

Du Confinement au Déconfinement :

Nouvelles Perspectives en Pédopsychiatrie



Sous la direction de
Sylvie Tordjman
Carmen Schröder
Richard Delorme

Du Confinement au Déconfinement :

Nouvelles Perspectives en Pédopsychiatrie

Sous la direction de
Sylvie Tordjman
Carmen Schröder
Richard Delorme



Pôle Nord lab
Studio de création numérique
dédié à la communication d'entreprise

Conception
[Pôle Nord lab](#)

Table des matières

I

Le confinement en 4 C : Claustration, Compression temporo-spatiale, Contrainte, et Contamination

- 2 Claustration
- 5 Compression temporo-spatiale
- 8 Contrainte
- 9 Contamination
- 11 Conséquences psychologiques du confinement : perspectives thérapeutiques
- 11 Du confinement au déconfinement
- 12 Bibliographie
- 12 Pour en savoir plus

II

Sommeil et confinement

- 14 Dérégulation et désynchronisation des rythmes veille-sommeil en période de confinement
- 15 Effet du stress sur le sommeil et du sommeil sur la régulation des émotions
- 17 Conseils pour aider l'enfant à mieux dormir
- 18 Conclusions
- 19 Bibliographie
- 19 Pour en savoir plus

III

Organiser le temps des devoirs scolaires en augmentant la motivation de l'enfant durant le confinement

- 22 Organiser le temps des devoirs scolaires ⁽¹⁾
- 26 Augmenter la motivation de l'enfant au travail ⁽²⁾
- 29 Maintenir son organisation et sa motivation pour les devoirs au-delà du confinement ?
- 29 Biographie
- 30 Pour en savoir plus

IV

Psychiatrie périnatale en période d'épidémie COVID-19

- 31 Conséquences du confinement sur la population générale en période périnatale
- 33 Conséquences sur les personnes vulnérables
- 34 Outils développés de prévention et prise en charge thérapeutique des possibles conséquences psychiques du confinement dans les départements et régions
- 35 Outil spécifique départemental
- 36 Expérience des entretiens téléphoniques ^(7,8)
- 37 Le point sur les visites à domicile (VAD)
- 37 Perspectives pour le futur (phase de déconfinement)
- 37 Bibliographie
- 38 Pour en savoir plus

V

Effets du confinement en temps de pandémie et ressources pour y faire face en pédopsychiatrie

- 39 Quelques essentiels du courant intégratif en pédopsychiatrie
- 40 Effets de la pandémie et du confinement
- 43 Quelques essentiels de l'utilisation de la téléconsultation
- 44 Propositions thérapeutiques
- 47 Perspectives : le confinement, trouver un sol à soi ?
- 47 Bibliographie
- 47 Pour en savoir plus

VI

Les adolescents en confinement : Une plateforme téléphonique spécialisée

- 48 Le confinement et ses possibles conséquences
- 50 Les objectifs de la plateforme téléphonique
- 50 Mise en place de la plateforme téléphonique
- 51 Articulation entre la plateforme téléphonique et le dispositif de l'Éducation nationale
- 52 L'expérience actuelle dans le cadre du confinement
- 52 Bibliographie
- 52 Pour en savoir plus

VII

Les art-thérapies en période de confinement

- 53 Pourquoi recourir aux arts-thérapies en période de confinement ?
- 54 Comment penser un dispositif d'art-thérapie à distance ?
- 55 Les outils de lien possibles
- 55 Exemples de dispositifs
- 58 Et après le déconfinement ?
- 58 Bibliographie
- 58 Pour en savoir plus

VIII

Hypnose en période de confinement : Intérêts pour les enfants, adolescents, parents et soignants

- 59 La pratique de l'hypnose
- 60 Intérêts de l'hypnose en période de confinement
- 61 Les outils numériques : une solution adaptée
- 61 Outils élaborés pour le confinement
- 65 Intérêts de l'hypnose en téléconsultation après le confinement ?
- 65 Bibliographie
- 65 Pour en savoir plus

IX

EMDR et télésanté chez l'enfant et l'adolescent en confinement

- 67 Confinement et psychotraumatisme
- 67 EMDR chez l'enfant et l'adolescent
- 70 Loin des yeux, près du cœur : EMDR pour le « téléclinicien »
- 71 Déconfinement et résilience : prévoir le coup d'après
- 71 Remerciements
- 72 Bibliographie
- 72 Pour en savoir plus

X

Conclusions et perspectives : Du confinement au déconfinement

- 74 Repenser le système de santé mentale en y intégrant les outils à distance de téléconsultation
- 76 Synchronisation des rythmes physiologiques
- 77 Intérêts du changement de lieux
- 77 Rôle du mouvement
- 78 Les 4 C des compétences du 21^{ème} siècle
- 81 Histoire à suivre...
- 82 Bibliographie
- 82 Pour en savoir plus

I

Le confinement en 4 C : Claustration, Compression temporo-spatiale, Contrainte, et Contamination

Sylvie Tordjman



Sylvie Tordjman

Professeur en Pédopsychiatrie, Chef du Pôle Hospitalo-Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (PHUPEA), Centre Hospitalier Guillaume Régnier et Université de Rennes 1 ; Laboratoire de Psychologie de la Perception (LPP), CNRS UMR 8242 et Université de Paris;

Présidente de l'Association des Equipes Mobiles en Psychiatrie (AEMP).

