

Article original

Quelle place pour les structures de secteur dans la prise en charge des enfants et adolescents victimes de traumatismes collectifs ? Éléments de réponse à partir de l'expérience des centres médico-psychologiques parisiens suite aux attentats de janvier 2015

What role for community mental health centers in the care of children and adolescent after a mass trauma? Arguments learned from the experience of Parisian centers following the attacks that occurred during January 2015

M. Boussaud^{a,*}, R. Bailly^b, J. Brunelle^c, D. Cohen^c

^a Service de psychiatrie, hôpital d'instruction des armées Percy, 101, boulevard Henri-Barbusse, 92141 Clamart, France

^b Centre médico-psychologique du 12^e arrondissement, 14, rue Eugénie-Eboué, 75012 Paris, France

^c Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, GH Pitié-Salpêtrière, 47-83, boulevard de l'Hôpital, 75651 Paris cedex 13, France

Résumé

Contexte. – Dans les suites des attentats qui se sont déroulés à Paris en janvier 2015, nous avons amorcé une réflexion, au sein du centre médico-psychologique enfants et adolescents du douzième arrondissement de Paris, sur la place de notre structure dans le dispositif de soin lors de ces situations exceptionnelles.

Méthode. – Nous avons réalisé une enquête auprès d'autres centres médico-psychologiques de la région parisienne pour connaître leur point de vue sur les aspects organisationnels, la clinique observée et la perception du traumatisme collectif par les soignants. L'objectif était de tenter d'apporter quelques recommandations à la lumière de cette expérience.

Résultats. – Malgré le choc émotionnel ressenti, l'enquête ne montre un impact sur le fonctionnement des équipes qu'auprès de celles qui ont été confinées, malgré le choc émotionnel ressenti. Elle met en évidence un nombre très faible de demandes de soin auprès des centres médico-psychologiques en lien direct avec les attentats. Parmi les patients suivis, il est rapporté de rares recrudescences anxieuses, surtout chez les jeunes présentant des troubles du spectre autistique, les autres enfants et adolescents étant en demande d'explications ou apparemment indifférents. Les recommandations visaient à : (1) protocoliser la conduite à tenir lors d'une éventuelle attaque ; (2) proposer un parcours de soins coordonné ; (3) avoir une démarche active de repérage et de prise en charge des enfants et adolescents confrontés à un trauma collectif, proposant des soins en groupe.

Conclusion. – Ces observations invitent à une remise en cause des dispositifs actuels, avec pour objectif de mieux se préparer dans l'hypothèse où de nouveaux attentats surviendraient.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Traumatismes collectifs ; Enfant ; Adolescent ; Trauma ; Attentat ; Paris

Abstract

Background. – Following the terrorist attacks that occurred in Paris during January 2015, we initiated a discussion within the community mental health center (CMP) for children and adolescents of the 12th arrondissement of Paris. We wondered whether or not such proximal and free mental health institutions were adapted for such exceptional situations; and if not, what recommendations could improve the role of these structures in the means of care in case of a collective trauma.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : marieboussaud@gmail.com (M. Boussaud).

Method. – We conducted a survey including nine other CMPs in the Paris region concerning the setting of the care plan, the number of patients referred because of the recent traumatic events, the clinical symptoms of their patients and the perception of collective traumas by caregivers. The aim was to try to make some recommendations based on this survey and also taking into account other international experiences.

Results. – Despite the emotional shock felt by the medical teams, the survey only showed an impact on the organization of the CMP from those who were confined. Also, very few young individuals sought care from the CMPs for reasons directly related to the attacks ($n = 10$). Among the patients followed, anxious outbursts were rarely reported, and they appeared to be related to young patients with autism spectrum disorders. Most of the children and teenagers asked for explanations to make sense of their experiences. In contrast, some of the other regular consultants seemed to be quite indifferent.

