



Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
www.em-consulte.com

*neuropsychiatrie  
de l'enfance  
et de l'adolescence*

Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 65 (2017) 273–277

Éditorial / Point de vue

## Paradis perdu

*Lost paradise*

### Résumé

Le 14 juillet 2016, à Nice, des enfants et des familles ont été attaqués en grand nombre. Cet article relate l'expérience clinique d'une cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP) pédiatrique. Tout d'abord lorsque la mort est imminente, la première nuit, les premiers jours, comment s'est déroulé l'accueil des premières victimes ? Ces dispositifs posent des interrogations cliniques, doit-on modifier alors notre cadre thérapeutique habituel et comment ? Des pistes de travail sont proposées. Il paraît important (1) de soutenir et superviser les équipes confrontées à ces pratiques très sollicitantes (2) de proposer un cadre pédiatrique pour les enfants et surtout pour les plus jeunes (3) d'apporter une réponse qui respecte l'âge développemental de l'enfant (4) de conserver la singularité de chaque cas. Il apparaît important que les secteurs de pédopsychiatrie soient formés à cette nouvelle demande, s'engagent dans les dispositifs d'urgence pour apporter leur savoir-faire aux enfants et aux familles dans ces circonstances exceptionnelles.

© 2017 Publié par Elsevier Masson SAS.

*Mots clés* : Cellule d'urgence médico-psychologique ; Attentat ; Traumatisme

### Abstract

On July 14th, 2016 in Nice, children and families were attacked in large numbers. This article reports the clinical experience of a pediatric medico-psychological emergency mobile unit. In the first time, when death was imminent, the first night, the first days, how the reception of the first victims has been ensured? These devices raise clinical questions, should we then modify our usual therapeutic framework and how? Several approaches are proposed in this paper. It seems important (1) to support and to supervise the teams confronted to these very challenging practices, (2) to propose a pediatric framework for the children and especially for the younger ones, (3) to ensure the respect of the developmental age of the child (4) to preserve the singularity of each clinical case. It is now important that the child psychiatry sectors are trained for this new demand and committed to emergency devices, in order to contribute their expertise to children and families in these exceptional circumstances.

© 2017 Published by Elsevier Masson SAS.

*Keywords*: Medico-psychological emergency care; Attack; Traumatism

C'était après le 11 septembre, NYC, Kids Corner Pier 94, Christine Anzieu entre en relation avec deux jeunes adolescents endeuillés en jouant au football avec un ballon qui se trouvait là [1]. A-t-elle implicitement joué dans la fulgurance de l'intuition clinique sa connaissance du texte de Winnicott et de l'agressivité naturelle du petit garçon qui se déploie lorsqu'il shoote dans un ballon [2] ?

À Nice, le 15 juillet 2016, notre collègue Michèle Battista, monte et descend en courant l'escalier devant la porte des urgences, en même temps que ce petit garçon endeuillé qui s'agit de façon désordonnée. Elle transforme son mouvement répétitif, presque dissocié de lui-même, en imitation puis

en jeux partagés. Ce qui nous a poussés, au-delà du sentiment océanique procuré par l'impression de faire partie des sauveurs contre les bourreaux, c'est la connaissance intime de l'existence de la souffrance de l'enfant, même et surtout pour les plus petits. C'est notre croyance fondée sur notre pratique quotidienne en la fonction contenant et césure du cadre psychique et de la nécessité fondatrice de donner la parole à l'enfant et à son vécu. C'est aussi notre savoir implicite de l'importance de la reconnaissance émotionnelle, affective, symbolique et sociétale de la souffrance, pour redonner du sens là où le chaos du massacre l'a effacé. Au cours de cet article, je vais présenter trois axes qui commencent à s'élaborer : ce qui s'est passé dans l'urgence, nos interrogations

<http://dx.doi.org/10.1016/j.neurenf.2017.05.005>

0222-9617/© 2017 Publié par Elsevier Masson SAS.

cliniques à ce jour à partir de notre expérience de terrain et une tentative de réflexion sur l'espace thérapeutique.