E-Mail : s.tordjman@yahoo.fr s.tordjman@ch-guillaumeregner.fr

Un confinement a été imposé face à la pandémie de COVID-19 qui a touché 182 pays, soit 92% des pays reconnus par l'ONU. Il peut être utile de rappeler la définition du mot *confinement* telle qu'elle est donnée dans le dictionnaire du Littré, à savoir « action de reléguer quelqu'un dans un lieu ». Cette définition renvoie d'emblée à plusieurs dimensions du confinement, à savoir la clausturation (réclusion au domicile par crainte des contacts sociaux) avec un isolement social ; la compression temporo-spatiale (espace-temps confiné), la contrainte (restriction de liberté, notamment de ses déplacements, de ses mouvements), et bien sûr la contamination dont le risque est à l'origine du confinement. Nous reviendrons sur chacune de ces dimensions afin de mieux comprendre les possible conséquences psychologiques du confinement, et les réponses à y apporter pour en prévenir et traiter les effets.

Claustration

Dans cette période de clausturation et d'isolement où les contacts sociaux sont réduits, il est plus que jamais nécessaire de créer des liens et de les maintenir durant tout le confinement et après sa sortie.

Pour ce faire, des outils de communication à distance sont disponibles et vont de l'utilisation simple du téléphone à celle de la vidéo-transmission (visioconférence). Ces outils permettent d'établir une communication rapide et efficace, et d'informer. La téléconsultation est une consultation médicale à distance par des technologies de l'information et de la communication. Elle nécessite une sécurisation des données et peut se faire par téléphone, vidéo-transmission, mais aussi par courrier électronique.

Importance d'informer

Les outils de communication sont précieux pour transmettre des informations importantes, et plus particulièrement rétablir certains faits face à des rumeurs erronées qui entretiennent la peur en période de confinement (voir fiche sur « préparer les enfants et adolescents à l'existence de *fake news* sur Internet » : https://eduensemble.org/wp-content/uploads/2020/02/Fiche-1_OPSP_final-relu.pdf). Ces outils de communication offrent un accès à des informations variées et à un espace de réflexion à partir d'échanges sur les informations, permettant une analyse critique de ces informations avec une distanciation et une synthèse adaptée à la situation. Le manque de clarté des informations délivrées par le gouvernement en matière de Santé publique, notamment sur le COVID-19 ainsi que les raisons du confinement et sa durée, est source de confusion. La compréhension et meilleure représentation de la situation de confinement (efficacité, modalités, durée, etc.) améliorent sa tolérance. Plusieurs études ont mis en évidence le rôle clé de l'information pour les personnes en confinement : [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30460-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30460-8/fulltext)

Importance d'établir et maintenir les liens

La claustration nécessite de développer et soutenir la communication sociale, en particulier pour les personnes en confinement. L'intérêt de la construction et du maintien d'un lien est développé ci-après, tant pour les équipes (voir l'encadré), que pour les patients et leur famille (voir la section qui suit sur les plateformes téléphoniques). Les liens sociaux sont essentiels, et ce quel que soit l'âge (voir fiche) : https://eduensemble.org/wp-content/uploads/2020/02/Fiche-20_OPSP_RS.pdf

Les liens d'équipe

Sylvie Tordjman, Henry Fagon

Réunions hebdomadaires d'équipe (téléphoniques)

Les réunions d'équipe hebdomadaires ont été maintenues au moyen de conférences téléphoniques, et ce pour toutes les unités du PHUPEA (équipes mobiles, unités d'hospitalisation, Centre National d'Aide aux enfants à Haut Potentiel, consultation adolescents, centres médico-psychologiques : CMP). Le retour qu'en font les professionnels, après plus d'un mois et demi d'utilisation, est très positif : ces réunions téléphoniques hebdomadaires permettent de maintenir les liens professionnels et humains entre les membres de l'équipe, notamment pour les personnes en télétravail, de prendre de leurs nouvelles et de leur transmettre des informations. Cela renforce le sentiment d'appartenance à une équipe, la cohésion de groupe en rassemblant les professionnels autour d'une expérience commune, d'un éprouvé partagé, et en les aidant à s'adapter ensemble à la pratique de la téléconsultation. Ce lien téléphonique offre un soutien important aux professionnels qui peuvent se sentir seuls, isolés, voire exclus après des jours de confinement au domicile et de séparation d'avec leurs collègues. Il évite, en particulier, des effets de stigmatisation pour les professionnels COVID +. On comprend mieux la fonction de prévention en santé mentale décrite pour ce type de dispositif appliqué aux membres d'un staff médical en période de confinement : [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30460-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30460-8/fulltext)

La réunion téléphonique hebdomadaire garantit aussi le maintien et la coordination de la continuité des soins concernant une famille ou un enfant. Elle permet d'éviter, d'une part un effet de « surcharge » des familles (avec une succession d'appels et de redites par les professionnels en télétravail), mais aussi d'autre part, un sentiment d'abandon chez les patients qu'on pourrait oublier du fait de l'interruption du suivi en présentiel ! Ce point hebdomadaire est un temps d'ajustement du suivi (nombre d'appels par semaine, etc.) qui évalue aussi l'évolution de la situation clinique et la nécessité ou non d'un rendez-vous physique.