Discussion. – This low impact has at least two interpretations. On the one hand, the majority of Parisian young people were only slightly impacted due to protective factors such as the support of their families and social group, and the distance from the event. On the other hand, it is possible that they just didn't seek help. Furthermore, it is important to take into account the fact that the caregivers themselves were more or less involved in the collective trauma, which may have influenced the way the patients sought treatment. From the available international literature, it appears that the following recommendations could help CMPs to reduce time for patients to seek treatment: (1) reflect on protocols about what to do during an attack; (2) develop a coordinated care pathway between the different actors of mental health care, and between emergency and long term intervention; (3) establish an active approach for tracking and management of children and adolescents facing a collective trauma with treatments more likely in group settings. In conclusion, the findings invite a reconsideration of the current mechanisms, with the goal to be better prepared in the event that new terrorist attacks might occur.

© 2016 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Mass trauma; Child; Adolescent; Trauma; Terrorist attack; Paris

1. Introduction

Chacun d'entre nous peut avoir aujourd'hui le sentiment que les attentats suicides vont inéluctablement toucher les grandes villes des pays occidentalisés, ce qui n'était pas le cas il y a quelques années. Se préparer à d'éventuels événements de traumatismes collectifs devient de ce fait une attitude rationnelle que tout professionnel peut et doit anticiper. Face à cette menace qui paraît croissante en France en 2015 (Fig. 1), nous avons essayé d'interroger nos pratiques à partir d'un état des lieux de ce qui avait été fait et discuté dans les équipes d'inter-secteur parisiens de psychiatrie infanto-juvénile dans les suites des attentats de janvier 2015. L'objectif était de tenter d'apporter quelques recommandations à la lumière de cette expérience afin de se préparer mieux en cas de nouveaux attentats.

2. Rappels sur le psycho-traumatisme de l'enfant et l'adolescent

2.1. Qu'est-ce qu'un « traumatisme collectif » ?

Le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) définit que dans les troubles psycho-traumatiques,

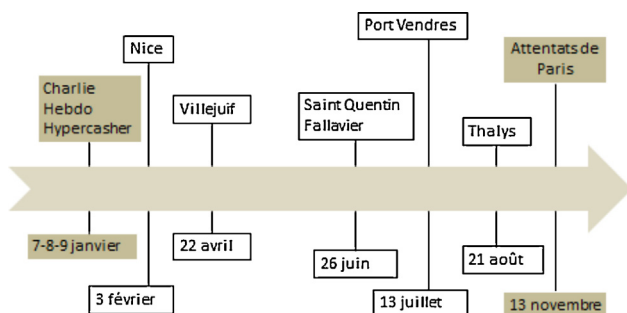


Fig. 1. Historique des attentats et tentatives d'attentat en 2015 en France.

les patients doivent impérativement avoir été témoins d'un « événement adverse » [1], c'est-à-dire un événement d'une particulière violence où la vie est mise en danger de manière immédiate comme la menace de mort ou de blessure grave, pour soi ou un tiers, les agressions sexuelles ou les violences physiques.

Le trauma dans l'acception classique est la « rencontre avec le réel de la mort » tel que le formule Claude Barrois [2]. Il ne s'agirait plus uniquement d'être confronté à la vision de blessés graves, de cadavres, mais aussi d'avoir une conscience aiguë lors de cette confrontation du risque de sa propre mort, ce qui fait rupture, effraction avec le fonctionnement antérieur.

Dans la cinquième version du DSM, la notion d'événement adverse a été étendue au fait d'être exposé de manière répétée au récit détaillé de traumatismes ou d'avoir une proximité importante avec des victimes. Cette occurrence correspond à une entité clinique qui avait été dénommée préalablement sous le terme de traumatisme secondaire ou vicariant.

Leonor Terr a aussi distingué deux types de psycho-traumatismes : le type I correspondant à un unique événement soudain et massif, et le type II qui est lié à des événements répétés et durables, dont le cas le plus classique est la maltraitance infantile [3].