## 1. La mort imminente

À Nice, les enfants, les bébés, les parents ont été attaqués, soudainement, très violemment et en grand nombre nous surprenant tous un jour de fête estivale, en pleine *Dolce Vita* azurée. La mort est imminente dans la nuit du 14 juillet 2016. Le danger écrase l'espace et le temps, détruit la continuité. À ce jour encore, beaucoup de personnes nous rapportent que tout se passe comme si ce qui s'est déroulé il y a 6 mois, s'était passé hier, dans un monde interne où les souvenirs anciens viennent étrangement se caramboler avec le vécu actuel. Des images s'imposent encore sous formes d'intrusions mentales, d'agitation motrice, de reviviscences sensorielles comme cela est décrit dans l'état de stress aigu chez l'enfant [3].

Le 14 juillet, en trente minutes tout a basculé. La nuit, comme des ombres, déchaussées, ensanglantées, hagardes, errants dans les couloirs les premières personnes arrivent. Elles racontent le récit de l'horreur. C'est le terroriste qui est rentré en eux : « j'ai vu le camion arriver par la rue Lenval, tout de suite, j'ai compris, je savais, ce n'était pas normal ce camion à cet endroit, à ce moment-là. Il m'a regardé, j'ai vu ses yeux, il m'a souri, et là il a foncé sur mon amie et ses enfants ». Amira est face au monstre, celui de nos pires terreurs infantiles. Mais cette fois, il est venu rencontrer la réalité. Amira déploie rapidement la scène, elle tremble, elle s'agite, s'essouffle le cœur bat fort. Tout s'emballé. Elle a très chaud, son ventre fait mal. Il faut accueillir le récit de l'inhumain, de l'impensable. Amira vient de fêter son 20<sup>e</sup> anniversaire. « Mais où est passé notre humanité ? » me dit-elle.

Dans ces premiers jours, l'écoute du récit de l'horreur sollicite de façon vertigineuse le consultant. Notre travail habituel fondé sur la recherche d'un fil rouge clinique, de l'écoute du développement de l'enfant et du fonctionnement familial au sein de son histoire personnelle vole en éclat. Le travail est intense pour garder notre cadre, ne pas rester hypnotisé face au récit, nous devons rester dans une grande vigilance, utiliser nos fondements théoriques pour pouvoir rapporter de la pensée là où la violence a semé la confusion. C'est en prêtant nos pensées que nous tentons de rétablir la continuité. La confusion fait répéter à une maman devant ses deux jeunes enfants « je n'aurai pas dû, je n'aurai pas dû les amener là ». L'aider à donner du sens à cette phrase répétitive et vide, comme aider l'enfant qui s'agite de façon désordonnée à jouer puis à symboliser, va peut-être participer à éviter la constitution d'un chaos intérieur informe qui désorganise.

André Green a décrit dans les années 80, le concept de fonction désobjectalisante. La fonction désobjectalisante serait liée à l'effet de la pulsion de mort qui délie et attaque les liens à l'objet, mais aussi au moi, lui et à l'investissement dont il fait l'objet [4]. Ainsi, l'attaque génocidaire, qui tue pour ce que nous sommes et non pour ce que nous faisons [5] comme ce fut le cas avec « Charlie Hebdo », risque de détruire la relation d'objet, pour le bourreau et pour sa victime qui subit les effets de la projection de la pulsion de mort, au risque de se désinvestir de lui-même.

Après la culpabilité, la honte et la haine, sont apparues aussi ce sentiment de ne plus s'intéresser à ses proches, à ses passions, de ne plus pouvoir aimer son enfant. Cliniquement, par exemple, chez les enfants des parents qui éprouvent cela, on observe des attitudes régressives, avec des sollicitations permanentes de leur parent.