La communication des informations joue ici un rôle essentiel, permettant d'être rassuré, de s'organiser sur le plan clinique et institutionnel, se représenter ce qui va se passer, se projeter ensemble dans l'après. La qualité des informations, ciblées et concises (temps de parole limité), a été rapportée par l'ensemble des professionnels, tout comme la qualité de la communication (réelle écoute, moins de « dilution verbale », plus de concentration). Un cadre de fonctionnement de ces conférences téléphoniques est, pour certaines équipes, devenu rapidement indispensable : il est nécessaire de s'annoncer quand on entre en communication, apprendre à s'écouter mutuellement sans se couper la parole, etc. La durée d'1 heure de réunion téléphonique est apparue pour beaucoup un peu courte, mais une durée de 2 heures semblait elle trop longue au regard du relâchement des capacités attentionnelles. Enfin, la fréquence hebdomadaire des réunions a permis de mettre en place un réel processus régulier dans lequel les professionnels ont pu s'engager, au point que ces échanges téléphoniques ont été vécus comme un outil complémentaire à la pratique clinique et une expérience très appréciée.



Henry Fagon, Cadre de Santé, PHUPEA

Réunions hebdomadaires inter-équipes (téléphoniques et en visioconférence)

Des réunions téléphoniques hebdomadaires ont été aussi mises en place pour échanger entre les équipes mobiles de l'AEMP (Association des Equipes Mobiles en Psychiatrie). Ces réunions ont été une véritable source d'informations sur des pratiques en fait très diversifiées des équipes mobiles en psychiatrie qui se sont organisées différemment face au confinement (maintien ou non des VAD, protection sanitaire allant du port de masque à l'équipement complet avec prise de température des familles, etc.). Une dynamique de partage d'expériences et de soutien s'est instaurée avec envoi de documents informatifs, mais aussi de photos et vidéos humoristiques ponctuées de « take care » tout aussi essentiels !

L'identité groupale s'est également renforcée au fil de ces réunions hebdomadaires, comme décrit précédemment pour les réunions d'équipes du Pôle PHUPEA, et s'est illustrée par la participation des équipes mobiles de l'AEMP à des recherches communes ainsi qu'à la rédaction collective d'une motion pour soutenir plus particulièrement les équipes mobiles de psychiatrie du sujet âgé en difficulté face au confinement des EHPAD.

La construction et le maintien régulier d'un lien téléphonique entre des personnes, des équipes d'une même institution ou d'une institution différente, permet de tisser à distance une toile relationnelle qui soutient l'individu en période de confinement, le sort de son isolement social, en s'étayant sur les ressources de l'autre et du groupe.



AEMP (Association des Equipes Mobiles en Psychiatrie)

Plateformes téléphoniques : communication, collaboration, prévention et soin

Dès le début du confinement, des plateformes téléphoniques ont été mises en place offrant des espaces d'écoute et de communication, mais aussi de prévention (accompagnement, soutien, repérage précoce des possibles effets psychologiques du confinement), et de prise en charge thérapeutique (notamment des troubles anxiodépressifs, du stress et trauma), avec un suivi à distance par téléconsultation individuelle ou groupale (soutien par un groupe de parole, etc.).

Ces plateformes téléphoniques s'inscrivent dans un réseau social et renvoient aux personnes confinées qu'on ne les a pas oubliées : [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30460-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30460-8/fulltext)

Des plateformes spécialisées sur l'enfant et sa famille sont nécessaires afin d'assurer les prises en charge thérapeutiques auprès des populations vulnérables à besoins spécifiques nécessitant un niveau d'expertise dans le domaine concerné (de la périnatalité à l'enfance et l'adolescence, avec un soutien à la parentalité et aux familles en difficulté).

Des plateformes départementales *Périnatalité* et *Adolescents* seront décrites dans cet ouvrage, respectivement aux chapitres IV et VI. On peut souligner d'emblée l'importance des collaborations avec les professionnels de première ligne, maternités et PMI pour la plateforme *Périnatalité* et professionnels de l'Éducation nationale pour la plateforme *Adolescents* (comme les enseignants en lien avec les jeunes pour les cours et devoirs), qui vont se préoccuper des enfants et parents possiblement en difficulté et alerter.