Enfin, les traumatismes « collectifs » se rapportent aux situations où le trauma ne concerne plus un individu isolé mais une collectivité conférant au traumatisme une dimension sociale.

2.2. Quelles sont les spécificités cliniques du trauma de l'enfant ?

Même si le trauma de l'enfant et de l'adulte ont en commun le syndrome de répétition, comme pour les autres pathologies de l'enfant et l'adolescent, décrire la clinique du trauma ne peut

se réduire à la retranscription d'une symptomatologie adulte-morphe :

- de nombreux travaux, notamment ceux de Sheeringa [4], mettent en évidence une expression spécifique de la clinique de l'état de stress post-traumatique (ESPT) chez l'enfant, ce qui a conduit à modifier les critères du DSM IV pour les compléter et créer un sous-type pour l'enfant d'âge préscolaire [5] (Tableau 1). La répétition s'exprime ainsi plus volontiers au travers du jeu, l'anxiété dans le registre corporel, les difficultés relationnelles à l'école ;
- les traumatismes précoces influencent les représentations que conservera l'enfant tout au long de sa vie, et impactera son rapport au monde [6]. Le trauma, pathologique ou non, vient bousculer les repères identitaires, et moduler la personnalité de manière durable. Et lorsqu'une symptomatologie apparaît, elle peut altérer les apprentissages intellectuels, l'attachement et l'individuation, et les interactions sociales indispensables à la construction de soi [7] ;
- enfin le repérage, la prise en charge et l'abord du trauma se feront avec des techniques et outils différents de ceux de l'adulte et s'adapteront au stade développemental de l'enfant [8]. Parmi les échelles francophones validées chez l'enfant, on peut citer la Clinician Administred PTSD Scale (CAPS-CA), qui est recommandée par les consensus internationaux, et la Child Post-Traumatic Stress Reaction Index pour les enfants (CPST-RI) validée en langue française par l'équipe du centre hospitalier universitaire de Toulouse [9]. De nombreuses études mettraient en évidence l'efficacité des prises en charge groupale et l'intérêt d'un environnement contenant et soutenant [10–13].

3. Méthode de l'enquête

Après un temps d'échange au sein du CMP du 12^e, nous avons contacté par mail l'ensemble des CMP enfants et adolescents de Paris ($n = 22$), ainsi que ceux de Vincennes. Nous avons réalisé des interviews auprès de 9 chefs de CMP, 3 sous la forme d'entretiens directs et 6 par téléphone. Il s'agissait d'entretiens libres s'appuyant sur un questionnaire qui avait pour objectif d'explorer les conséquences des attentats sur plusieurs plans :

- le déroulé factuel des événements et impact éventuel sur le fonctionnement des CMP ;
- le retentissement des attentats sur les patients du secteur ;
- la perception du psycho-traumatisme par les soignants, en particulier lorsqu'il a un caractère collectif ;
- les éventuelles réflexions sur les pistes d'amélioration à envisager.

Les données recueillies ont été complétées par le point de vue de spécialistes du psycho-traumatisme de l'enfant : l'équipe de la consultation transculturelle et psycho-traumatisme de l'hôpital Sainte Anne du Docteur Yoram Mouchenik, et le Docteur Gilbert Vila, responsable du centre de victimologie pour mineurs de l'hôpital Trousseau.

4. Résultats et analyse

4.1. Déroulé des événements

La fusillade du mercredi 7 janvier à Charlie Hebdo a peu impacté le fonctionnement des CMP. Les personnels ont poursuivi leur travail, malgré le choc émotionnel. Le CMP du 4^e arrondissement semble avoir été le plus touché. Le lendemain, leur responsable a réuni son équipe et a prononcé un bref discours pour se rassembler dans une émotion partagée, avec l'idée qu'attaquer les journalistes de Charlie, c'était un peu comme attaquer une part d'enfance de chacun.