Nous n'aurions jamais anticipé tout cela. Mais depuis cette nuit nous avons rencontré presque 1200 enfants, réalisés plus de 2500 consultations et d'autres continuent à venir vers nous. Le 15 juillet, plus de 80 personnes ont été reçues, 150 le 19 juillet, puis le chiffre a lentement décroché après le 23 juillet pour se maintenir depuis et sans discontinuer autour de 15 à 20 nouveaux cas par semaines, 6 mois après l'attentat.

Rapidement, nous avons dû passer d'un travail clinique intuitif à une démarche organisationnelle avec les Cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP) et l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) puis la construction d'un nouveau système de soin avec un centre d'évaluation pédiatrique du psycho-traumatisme qui a ouvert sous l'impulsion des pouvoirs publics le 1<sup>er</sup> janvier 2017. Les règles du groupe sont dans ces moments vitales à la survie psychique. Les démarches organisationnelles ont été dans les premières semaines une sorte de colonne vertébrale qui nous a permis de faire face à l'impensable des témoignages d'horreur.

Au CHU Lenval, nous avons eu la chance de pouvoir organiser des espaces pédiatriques spécialisés. Des bureaux de consultation qui préservent l'intimité des familles et des enfants. Notre petite trousse d'urgence s'est rapidement constituée, avec des figurines ou des animaux qui représentent une famille, une voiture de police, un camion blanc, des feutres à disposition, de toutes les couleurs, qui ont permis des premières symbolisations.

Dans ce contexte, le partage de l'expérience clinique, la réflexion et la pensée sont les gages pour éviter l'organisation de défenses qui peuvent grever la fonction thérapeutique de nos actions. J'ai pu en observer au moins trois particulièrement têtues :

- le déni, même chez nos collègues les plus expérimentés, et qui donne lieu à des phrases en boulet de canon : « La vie va reprendre, partez en vacances » etc. Le risque est d'autant plus grand que honte (mécanisme typiquement narcissique) et culpabilité (mécanisme typiquement œdipien) [6] sont les deux affects les plus présents dans les moments où tout risque de se désorganiser. Les survivants peuvent développer l'idée folle que s'ils ont été là au mauvais moment ce n'est pas un hasard ;
- la toute-puissance, mécanisme de contamination collective pour les soignants devenus tout à coup des sauveurs, puis dans la durée investis d'une nouvelle mission et dont le corollaire est un effondrement narcissique conséquent ;
- l'effacement de la différence. Nous sommes tous des victimes unies dans la détresse face au bourreau, dont on a vu à Nice, l'autorisation des débordements haineux au risque de la perte même de son humanité par la disparition du respect de l'homme mort.

Comment lutter contre ces risques défensifs ? Tout d'abord, pour les équipes au décours de l'attaque, un travail de supervision de reprise lente et détaillée du récit des patients et de la clinique. Penser et construire ensemble. Rapidement, échanger sur les pratiques sur le vécu avec d'autres collègues qui ont pu être confrontés à de telles horreurs. L'urgence et la post-urgence psychologique en pédiatrie sollicitent des soignants en grand nombre. Les consultations sont longues, en binôme, voire en trinôme pour les plus petits afin de pouvoir prendre le relai lorsque l'afflux émotionnel est trop intense et pouvoir rester en relation avec l'enfant. Elles sollicitent un état d'hypervigilance et une très forte concentration puis un temps long de réélaboration de la clinique. Mais surtout, ne jamais appliquer sans penser, même lorsqu'il y a un afflux massif de personnes, toujours conserver la possibilité d'accueillir la souffrance dans la singularité de l'histoire d'un sujet.

