



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'emballa. 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 décliné 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.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5045000>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5045000>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)