Lors de la seconde attaque, le 9 janvier, 3 CMP ont été directement touchés par la prise d'otage de l'hyper-casher : celui du 20^e, et les CMP enfants et adolescents de Vincennes. Ils ont été amenés à prendre des mesures de confinement et avaient en charge une population impliquée. Il a pu être craint que le confinement ne soit mal vécu par les jeunes présents, ce qui n'a pas été le cas. Certains personnels étaient préoccupés par leurs propres enfants scolarisés dans des établissements du quartier, eux aussi confinés. À l'issue du confinement, les personnels ont raccompagné chez eux les enfants qui n'étaient pas avec leurs familles avant de quitter le CMP ensemble. L'un des points soulevés est l'importance de la qualité de la communication et du soutien institutionnel des équipes confinées au travers de contacts téléphoniques réguliers avec les services de police et leurs institutions hospitalières.

Par la suite, les événements ont eu peu de conséquences sur le fonctionnement des structures. Seul le CMP du 20^e a été convié par la mairie à une réunion, avec les représentants de la cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP) et des associations au profit des victimes. Une cellule de soutien psychologique a été créée de manière temporaire par cette mairie pour répondre à la demande spécifique de la population après les attentats.

4.2. Réactions des enfants

4.2.1. Demandes de soins exprimées dans la suite des attentats

Seuls 4 CMP sur les 10 nous ont rapporté avoir reçu des demandes de soin en lien direct avec les événements. On compte au total 10 demandes sur lesquelles 3 ont conduit à une prise en charge en CMP.

Le CMP de Vincennes avait reçu une demande de la part de la famille prise en otage dans l'hyper-casher, mais la famille ne s'est pas présentée le lendemain au rendez-vous proposé. En pratique, cette famille a bénéficié d'une prise en charge à la consultation des victimes mineures de Trousseau. Le CMP du 20^e a reçu 6 demandes, qui ont été réorientées vers la cellule de psychologues que la mairie du 20^e avait mis en place. Deux autres demandes ont été comprises comme une continuité des troubles antérieurs. Un jeune, déjà pris en charge et présentant des traits limites, s'est mis à mimer dans la cour de récréation le fait de tirer avec une kalachnikov, en disant qu'il était Coulibaly, avec une excitation manifeste et une expression de toute puissance. Les enseignants ont été choqués, et ont contacté le CMP

Tableau 1

Critères DSM-5 de l'état de stress post-traumatique.

Critères	ESPT adulte	ESPT enfant d'âge pré-scolaire
A. Stresseur	Effroi ± Dissociation péri-traumatique Exposition directe ou indirecte	Absence d'effroi au moment du trauma possible Vulnérabilité/environnement
B. Symptômes intrusifs	Cauchemars traumatiques Répétition à l'identique Endormissement retardé Reviviscences diurnes Flash-backs	Cauchemars en lien mais non identiques Terreurs nocturnes Peur de l'endormissement Jeux répétitifs Play re-enactment
C. Évitement	Repli social Évitement des lieux, des personnes, des conversations rappelant le trauma	Isolément Évitement des lieux, des personnes, des conversations rappelant le trauma
D. Altération des cognitions et de l'humeur	Modifications caractérielles	Crises de colère Perte d'intérêt pour le jeu Phobie scolaire États émotionnels négatifs Régressions Difficultés d'apprentissage Difficultés de séparation Réactions excessives aux stimuli Difficultés de concentration
E. Altérations de l'éveil et la réactivité	Agoraphobie Sursauts	Dépression Autres troubles anxieux Addictions comportementales
F. Comorbidités	Addictions Dépression Autres troubles anxieux	

pour savoir comment réagir. La seconde concernait un enfant de 5 ans et demi adressé à la cellule mise en place au CMP du 12^e. L'école avait identifié des difficultés préalablement, depuis environ un an, dans le contexte de violences familiales, et s'est saisie de la majoration de son agitation après janvier pour l'orienter vers les soins. Enfin, un jeune de 14 ans a présenté un syndrome dépressif sans signes psychotiques dans les suites des attentats, il a été adressé au CMP du 13^e après avoir consulté aux urgences de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière.