## 2. Les interrogations cliniques

Plus nous réfléchissons et plus nous pensons que toute cette clinique qui se déploie devant nous, profuse, riche, revisitant toute la psychopathologie, nous apprend à ce jour une seule chose, c'est que nous n'avons plus aucune certitude. En effet, nous travaillons tous avec des représentations d'un modèle étiopathogénique, construit à partir de l'expérience et du théorique. Mais alors comment expliquer des formes de dissociation aiguë qui apparaissent même avec un délai de plus de 6 mois après l'événement, des adolescents qui ne peuvent plus quitter leur domicile, qui voit des têtes coupées, des yeux qui les dévisagent et les persécutent ? Comment expliquer, l'expression d'un nombre si grand de phénotype TDAH chez des enfants qui n'en présentaient aucun signe ? J'ai pu observer chez des enfants avec des deuils multiples, quelques jours après leur réveil de la salle de réanimation des retraits rappelant les replis autistiques tels qu'ils étaient décrits dans la schizophrénie. A ce jour, rien n'est connu scientifiquement sur le devenir et de façon conséquente à propos des soins pour les enfants et leurs parents impliqués dans ce type d'attentat. En effet, le nombre d'enfants touchés, la violence de l'acte meurtrier, sa soudaineté qui fauche des personnes en été dans un pays en vacances et en paix, le jour de la fête nationale est tout à fait particulier. On peut donc craindre que les répercussions en termes de santé publique, de cohésion sociale et d'évolution sociétale de la ville de Nice, soient majeures.

Il existe peu de travaux référencés portant sur ces enfants-là, mais les quelques données que nous possédons en population adulte [7] et adolescentes [8] sont alarmantes, elles montrent un fort pourcentage de développement de trouble de stress post traumatique (TSPT) autour de 40 %. Je reste donc encore très inquiète pour la santé des enfants Niçois. De plus, la majorité des études se centrent sur le TSPT et l'étudient à partir des critères DSM. Même si dans le DSM 5 [9], une part plus importante est faite aux enfants, il n'en reste pas moins que la plupart des critères utilisés sont adultomorphiques. Or, l'expérience nous a montré que la clinique pédiatrique est :

- variable ;
- très variée ;
- fluctuante dans le temps ;
- largement influencée par des facteurs psychosociaux et familiaux très difficiles à appréhender.

Deux autres points importants sont à souligner. Dans le DSM, il est bien pris en compte la possibilité d'une expression retardée par les critères d'évaluation internationaux, mais nous n'avons aucune idée réelle de cette phase de latence et surtout des signes précurseurs plus infra-cliniques qui pourraient annoncer le développement de psychopathologies plus sévères. La comorbidité est reconnue pour être très importante dans ce type de trouble, mais nous ne savons pas s'il s'agit de vraies comorbidités ou de troubles qui se développent dans les suites de l'attentat, comme par exemple les troubles attentionnels avec ou sans hyperactivité qui sont très largement représentés. De plus, à ce jour aucune étude longitudinale prospective à long terme ne permet de connaître le devenir psychopathologique à l'âge adulte d'enfants traumatisés suite à un meurtre de masse.

De façon plus générale, notre expérience de terrain nous a montré qu'il s'agit d'une nouvelle clinique, qui confronte l'ensemble de la pédopsychiatrie à un changement de paradigme dans sa compréhension de la clinique et de ses pratiques et pose de très nombreuses questions. Trois observations cliniques de terrain :

- une grande variabilité d'expressions cliniques dans les populations pédiatriques : des troubles anxieux à des épisodes de désorganisation avec beaucoup d'expressions psychocorporelles et de l'agitation, une réorganisation du système familial, des troubles psychosociaux multiples ;
- une persistance de troubles exprimés en nombre important huit mois après l'événement. Certaines de ces manifestations, comme les troubles anxieux ou la réorganisation du système familial ont déjà été décrites dans la littérature [10,11]. En revanche, d'autres apparaissent comme un nouveau champ clinique lié aux conséquences d'un meurtre de masse dans un pays développé et en paix. En effet, si les épisodes dissociatifs et de désorganisation sont couramment évoqués dans la clinique du psychotraumatisme de l'urgence (e.g., durant le premier mois [9]) ils ne sont pas censés se maintenir sur du long terme, comme c'est le cas chez certains jeunes patients exposés à l'attentat de Nice ;
- la difficulté pour ces populations à formuler une demande d'aide, à accéder aux soins et/ou à reconnaître le lien entre une difficulté et l'événement du 14 juillet. En effet, le tissu social niçois, très cosmopolite et peu structuré ne facilite pas l'accès au soin, ni le temps de l'appropriation mémorielle personnelle et collective. Dans les suites de l'attentat, le constat a été fait qu'une importante population, issue de l'immigration et dans un contexte de précarité et d'isolement culturel, familial, voire social est venu en consultation. Le champ d'exploration qui s'ouvre devant nous est vaste.