Compression temporo-spatiale

Compression temporelle

Le temps perdu - le temps suspendu

On peut, malgré la diversité des représentations de la temporalité et des mesures du temps qui en découlent, retrouver certaines constantes présentes quel que soit le choix de la référence au temps, comme la notion de mouvements répétés avec un rythme stable qui va permettre de définir des unités de temps égales et invariables (1). Or, lors du confinement, il apparaît une distorsion de la perception du temps : le temps semble être suspendu. Plusieurs facteurs contribuent à la constitution de cette « bulle temporelle suspendue ». Tout d'abord, la perception du temps dépend, entre autres, de capacités et processus cognitifs, tels que la mémoire, l'anticipation avec la projection dans le futur, ou les émotions (2). Ainsi, l'absence de survenue et donc de souvenir d'évènements notables dans cette « bulle suspendue » participe à la perception d'un temps figé. Une revue de la littérature (3) met en évidence que l'estimation du temps qui passe est dépendante du nombre d'évènements mémorisés. De plus, la difficulté à se projeter dans l'avenir en ne pouvant se représenter, par exemple, la fin du confinement et de la pandémie de COVID-19, favorise la perception d'un temps « sans mouvement », un « temps arrêté ». C'est dire l'importance d'informer et de se tenir informé sur l'évolution des connaissances et de la gestion de la crise sanitaire. Par ailleurs, les émotions, notamment l'anxiété (4), produisent des distorsions temporelles : <https://doi.org/10.1098/rstb.2009.0013>

Enfin et surtout, les journées se suivent et se ressemblent sans tempo venant structurer de façon quotidienne et hebdomadaire l'expérience du temps. La rythmicité donnée par les temps de travail à l'extérieur et les temps de repos le weekend a disparu. On se décale, on se désynchronise... L'absence d'horaires pour aller à l'école ou au travail, ainsi que la réduction drastique des activités sociales, toutes deux inhérentes au confinement, entraînent une désynchronisation des rythmes physiologiques avec une perte des repères temporels. Plusieurs études rapportent des états de confusion caractérisés chez des personnes confinées : [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30460-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30460-8/fulltext)

Pour rappel, les rythmes physiologiques sont des caractéristiques communes aux espèces vivantes. Les rythmes circadiens constituent un réseau complexe d'horloges biologiques internes (cardiaque, surrénalienne, musculaire, pancréatique, etc.) permettant une organisation et adaptation temporelles à la fois anticipatrices et optimales des fonctions biologiques aux changements environnementaux (5). Par exemple, le rythme circadien de la mélatonine (neurohormone du sommeil mais aussi impliquée dans la synchronisation des horloges biologiques internes et de leurs oscillations périphériques) permet de s'adapter au cycle lumière/obscurité en régulant le rythme veille/sommeil. Les *zeitgebers* (*donneurs de temps* en allemand, ou synchroniseurs ou encore agents d'entraînement) sont des facteurs d'environnement externe entraînant une synchronisation des horloges biologiques internes (6) : lumière (et donc heure de réveil) ainsi que régularité des heures de repas, de coucher/lever, des activités sociales (contacts sociaux) ou physiques (l'exercice physique augmente la température corporelle régulée par la mélatonine), et des horaires pour aller à l'école ou au travail.



« L'heure de tous »
Sculpture d'Arman (1985) - gare Saint-Lazare - Paris

Un chapitre entier (chapitre II) est ici consacré à la désynchronisation des rythmes veille-sommeil durant le confinement et à l'insomnie en résultant. Cette désynchronisation des rythmes physiologiques vient majorer, par ailleurs, des différences de certains rythmes physiologiques selon l'âge, existant par exemple dans le fonctionnement du système nerveux végétatif (1). Ainsi, les enfants présentent un rythme cardiaque plus rapide que celui des adultes, ce d'autant qu'ils sont jeunes. De même, l'activité motrice et les mouvements corporels sont accélérés chez les enfants comparés aux personnes âgées. On observe même un gradient décroissant de la vitesse de marche avec l'augmentation de l'âge. Ainsi, personne n'est surpris de voir les enfants courir dans la rue, les adultes marcher avec un rythme soutenu (mais sans courir) et les personnes âgées avancer à petit pas (la vision d'un vieillard courant dans la rue serait quelque peu surprenante...). C'est peut-être cette accélération des rythmes physiologiques de l'enfant (comme par exemple, le rythme cardiaque) qui lui fait percevoir le temps s'écoulant au ralenti dans son environnement (cela va trop lentement parce qu'il y a un décalage entre son rythme physiologique et celui de l'environnement). William James (7) soulignait déjà que plus nous vieillissons et plus la durée de temps perçue se raccourcit (notamment les jours, mois et années). On peut s'interroger sur les problèmes de synchronisation relationnelle qui peuvent être prégnants entre les enfants et adultes d'une même famille vivant ensemble en confinement !

Le temps retrouvé

Au regard de ce qui vient d'être développé, on ne peut que souligner la nécessité en période de confinement, d'organiser des événements se répétant régulièrement de façon quotidienne et hebdomadaire, comme cela a été déjà évoqué dans l'encadré de ce chapitre pour les réunions téléphoniques hebdomadaires qui permettent, non seulement de maintenir les liens, mais également de mettre en place un « rituel ». C'est dire l'importance de structurer son temps pendant le confinement pour planifier sa journée avec un cadre clair et sécurisant (https://eduensemble.org/wp-content/uploads/2020/02/Fiche-2_OPSP_finale-relu.pdf) et organiser le temps des devoirs scolaires (voir chapitre III), mais aussi pour réintroduire une rythmicité avec des séquences identiques grâce notamment au respect des *zeitgebers* (par exemple, repas à heures fixes, exercices physiques réguliers: https://eduensemble.org/wp-content/uploads/2020/02/Fiche-5_OPSP_finale-relu.pdf), pour resynchroniser les horloges biologiques (en particulier, le rythme veille-sommeil : voir les conseils pour un meilleur sommeil dans le chapitre II), et pour mieux se représenter le temps et la temporalité.