La méthodologie de l'enquête ne permettait pas un recueil précis, mais compte tenu du bassin de population pris en charge par les CMP, les chiffres sont, quoi qu'il en soit, nettement en deçà de ce qui pouvait être attendu. La comparaison aux données épidémiologiques n'est pas aisée car les données sont très hétérogènes en fonction du type d'évènement. À titre de repère, après le 11 septembre 2001, il était retrouvé des taux de troubles psycho-traumatiques chez les jeunes New-Yorkais entre 12,6 % et 18 % [14,15].

Comment pourrait-on expliquer l'absence de demandes de soin ? L'une des hypothèses serait que la majorité des jeunes de la région parisienne ont été peu impactés du fait de facteurs protecteurs : distance avec l'évènement, absence de blessures physiques, niveau de violence subie personnellement limité. On peut supposer qu'ils ont ressenti de l'anxiété mais que les adultes les entourant, la cohésion et le soutien du groupe social les ont aidés efficacement. Ces facteurs protecteurs sont en concordance avec ceux retrouvés habituellement [16–19].

On pourrait aussi supposer que certains jeunes en souffrance ne sont tout simplement pas venus consulter. L'accès aux soins dans les traumatismes psychiques est entravé par de multiples obstacles tenant à la pathologie elle-même : indicibilité, honte, repli ou évitement, et absence de confiance dans les soins, souvent méconnus par ailleurs [20]. Un premier retour suite aux

attentats de novembre suggère d'ailleurs que certains patients ont consulté en urgence pour un redoublement du traumatisme du mois de janvier [17,18].

Ils auraient pu s'appuyer sur d'autres ressources que les CMP de secteur, en particulier sur les associations au profit de victimes. L'œuvre de secours enfants (OSE) nous a rapporté ne pas avoir eu de demande spontanée, mais quelques enfants ont bénéficié de leurs soins après avoir été repérés après des interventions au sein d'écoles de confession juive. De même les services d'urgences (Robert-Debré, Pitié-Salpêtrière) ou les centres interhospitaliers d'accueil permanent pour adolescents contactés n'ont pas relevé de majoration substantielle de leur activité dans les suites des attentats de janvier, sachant que les premiers retours des attentats de novembre montrent par contre une nette augmentation des recours à l'urgence.

4.2.2. Autres réactions des enfants et adolescents pris en charge

Le plus souvent, les CMP ont décrit une symptomatologie où les enfants présentant des angoisses pré-existantes se sont saisis de l'évènement et ont focalisé leurs angoisses sur lui. Ainsi ceux qui avaient déjà un vécu persécutif du monde ont remplacé les monstres qui peuplaient déjà leur imaginaire par les terroristes et les armes à feu. Seuls trois cas de patients correspondaient à une décompensation significative, et dans ces trois cas, il s'agissait de jeunes présentant un trouble du spectre autistique.

Il a été relevé une exacerbation d'angoisse chez un jeune que la mère pensait protéger en lui affirmant qu'il ne s'était rien passé et que tout était faux. Il était pris entre le discours de sa mère et les éléments de réalité qui s'imposaient à lui et s'est apaisé après clarification. Nombreux étaient ceux qui comme lui étaient en demande d'explications notamment dans la tranche d'âge des 6–12 ans. Les questionnements ont souvent été relayés

aux familles, à même d'y donner du sens. À noter que les questionnements étaient plus prégnants chez les jeunes de confession juive.

À l'inverse, de ceux-ci, certains enfants n'en ont pas parlé du tout, tandis que d'autres banalisaient. Un enfant a ainsi présenté le confinement en disant simplement « on a attendu dans l'école ».