### 3. Comment dans ces conditions penser l'espace thérapeutique individuel ?

Au-delà de l'organisation des soins que nous avons mis en place :

- le centre d'évaluation et de soin intersectoriel ;
- les groupes thérapeutiques sensoriels pour les petits qui ont débutés en février 2016, cette nouvelle clinique interroge profondément le cadre thérapeutique.

Le travail en supervision, en groupe prend toute sa place dans ce contexte. Dans l'urgence, le travail commun a permis de retrouver un sentiment de maîtrise qui aide à rassembler ses pensées, à retrouver une sécurité intérieure face à l'effroi et à préserver notre continuité. En effet dans cette situation tout a fait particulière tant les soignants que les personnes qui venaient consulter étaient saisies par l'effroi qui désigne « l'état qui survient quand on tombe dans une situation dangereuse sans y être préparé ; il met l'accent sur le facteur surprise » [6]. L'effroi sollicite pour être élaboré un travail en profondeur.

Les supervisions de groupe sont alors plus que nécessaires, elles aident à réfléchir sur notre positionnement. Pas de neutralité possible, nous sommes tous en danger. Les frontières entre celui qui donne de l'aide et celui qui l'attend puis la reçoit volent en éclat, les différences risquent de s'effacer et le traumatisme de devenir un objet commun. Même aujourd'hui 8 mois après, l'intensité du partage émotionnel avec les survivants de l'attaque est encore présente. Il faut donc travailler en équipe, dans un temps long où l'espace de l'élaboration est un bien précieux, au risque de plonger dans l'inquiétante étrangeté ou de devenir par mécanisme défensif une gare de triage post-attentat.

Dans ces situations traumatiques exceptionnelles, le partage émotionnel et affectif ne se fait pas qu'au niveau individuel, il affecte aussi la mémoire et l'inconscient collectif. Primo Lévi dans *Si c'est un homme* décrit un rêve d'un homme qui est partagé au réveil par l'ensemble des prisonniers du bloc [12]. C'est le rêve du paradis perdu, du temps avant l'effraction traumatique qui confisque à toute une génération d'enfants le temps de se développer dans la perte lente des idéaux infantiles. Comment dans ce contexte remplir nos fonctions avec compétence et humanité, sans une trop grande implication émotionnelle ? Il faut tout d'abord reconnaître que nous allons, aimer, haïr, craindre puis espérer avec nos patients, pour ensuite tenter de retranscrire un sens intelligible au traumatisme. De ce fait tout cela nous transforme, un peu en même temps qu'eux. Comme dans le rêve des prisonniers, le travail inconscient est partagé pour maintenir à tout prix la vie psychique.

J'ai tenté de dessiner les contours de la consultation dans l'urgence et la post-urgence, dans ce cadre avec ces enfants, et à partir de notre expérience. L'intervention thérapeutique me semble devoir faire appel à des fonctions primaires :

- réaménager la continuité ;
- retrouver la différence entre la réalité extérieure et intérieure ;

- lutter contre l'effroi, l'inquiétante étrangeté suscitée par les visions d'horreur, et qui font vivre la peur de ne plus reconnaître l'autre ni soi-même.

