, ce qui ne permet pas de développer des thérapies ciblées pour les aider dans l'urgence, comme dans le moyen et long terme, et ainsi prévenir les conséquences des troubles psychopathologiques associés. Il semble donc important, en termes de santé publique et de connaissances scientifiques, de mieux comprendre l'évolution clinique de tels patients et d'étudier les facteurs d'impacts cliniques, catégoriels, dimensionnels, cognitifs, et biologiques de cette évolution grâce à la mise en place de protocoles de recherche.

Financement

Ce travail a été soutenu par la Fondation de France.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Vignes M, Raynaud JP. Catastrophe industrielle de Toulouse dans la tourmente. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2004;52:501-9.
- [2] Yang R, Xiang YT, Shuai L, et al. Executive function in children and adolescents with posttraumatic stress disorder 4 and 12 months after the Sichuan earthquake in China. *J Child Psychol Psychiatry* 2014;55:31-8.
- [3] Feldman R, Vengrober A, Ebstein RP. Affiliation buffers stress: cumulative genetic risk in oxytocin-vasopressin genes combines with early caregiving to predict PTSD in war-exposed young children. *Transl Psychiatry* 2014;4:e370.
- [4] Santiago PN, Ursano RJ, Gray CL, et al. A systematic review of PTSD prevalence and trajectories in DSM-5 defined trauma exposed populations: intentional and non-intentional traumatic events. *PLoS One* 2013;8:e59236.
- [5] Cremniter D, Laurent A. Psychiatric care in emergency victims. *Rev Prat* 2003;53:1517-22.
- [6] Haas H, Fernandez A, Bréaud J, et al. Terrorist attack in Nice. The central role of a children's hospital. *Lancet* 2017;389:1007.
- [7] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder-5. Washington DC; 2013.
- [8] Cohen JA, Bukstein O, Walter H, et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010;49:414-30.
- [9] Terr LC. Childhood traumas: an outline and overview. *Am J Psychiatry* 1991;148:10-20.
- [10] Corstorphine E, Waller G, Lawson R, et al. Trauma and multi-impulsivity in the eating disorders. *Eat Behav* 2007;8:23-30.
- [11] Lai BS, La Greca AM, Auslander BA, et al. Children's symptoms of posttraumatic stress and depression after a natural disaster: comorbidity and risk factors. *J Affect Disord* 2013;146:71-8.
- [12] Dalglish T, Taghavi R, Neshat-Doost H, et al. Patterns of processing bias for emotional information across clinical disorders: a comparison of attention, memory, and prospective cognition in children and adolescents with depression, generalized anxiety, and posttraumatic stress disorder. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2003;32:10-21.
- [13] Gould F, Clarke J, Heim C, et al. The effects of child abuse and neglect on cognitive functioning in adulthood. *J Psychiatr Res* 2012;46:500-6.
- [14] Alisic E, Jongmans MJ, van Wesel F, et al. Building child trauma theory from longitudinal studies: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2011;31:736-47.
- [15] Kubzansky LD, Bordoelois P, Jun HJ, et al. The weight of traumatic stress: a prospective study of posttraumatic stress disorder symptoms and weight status in women. *JAMA Psychiatry* 2014;71:44-51.
- [16] Morris A, Gabert-Quillen C, Delahanty D. The association between parent PTSD/depression symptoms and child PTSD symptoms: a meta-analysis. *J Pediatr Psychol* 2012;37:1076-88.
- [17] Schaal S, Dusingizemungu JP, Jacob N, et al. Rates of trauma spectrum disorders and risks of posttraumatic stress disorder in a sample of orphaned and widowed genocide survivors. *Eur J Psychotraumatology* 2011;2.
- [18] Olliac B. Spécificités du psychotraumatisme chez l'enfant et l'adolescent. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2012;60:307-14.
- [19] Javidi H, Yadollahie M. Post-traumatic stress disorder. *Int J Occup Environ Med* 2012;3:2-9.
- [20] Cohen JA, Scheeringa MS. Post-traumatic stress disorder diagnosis in children: challenges and promises. *Dialogues Clin Neurosci* 2009;11:91-9.
- [21] Bailly D, Dechoulydelencave MB, Lauwerier L. Déficience auditive et troubles psychopathologiques chez l'enfant et l'adolescent. *Encephale* 2003;29:329-37.
- [22] Scheeringa M, Peebles C, Cook C, et al. Toward establishing procedural criterion and discriminant validity for PTSD in early childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40:52-60.
- [23] Dantchev N, Ben Younes S, Mullner R, et al. Retour d'expérience des attentats du 13 novembre 2015. *Ann Fr Med Urgence* 2016;6:558-61.
- [24] Gewirtz A, Forgatch M, Wieling E. Parenting practices as potential mechanisms for child adjustment following mass trauma. *J Marital Fam Ther* 2008;34:177-92.
- [25] De Bellis MD, Hooper SR, Woolley DP, et al. Demographic, maltreatment, and neurobiological correlates of PTSD symptoms in children and adolescents. *J Pediatr Psychol* 2010;35:570-7.
- [26] De Bellis MD, Woolley DP, Hooper SR. Neuropsychological findings in pediatric maltreatment: relationship of PTSD, dissociative symptoms, and abuse/neglect indices to neurocognitive outcomes. *Child Maltreat* 2013;18:171-83.
- [27] Goenjian AK, Roussos A, Steinberg AM, et al. Longitudinal study of PTSD, depression, and quality of life among adolescents after the Parnitha earthquake. *J Affect Disord* 2011;133:509-15.
- [28] Daud A, Klinteberg B, Rydelius PA. Resilience and vulnerability among refugee children of traumatized and non-traumatized parents. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2008;2:7.
- [29] Raboni MR, Tufik S, Suchecki D. Treatment of PTSD by eye movement desensitization reprocessing (EMDR) improves sleep quality, quality of life, and perception of stress. *Ann N Y Acad Sci* 2006;1071:508-13.
- [30] Forbes D, Creamer M, Bisson JI, et al. A guide to guidelines for the treatment of PTSD and related conditions. *J Trauma Stress* 2010;23:537-52.

- [31] McTeague LM, Lang PJ, Laplante MC, et al. Aversive imagery in posttraumatic stress disorder: trauma recurrence, comorbidity, and physiological reactivity. *Biol Psychiatry* 2010;67:346–56.
- [32] Hagedaars MA, Fisch I, van Minnen A. The effect of trauma onset and frequency on PTSD-associated symptoms. *J Affect Disord* 2011;132:192–9.
- [33] Makin-Byrd K, Bonn-Miller MO, Drescher K, et al. Posttraumatic stress disorder symptom severity predicts aggression after treatment. *J Anxiety Disord* 2012;26:337–42.
- [34] Romano H, Chollet-Xémard C, Soupizet F, et al. Modalités de prise en charge des enfants dans le cadre d'accueil médico-psychologique aéroportuaire. *Arch Pediatr* 2011;18:3–6.