Les enfants les plus touchés apparaissent être ceux présentant des troubles du spectre autistique. Pour eux, la barrière entre le monde interne et externe est plus perméable, et donc ils auront été particulièrement sensibles aux mouvements anxio-gènes environnementaux. Les autres jeunes s'en sont défendus en cherchant à donner du sens à leur expérience, en rationalisant. Lors du congrès de l'Association de langue française pour l'étude du stress et du trauma, le 15 décembre 2015, Marie-Frédérique Bacqué rapportait les propos d'un enfant à qui elle devait annoncer un décès, qui illustre bien ce besoin d'une clarté adaptée : « on veut la vérité, mais avec des mots gentils ». Les adultes auraient ainsi à jouer le rôle d'une barrière protectrice autour des enfants, leur permettant selon la formule de Winnicott de « garder la foi en l'environnement » [21].

4.3. Réactions des soignants

4.3.1. Dimension sociale du trauma collectif

Dans toutes les équipes rencontrées, les médecins ont rendu compte du fait que les attentats de janvier avaient eu un retentissement émotionnel notable sur leurs équipes, alors même que le travail se poursuivait. Ils étaient touchés par ce qui c'était produit rendant compte parfois d'un sentiment d'identification aux victimes. Dans ces traumatismes collectifs, les soignants, en tant qu'individus, sont peu ou prou eux-mêmes concernés, si ce n'est impliqués.

La structure de secteur s'inscrit dans une territorialité géographique et dans une communauté sociale. Dans la même salle d'attente, dès le lundi 12 janvier se retrouvaient les familles de confession musulmane ou juive habituellement suivies. Il y avait un besoin de resserrer les liens sociaux dans l'équipe, mais aussi avec les populations prises en charge, par exemple pendant la minute de silence et même de manière plus large au sein de la société. Comme le dit Christian Lachal : « Intervenir c'est faire partie de cette histoire collective, mettre en lien ceux qui ont vécu un trauma avec le groupe sociétal auquel nous appartenons » [22].

4.3.2. Approche contre-transférentielle du trauma

Lors des prises en charge de patients présentant un psycho-traumatisme, le thérapeute risque d'être confronté à un récit cru, associé à de nombreux détails du registre sensoriel, provoquant des réactions tantôt d'effroi, tantôt de fascination, et conduisant parfois à des contre attitudes qui sont délétères. Les effets sur les soignants sont différents de ceux rencontrés dans d'autres pathologies, encore plus lorsqu'il s'agit de traumas collectifs. L'un des médecins interrogés dans l'enquête reconnaissait que « ce ne sont pas des consultations banales ». L'empathie du trauma est complexe, être suffisamment proche pour que le patient

s'autorise à se confier, mais sans être dans l'identification. Comme l'exprime Marie-Rose Moro : « Pour pouvoir soigner les traumas et en particulier les traumas infantiles, il faut se laisser affecter par le trauma et transformer ces effets en leviers thérapeutiques, en tuteur d'activité ou de résilience pour le patient et son entourage » [6].

5. Recommandations

5.1. À la phase aiguë

Au regard de ce que nous avons constaté dans les suites des attentats de janvier, il apparaîtrait utile de réfléchir à des dispositifs pour formaliser la conduite à tenir dans les CMP en situation de crise. Cela permettrait de mettre en évidence ce qui est susceptible d'être amélioré de manière pratique, et de constituer une sorte de guide à chaque CMP et chaque événement. Lorsque c'est possible, il serait aussi souhaitable de mettre en œuvre un accompagnement institutionnel des équipes confinées, par exemple par téléphone, pendant la période aiguë. Dans les suites, il s'agirait d'évaluer les conséquences de l'événement sur l'équipe et l'intérêt d'un soutien éventuel.