Cela réorganise le cadre, met le traumatisme au centre comme objet partagé, efface l'asymétrie entre l'aidant et celui qui le sollicite, l'espace intermédiaire est retrouvé par l'introduction indispensable de l'historicité individuelle, du jeu, de la symbolisation, utiliser la fonction empathique de chacun de nous. L'empathie est incontournable mais elle demande avant tout la séparation et la différenciation, l'attention, le « concern » dirait Winnicott, et la capacité de maintenir une pensée théorique opérationnelle. En bref, « la capacité de savoir donner un nom aux choses vécues dans le moment clinique et dans de bonnes conditions de contact avec elle » [13].

C'est bien Émilie, 7 mois qui décrit le mieux ce qu'est l'empathie et sa naissance dans la vie psychique. Née le matin du 14/07/2016 à la maternité de la clinique Santa Maria adossée au CHU-Lenval, elle se trouve le soir face au drame qu'elle regarde à travers les yeux de sa mère. Son frère de 3 ans et son père sont descendus sur la promenade pour regarder le feu d'artifice. Pendant plusieurs heures, elle et sa mère resteront sans nouvelle, ils réussiront à la rassurer par un coup de fil par la suite. La famille est adressée par une collègue qui reçoit le petit de 3 ans qui présente une agitation psychomotrice et des troubles du sommeil depuis l'attentat. La mère est inquiète pour le bébé dans ce qu'elle a pu observer des interactions familiales.

Je reçois Émilie, un très beau petit bébé aux grands yeux bleus, et ses parents pour une première consultation, elle a deux mois. J'apprends que la maman d'Émilie a souffert pendant sa grossesse d'une pneumonie sévère avec détresse respiratoire, elle a approché la mort une première fois pour Émilie et elle-même. Cette pneumonie est venue en écho de séparations précoces dans l'histoire de la maman. Le papa d'Émilie est médecin ; sur la promenade, après l'attentat, il a ressenti ce désespoir de ne pouvoir rien faire pour aider ceux qui mourraient devant ses yeux. Pendant presque trois mois, il a le sentiment qu'il n'a pas pu entrer en contact avec Émilie. Il revit la scène traumatique, se désinvestit de sa vie familiale. Pendant la consultation, Émilie est hypervigilante, semble scruter l'environnement autour d'elle. Elle fixe intensément le visage de sa mère, et bouge très peu, ne manifeste rien.

Leur propose des consultations régulières. En janvier, Émilie vient avec son papa pour une consultation. Il me dit : « Ma compréhension de l'existence est à jamais une autre maintenant, comme si je savais maintenant quelles étaient les valeurs les plus profondes de la vie ». Émilie a bien évolué. Elle me reconnaît, sourit, tend ses bras vers moi. Son papa la porte sur ses genoux face à moi. Nous parlons d'Émilie, du plaisir trouvé d'échanger avec elle, nous babillons tous les trois. L'entretien porte sur la vie quotidienne familiale. À l'évocation des prochaines vacances familiales dans les îles et qui sont un moyen pour mettre à distance l'attentat, le papa associe à nouveau sur son vécu autour du 14/07 et plonge vertigineusement dans les souvenirs traumatiques. C'est à ce moment qu'Émilie jusqu'alors toute sourire soudain proteste, crie, se contorsionne, comme si tout à coup son papa n'était plus une personne familière, mais un inquiétant

étranger. Par ses cris et ses gesticulations, elle réussit très vite à faire revenir son père vers elle et l'extirper de ses intrusions traumatiques. Moment intense de la consultation que nous partageons avec le papa, émerveillé de l'incroyable sensibilité de sa petite fille. L'espace thérapeutique individuel des bébés, des enfants, des adolescents et de leurs parents est très important à préserver, il doit tenir compte de l'âge développemental de l'enfant, être suffisamment souple pour s'adapter à la diversité des demandes. Il doit avec tact pouvoir susciter la demande, là où nous pensons qu'elle est nécessaire sans être intrusif.