Compression spatiale



Le lieu unique

Les personnes en confinement font principalement l'expérience d'un seul lieu, leur domicile. Or, chaque lieu correspond à un environnement différent qui renvoie à une identité différente.

Il existe de multiples identités pour chaque individu qui peut être appréhendé comme un sujet pluriel prenant place dans un environnement familial (identité familiale avec une filiation symbolique et génétique, ainsi que des origines socio-culturelles), un environnement socioaffectif (identité sociale avec un possible réseau d'amis), et un environnement scolaire/universitaire/professionnel (identité d'élève/étudiant, identité professionnelle passée, actuelle ou future). Mais l'identité ne se limite pas à l'appartenance à un groupe familial, social ou professionnel. L'individu s'inscrit aussi dans un environnement sociétal avec une place de citoyen ayant des droits et des devoirs dans la société (identité civique), une place possible au sein d'une association sportive (identité physique qui renvoie au corps) ou d'une communauté religieuse/humaniste (identité spirituelle), ou encore une place de créateur reconnu dans ses compétences (identité de sujet ayant un potentiel créatif).

Chaque lieu est associé à une identité différente et un autre point de vue. Le changement de lieux permet de changer de point de vue, d'exprimer une autre identité, et d'introduire un mouvement tant physique que psychique.

Le milieu révèle des identités qui auraient pu ne jamais s'exprimer dans un autre contexte environnemental. En effet, les changements de lieux et d'environnements permettent de révéler des identités insoupçonnées de la personne, tout comme le bain du révélateur en photographie rend visible une image latente qui n'aurait pas pu apparaître autrement. Le changement d'environnements vient non seulement révéler les identités latentes, mais permet aussi que de nouvelles identités puissent se développer dans une dynamique d'évolution. La question ne porte pas en fait sur l'existence ou non d'une identité latente et d'une structure identitaire stable et permanente du sujet, comme on le pensait avant d'un trait de personnalité, mais plutôt sur les moyens de faciliter, grâce entre autres aux changements de lieux et d'environnements, l'expression d'une pluralité d'identités permettant au sujet de se dégager d'une mono-représentation de soi figée, d'être alors en mouvement et d'évoluer. Ainsi, les changements de lieux apportent des changements de perspectives éclairant et faisant apparaître d'autres identités du sujet, voire de nouvelles identités.

Les lieux multiples

Lors du confinement, l'absence d'accès à une diversité de lieux réduit la pluralité d'identités du sujet, ou tout du moins son expression. L'individu, comprimé dans un seul espace, risque de ne plus se définir que sur l'identité familiale. Si de surcroît, il existe des problèmes de couple ou de parentalité, les possibilités de s'échapper et de pouvoir « s'oxygéner » étant très limitées, le sujet se retrouve encore plus comprimé. Dans ce contexte, les violences intrafamiliales surviennent plus fréquemment, en réponse aussi à la violence subie et perçue par l'individu. C'est dire l'importance d'accompagner les familles confinées avec un travail sur la dynamique familiale et la parentalité, comme celui mentionné au chapitre X avec la plateforme téléphonique départementale « *Familles en difficulté : prévention et prise en charge* » associant des thérapeutes familiaux et des associations de soutien à la parentalité.

Face à ce lieu unique du domicile, il apparaît essentiel de (ré)introduire une diversité de lieux ayant des fonctions différentes et renvoyant à plusieurs identités du sujet. Le maintien d'une activité régulière de travail, avec l'organisation à la maison d'un lieu dédié au travail (associé à une identité professionnelle pour l'adulte et à une identité d'élève pour l'enfant), est nécessaire. Cette activité est facilitée par le télétravail et l'organisation pour l'enfant des devoirs à domicile (voir chapitre III).

De même, le maintien des liens sociaux en communiquant avec son réseau d'amis (identité sociale) est important pour, comme nous l'avons vu précédemment, sortir de son isolement, mais aussi vivre son identité sociale. La revue de littérature du Lancet met bien en évidence que la détresse des personnes confinées est exacerbée par l'absence de participation aux activités sociales via le téléphone ou internet : [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30460-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30460-8/fulltext)

Faire du sport quotidiennement durant le confinement (trente minutes pour les adultes, 1 heure pour l'enfant : https://eduensemble.org/wp-content/uploads/2020/02/Fiche-5_OPSP_finale-relu.pdf), à l'extérieur si possible du domicile, permet de prendre soin de sa santé mais renvoie aussi à son identité physique.

Les activités individuelles ou groupales d'art-thérapies qui peuvent être réalisées à domicile grâce à la téléconsultation, sont très intéressantes pour faire exister et reconnaître une identité de sujet créatif. Le chapitre VII développe ce thème.