5.2. Proposer un parcours de soin coordonné

La circulaire interministérielle de février 2014 indique que les CUMP n'ont pas vocation à assurer le suivi des patients nécessitant une prise en charge psychiatrique au-delà des soins immédiats et post-immédiats [23]. Le relais de cette prise en charge pourrait être réalisé par les structures de secteurs à condition que les personnels des CMP soient suffisamment disponibles, d'une part, matériellement mais aussi au plan psychique (personnels volontaires, formés, avec un degré d'implication personnelle dans l'événement traumatique raisonnable). On pourrait envisager des partenariats avec les structures spécialisées dans le psycho-traumatisme ou les associations au profit de victimes dans cette perspective. Penser une coordination entre les différents secteurs pourrait aussi être utile afin d'assurer un maillage adapté en cas d'événement de grande ampleur.

5.3. Repérer et prendre en charge les enfants et adolescents confrontés à un traumatisme collectif

L'absence de demande spontanée, alors même qu'il est probable que de nombreux jeunes auraient bénéficié de soins, met en évidence la nécessité d'une démarche active vers ces patients. L'approche collective semblerait être la plus appropriée au regard de ce qui est décrit pour aborder le trauma collectif. Il serait intéressant de penser des interventions groupales, par exemple au sein des écoles, pour dépister et accompagner les enfants et adolescents, comme cela a été mis en place dans d'autres pays plus régulièrement exposés à ce type d'événement [23,24]. Au-delà de la prise en charge des jeunes, l'étayage des adultes les environnant (familles, équipes éducatives...) est aussi une voie à explorer [19]. Enfin, pour les soignants fortement impliqués dans les soins des enfants confrontés aux

traumatismes collectifs, il apparaît pertinent de proposer une supervision afin de limiter les effets de transmission du trauma [25].

6. Conclusion

Ce que nous avons constaté invite à une remise en cause des dispositifs actuels, et ce d'autant plus que, comme nous l'avons dit en introduction, nous nous attendons à d'autres attaques. Il s'agirait d'essayer de se préparer au mieux. Chacun pourrait avoir sa place, mais cela nécessiterait d'être coordonnés pour que les patients aient une vision cohérente de ce qui est possible pour eux. L'objectif serait ainsi de permettre aux enfants et adolescents de sortir de la répétition et reprendre le cours de leur existence en intégrant cette expérience dans leur trajectoire de vie, et de retrouver ce à quoi nous sommes tant attachés pour eux, leur liberté chérie.

Déclaration de liens d'intérêts

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

Remerciements

Nous tenons à remercier l'ensemble des personnes qui ont eu la gentillesse de prendre le temps de nous accompagner dans cette enquête, en particulier les CMP des 4^e, 5^e, 6^e, 12^e, 13^e, 15^e, 16^e, 20^e arrondissements de Paris, et les CMP enfants et adolescents de Vincennes. Nous remercions également les docteurs Mouchenik et Vila pour avoir accepté nos propositions d'entretiens.