#### 4. Conclusion

Il va donc falloir encore du temps à la communauté pédo-psychiatrique pour adapter au mieux l'organisation des soins à cette nouvelle demande. Il va aussi nous falloir du temps pour transmettre nos expériences, les partager avec les collègues de différentes formations pour mieux en saisir toute la complexité. Pour ce faire nous développons à Nice deux grands axes :

- pour le soin, un centre intersectoriel avec un numéro de téléphone commun, qui a des missions d'évaluation, de soin et surtout de réseau pour lutter contre le risque de délitement de l'environnement social des victimes ; nous commençons avec l'aide de la Fondation de France des groupes de soin thérapeutique pour les moins de 3 ans avec des groupes sensoriels parents/enfants ; pour les adolescents avec le projet d'écriture d'une bande dessinée avec un dessinateur et des soignants qui relate l'histoire de Nice et de cet attentat ;
- pour la recherche avec un projet important qui se centre sur l'étude de l'évolution à long et moyen terme de l'ensemble des enfants qui ont été impliqués le 14/07, de l'adéquation des structures de soin. Il lui sera adjoint deux études ancillaires.

La première psychodynamique par l'analyse qualitative du discours, pour générer à partir de focus groupes des hypothèses de fonctionnement psychodynamique. La deuxième appelée « Remember Nice » et qui reprendra les hypothèses sur les modifications des fonctions cognitives de la mémoire individuelle suite à un attentat que développe Francis Eustache. Il réunit tout un groupe d'experts pédopsychiatres, épidémiologistes et scientifiques dont le but partagé est de développer des instruments d'évaluations, adaptés à l'enfant et à son développement, des facteurs de risque et de protection dont aujourd'hui

on connaît presque rien et de tenter de donner des premières réponses pour les générations futures.

Pour conclure, l'enfance est apparue plus que jamais comme un bien précieux pour l'humain. Saisir la parole de l'enfant est le centre de nos préoccupations, son sens a une valeur et une fonction que toutes les sociétés civilisées doivent savoir écouter.

#### Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

#### Références

- [1] Anzieu-Premereur C. Après le 11 septembre à New York, des enfants. . . Champ Psychosom 2002;28(4):55–67.
- [2] Winnicott DW. Jeu et réalité ; l'espace potentiel. Gallimard; 1975.
- [3] Olliac B. Spécificités du psycho-traumatisme chez l'enfant et l'adolescent. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 2012;60(5):307–14.
- [4] Green A. Le travail du négatif. Paris: édition de minuit; 1993.
- [5] Benslama F. En tuant les autres, le terroriste acquiert une toute-puissance du désastre. Libération; 2016.
- [6] Laplanche J, Pontalis JB. Vocabulaire de la psychanalyse. Presse Universitaire Française; 1967.
- [7] 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(4):e59236 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0059236>.
- [8] Feldman R, Vengrober A. Posttraumatic stress disorder in infants and young children exposed to war-related trauma. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2011;50(7):645–58 <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.03.001>.
- [9] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder-5. Washington DC: APA; 2013.
- [10] Baker KD, Den ML, Graham BM, et al. A window of vulnerability: Impaired fear extinction in adolescence. Neurobiol Learn Mem 2013;113:90–100 <https://doi.org/10.1016/j.nlm.2013.10.009>.
- [11] Chu D, Williams L, Harris A, et al. Early life trauma predicts self-reported levels of depressive and anxiety symptoms in nonclinical community adults: relative contributions of early life stressor types and adult trauma exposure. J Psychiatr Res 2013;47(1):23–32 <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.08.006>.
- [12] Primo Levi. Si c'est un homme. Edition Pocket; 1988.
- [13] Bolognigni S. La complexité de l'empathie psychanalytique : une exploration théorique et clinique. Eres 2004;68(3):877–96.

F. Askenazy

Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, 57, avenue de la Californie, 06200 Nice, France  
Adresse e-mail : [askenazy.f@pediatrie-chulenal-nice.fr](mailto:askenazy.f@pediatrie-chulenal-nice.fr)