Enfin, faire apparaître des lieux différenciés en période de confinement à domicile peut ne pas être simple ! Une gestion de l'espace est nécessaire, et des conseils sont donnés aux familles pour les aider à s'organiser face au confinement spatial (trouver et avoir un coin travail, école, loisirs, etc.) et ce, même lorsque cet espace est restreint : https://eduensemble.org/wp-content/uploads/2020/02/Fiche-9_OPSP_final-relu.pdf

Dans tous les cas, il est fondamental que le lieu de vie (le domicile) puisse se compartimenter en des lieux différenciés bien séparés, ayant des fonctions elles aussi différentes et dans lesquels la pluralité des identités va pouvoir s'exprimer ce qui, comme nous l'avons vu, est beaucoup plus difficile quand tout est réuni et mélangé dans un lieu unique.

Contrainte



Le confinement imposé (avec une verbalisation lors des sorties hors du périmètre autorisé) exerce une véritable contrainte et restriction de liberté des individus, notamment de leur liberté de déplacements et de mouvements. Le confinement représente alors, dans ce contexte, une forte contrainte qui peut être assimilée à une entrave limitant certes les contacts physiques (but recherché), mais aussi la mobilité des personnes confinées. La plupart des effets délétères du confinement imposé vient de cette restriction de liberté, alors que le confinement volontaire est associé à moins de détresse et de complications psychiques au long cours ([https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30460-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30460-8/fulltext)). Face à cette réelle restriction de liberté, il est important d'offrir des choix au sujet confiné, de ne pas le maintenir dans une position passive, de le rendre actif et acteur, et ce tant pour les enfants que les adultes. C'est une des postures cliniques présentées dans le chapitre III qui, même si elle concerne l'organisation des devoirs des enfants en période de confinement (donner des choix à l'enfant afin de le rendre acteur de son travail), n'en est pas moins essentielle.

De plus, la réduction des déplacements et mouvements inhérente à la contrainte du confinement peut entraîner un engourdissement des mécanismes de pensée, un gel psychique. En effet, le mouvement physique participe à la mobilisation psychique avec une mise en mouvement des processus de penser (1). William James (7) souligne que le mouvement induit un changement, un processus. La théorie des neurones miroirs (8) apporte ici un éclairage intéressant. Ainsi, les mêmes structures cérébrales sont activées pendant le mouvement exécuté et le mouvement observé ou imaginé. Si l'on demande à une personne de se déplacer en marchant puis de rester sur place et seulement d'imaginer le mouvement, on observe une « isochronie », c'est-à-dire que la durée du « trajet mental » est identique à celle du « trajet physique » réellement accompli (9). L'imagination du trajet aurait donc des effets similaires à celles de sa réalisation. Il paraît donc possible de reproduire les effets des déplacements et du mouvement physique par l'imaginaire. Ceci ouvre des perspectives intéressantes pour échapper à la contrainte du confinement grâce à l'imaginaire, et ainsi s'évader et voyager.

La lecture et la musique permettent d'initialiser ces voyages intérieurs (plusieurs sites Internet sont disponibles depuis le début du confinement pour écouter des concerts : <https://urlz.fr/caRp> <https://urlz.fr/cbVv> <https://urlz.fr/c899>). L'hypnose est aussi un excellent outil pour accompagner ces voyages intérieurs ; le chapitre VIII y est consacré et inclut toute une partie sur l'autohypnose.

Contamination



Contamination virale

Le confinement a été imposé par mesure de protection sanitaire pour diminuer les risques de contamination au COVID-19. Les peurs, angoisses et stress d'être infectés ou d'infecter les proches apparaissent au premier plan chez les personnes confinées, surtout chez les femmes enceintes et celles ayant de jeunes enfants : [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30460-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30460-8/fulltext)

Concernant les VAD (visites à domicile), des professionnels en pédopsychiatrie continuent d'intervenir à domicile, comme certaines équipes mobiles en périnatalité, les recommandations de l'HAS (Haute Autorité de Santé) précisant, qu'en dernier recours, les VAD restent possibles (https://www.has-sante.fr/jcms/p_3168631/fr/prise-en-charge-des-patients-souffrant-de-pathologies-psychiatriques-en-situation-de-confinement-a-leur-domicile). Cependant, le tribunal judiciaire de Lille a condamné le 9 avril 2020 une association d'aide à domicile pour manque d'équipements de protection individuelle (EPI) incluant masques FFP2, lunettes, surblouse, charlottes et gants (équipements complets dont ne disposait pas l'association) : <https://www.apmnews.com/depeche/162709/349758/une-association-d-aide-a-domicile-condamnee-pour-manque-d-equipements-de-protection-contre-le-covid-19>

De plus, on peut s'interroger quant à l'impact de cet équipement sur la relation et l'alliance thérapeutiques. Le masque cache les expressions faciales et la zone péribuccale, ce qui peut entraver la communication verbale et non-verbale essentielle en psychiatrie, et interférer avec le cadre de la rencontre. Des masques laissant visible la zone péribuccale sont actuellement proposés pour personnes malentendantes (et pourquoi pas en psychiatrie ?) : <https://clbritmondiale.com/lifestyle/une-etudiante-fabrique-des-masques-pour-sourds-et-malentendants/>