Références

- [1] Asso AP. DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux : texte révisé. 2^e édition Issy-les-Moulineaux: Éditions Masson; 2003, 1064 p.
- [2] Barrois C. Les névroses traumatiques : le psychothérapeute face aux détresses des chocs psychiques. 2^e édition Paris: Dunod; 1998, 248 p.
- [3] Terr LC. Childhood traumas: an outline and overview. *Am J Psychiatry* 1991;148(1):10–20.
- [4] Scheeringa MS, Myers L, Putnam FW, Zeanah CH. Diagnosing PTSD in early childhood: an empirical assessment of four approaches. *J Trauma Stress* 2012;25(4):359–67.
- [5] Association AP, Crocq M-A, Guelfi J-D, Boyer P, Pull C-B, Pull M-C. DSM-5 – manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5^e édition Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015, 1176 p.
- [6] Moro M-R, Asensi H, Feldman M, Collectif, Cyrulnik B. Devenir des traumas d'enfance. *Pensée sauvage*; 2014, 270 p.
- [7] Benarous X, Consoli A, Raffin M, Cohen D. Abus, maltraitance et négligence : (1) épidémiologie et retentissements psychiques, somatiques et sociaux. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2014;62(5):299–312.
- [8] Benarous X, Consoli A, Raffin M, Cohen D. Abus, maltraitance et négligence : (2) prévention et principes de prise en charge. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2014;62(5):313–25.
- [9] Olliac B, Birmes P, Bui E, Allenou C, Brunet A, Claudet I, et al. Validation of the French version of the Child Post-Traumatic Stress Reaction Index: psychometric properties in French speaking school-aged children. *PLoS One* 2014;9(12):e112603.
- [10] Pfefferbaum B, Jacobs AK, Nitiéma P, Everly GS. Child debriefing: a review of the evidence base. *Prehospital Disaster Med* 2015;30(3):306–15.
- [11] Gillies D, Taylor F, Gray C, O'Brien L, D'Abrew N. Psychological therapies for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents (Review). *Evid-Based Child Health Cochrane Rev J* 2013;8(3):1004–116.
- [12] Ertl V, Pfeiffer A, Schauer E, Elbert T, Neuner F. Community-implemented trauma therapy for former child soldiers in northern Uganda: a randomized controlled trial. *JAMA* 2011;306(5):503–12.
- [13] Vila G, Bertrand C. Exposition de l'enfant au facteur traumatique et réaction parentale. Analyse des interactions et modélisation. *Rev Fr Stress Trauma* 2003;3(2):83–91.
- [14] Fairbrother G, Stuber J, Galea S, Fleischman AR, Pfefferbaum B. Posttraumatic stress reactions in New York City children after the September 11, 2001, terrorist attacks. *Ambul Pediatr* 2003;3(6):304–11.
- [15] Pfefferbaum B, Stuber J, Galea S, Fairbrother G. Panic reactions to terrorist attacks and probable posttraumatic stress disorder in adolescents. *J Trauma Stress* 2006;19(2):217–28.
- [16] Birmes P, Raynaud J-P, Daubisse L, Brunet A, Arbus C, Klein R, et al. Children's enduring PTSD symptoms are related to their family's adaptability and cohesion. *Community Ment Health J* 2009;45(4):290–9.
- [17] Wolmer L, Hamiel D, Versano-Eisman T, Slone M, Margalit N, Laor N. Preschool Israeli children exposed to rocket attacks: assessment, risk, and resilience. *J Trauma Stress* 2015;28(5):441–7.
- [18] Lonigan CJ, Shannon MP, Taylor CM, Finch AJ, Sallee FR. Children exposed to disaster: II. Risk factors for the development of post-traumatic symptomatology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994;33(1):94–105.
- [19] Melnyk BM, Alpert-Gillis L, Feinstein NF, Crean HF, Johnson J, Fairbanks E, et al. Creating opportunities for parent empowerment: program effects on the mental health/coping outcomes of critically ill young children and their mothers. *Pediatrics* 2004;113(6):e597–607.
- [20] Lachal C, Ouss-Ryngaert L, Moro MR. Comprendre et soigner le trauma en situation humanitaire. Paris: Dunod; 2003.
- [21] Winnicott DW, Michelin M, Rosaz L. Les enfants et la guerre. Paris: Payot; 2004.
- [22] Lachal C. Comment se transmettent les traumas?: traumas, contre-transferts, empathie et scénarios émergents. Grenoble: Pensée sauvage; 2015, 286 p.
- [23] Berger R, Pat-Horenczyk R, Gelkopf M. School-based intervention for prevention and treatment of elementary-students' terror-related distress in Israel: a quasi-randomized controlled trial. *J Trauma Stress* 2007;20(4):541–51.
- [24] Stein BD, Jaycox LH, Kataoka SH, Wong M, Tu W, Elliott MN, et al. A mental health intervention for schoolchildren exposed to violence: a randomized controlled trial. *JAMA* 2003;290(5):603–11.
- [25] Lachal C, Moro MR. Le partage du traumatisme : contre-transferts avec les patients traumatisés. Grenoble: Pensée sauvage; 2006, 125 p.