La photo ci-contre est une belle illustration de notre questionnement en faisant apparaître clairement que la relation thérapeutique inclut en période de confinement : 1) le patient et sa famille, 2) les soignants, et ... 3) le virus ! Si l'équipe soignante l'oublie parfois, la famille, elle, ne l'a pas oublié. De nouveau, il est important de laisser un choix à la famille, de la rendre active et actrice de la prise en charge thérapeutique, en lui offrant l'alternative d'un rendez-vous en téléconsultation. Dans certains cas, cette alternative s'avère impossible (adolescents refusant de communiquer par téléphone ou vidéo-transmission, etc.). Mais, les familles confinées nous sont reconnaissantes de leur donner un choix, et s'en saisissent d'autant plus qu'elles ont souvent peur d'être contaminées par nous si elles se déplacent dans nos CMP ou si une équipe mobile va à leur rencontre en pénétrant chez elles. Le fantasme de contamination virale par pénétration de l'équipe mobile au domicile est très présent ! L'alliance thérapeutique est bidirectionnelle, et ne peut se construire que sur une relation de confiance et non sur la peur d'être contaminé !!! Il est nécessaire de prendre en considération cette peur, de rassurer, et de la dépasser en aménageant un cadre de rencontre et de consultation adapté aux patients et aux soignants.

Contamination des autres sphères

La contamination est certes d'ordre infectieux, mais elle se propage et s'étend aussi aux sphères relationnelles, éducatives et économiques qui sont envahies par les conséquences de l'épidémie au COVID-19 et le confinement : peur d'être infecté par les contacts physiques et sociaux présente pour beaucoup comme nous venons de le voir dans le cadre de la relation thérapeutique, fermeture des écoles nécessitant une réorganisation pédagogique par le Ministère de l'Éducation nationale (liens maintenus à distance entre les enseignants et les élèves) et des devoirs à domicile (voir chapitre III), conséquences financières dues à la diminution d'activité professionnelle en confinement, voire inactivité professionnelle et chômage.

Se recentrer sur soi



Beaucoup d'écrits ont été publiés conseillant en cette période de confinement de se recentrer sur soi et des sites sont mêmes disponibles pour que les enfants puissent pratiquer la méditation et le yoga : <https://cutt.ly/PtnzEba> <https://cutt.ly/jtnzWct>

Cette invitation est une très bonne initiative, mais la construction du « soi » (*self*) peut être fragile voire non-finalisée dans certaines populations vulnérables suivies en pédopsychiatrie, notamment durant la période de la périnatalité et de l'adolescence, où se recentrer sur soi peut s'avérer difficile voire impossible. Des chapitres sont ici consacrés aux populations vulnérables en confinement, à besoins spécifiques et nécessitant des prises en charges adaptées, populations vulnérables allant de la petite enfance (chapitre IV) à l'adolescence (chapitre VI), en passant par les enfants en difficulté psychologique (enfants exposés aux violences intrafamiliales, enfants déjà suivis pour des troubles psychiques, etc. : voir chapitre V). A noter, le confinement vient exacerber, par l'isolement social, les vulnérabilités chez les familles déjà suivies pour des troubles psychopathologiques préexistants : <https://doi.org/10.31234/osf.io/8svfa>

La psychologie du développement apporte un éclairage intéressant à la construction du soi (*self*). Ainsi, les travaux de Powell et Spelke (10) ont montré que les bébés choisissent sur un film vidéo les personnages intégrés au groupe plutôt que ceux à l'extérieur du groupe. Les auteurs interprètent ce comportement comme une manifestation du soi social et de l'identité groupale, dont le développement serait très précoce, dès l'âge de 5 mois, et correspondrait, selon eux, à un processus archaïque nécessaire à la survie de l'individu. Puis, l'acquisition de la conscience de soi passerait par la distinction entre soi et l'autre, avec la reconnaissance des identités de chacun. Henri Wallon (voir <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00719>) insiste sur l'importance de l'autre auprès de l'enfant dans la construction du *self*. Les observations de René Zazzo (voir <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00719>) chez l'enfant au développement typique mettent en évidence que l'identification d'autrui précède de loin l'identification de soi (la reconnaissance d'autrui se fait dans le miroir dès l'âge de 8 mois et la reconnaissance de soi dans le miroir vers l'âge de 2 ans quelque soient les pays et cultures). Les études de Zazzo sur la reconnaissance de soi soulignent, tout comme Wallon, le rôle majeur de l'autre dans le développement de la conscience de soi. Elle se construirait dans la relation à l'autre (dyade relationnelle), dans la synchronisation comportementale et émotionnelle, et dans le regard de l'autre. La mère regarde son bébé et le bébé regarde sa mère, et il voit aussi son reflet dans les yeux de sa mère, comme dans un miroir. Mais le miroir est déformant et l'autre, parce que justement il est autre, ne renvoie pas une image à l'identique. Il va interpréter les comportements et émotions du bébé, y accorder un sens en fonction de sa personnalité, son histoire personnelle et des résonances qu'ils ont pu chez lui provoquer. Et c'est ce sens, exprimé par le langage non verbal ainsi que par des mots ou une simple intonation, qui est renvoyé au bébé. Celui-ci va s'étayer sur ce sens et les représentations de l'autre pour élaborer ses propres représentations dans une dynamique interactive et créative. Le développement de la conscience de soi, avec les premières étapes de l'intégration de l'image du corps et de la construction du soi corporel, passe aussi par l'imitation comportementale de l'autre qui va, par exemple, de la simple imitation chez le nouveau-né de la protrusion de la langue au stade ultérieur plus complexe chez l'enfant de l'apparition du langage verbal. On pourrait faire ici l'hypothèse que la conscience de soi se construit face à l'autre dans l'imitation de l'autre avec la représentation de ce qui est identique, mais aussi dans la différenciation de l'autre avec la nécessité d'un décalage et d'une séparation.

Ce rappel sur le développement de la conscience de soi, avec au préalable une étape d'identité groupale et une étape d'identité par rapport à l'autre, souligne l'importance de pouvoir proposer, dans nos prises en charge thérapeutiques lors du confinement, des approches groupales et des approches centrées sur la relation à l'autre. La téléconsultation permet de soutenir le développement de la conscience de soi grâce à des thérapies groupales et/ou individuelles (voir le chapitre V sur les ressources pédopsychiatriques pour faire face au confinement et le chapitre VII sur les art-thérapies).

Conséquences psychologiques du confinement : perspectives thérapeutiques

Effets psychologiques et psychopathologiques immédiats à long terme

Les effets psychologiques et psychopathologiques du confinement les plus souvent décrits dans la littérature (voir *The Lancet* : [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30460-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30460-8/fulltext)) sont centrés sur les troubles anxiodépressifs et le stress (stress aigu et trouble de stress post-traumatique : TSPT). Une étude récente menée en Chine sur une population de 1210 personnes, dont 84,7% étaient confinées au domicile (entre 20 et 24 heures par jour), met ainsi en évidence des troubles modérés à sévères anxieux (28,8%), dépressifs (16,5%) et associés au stress (8,1%) (voir Wang et al. dans <https://doi.org/10.31234/osf.io/8svfa>). L'expérience du confinement par les personnels hospitaliers est un facteur prédictif majeur de stress aigu et de TSPT jusqu'à 3 ans après le confinement (voir *The Lancet* avec lien ci-dessus). La durée du confinement est une variable importante, et l'étude de Hawryluck a montré que les symptômes de stress post-traumatique étaient plus importants à partir de 10 jours de confinement : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3323345/>

Un risque de dépression dans les suites immédiates du confinement, mais aussi en différé (jusqu'à 30 mois après), est retrouvé en population générale et en population vulnérable (ayant des antécédents psychiatriques) avec une majoration des troubles dépressifs (voir *L'Encéphale* : <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.007>). En population générale, les taux de dépression varient selon les pays, la taille de l'échantillon étudié et la période de l'évaluation : de 16,5% en Chine (voir Wang et al. dans <https://doi.org/10.31234/osf.io/8svfa>) à 31,2% au Canada (voir Hawryluck et al. dans <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3323345/>). Enfin, une recrudescence de suicides, bien que rapportés par peu d'études, est aussi observée, notamment chez le sujet âgé (voir *The Lancet* et *L'Encéphale* avec liens ci-dessus).

Chez l'enfant et l'adolescent, on observe en pédopsychiatrie les mêmes effets psychologiques et psychopathologiques du confinement que ceux précédemment rapportés (troubles anxiodépressifs et stress), mais ils sont souvent découverts indirectement au décours d'une demande de consultation pour, par exemple, des troubles du sommeil de l'enfant (voir chapitre II ; ce chapitre rapporte notamment les troubles anxieux et de stress observés chez l'enfant en confinement). À noter, chez l'enfant, les troubles dépressifs s'expriment plus fréquemment sous forme de dépression masquée au travers de comportements d'opposition, conduites hétéro-agressives, crises de colère, voire de rage. L'encadré du chapitre III porte précisément sur la gestion des comportements d'opposition et des crises de colère de l'enfant pendant le confinement. Les angoisses chez l'enfant de contamination et propres au confinement, angoisses se traduisant fréquemment par des comportements d'agitation ou de régression, sont décrites au chapitre V. De plus, les problèmes de violences intrafamiliales et donc de risque de maltraitance de l'enfant, majorés en situation de confinement, sont aussi développés au chapitre V et dans l'encadré du chapitre X. Les études épidémiologiques ne sont pas encore disponibles pour bien apprécier, de façon spécifique, les prévalences des troubles anxiodépressifs chez l'enfant et l'adolescent en confinement.

Approches thérapeutiques

Face aux troubles anxiodépressifs et de stress observés en période de confinement, il est important de développer des outils thérapeutiques utilisables à distance pour aider les personnes confinées (les enfants et leur famille) en souffrance psychique. Les outils thérapeutiques et types de psychothérapie décrits dans cet ouvrage sont diversifiés : thérapies individuelles ou groupales par téléconsultation, art-thérapies, hypnose, EMDR (l'hypnose et l'EMDR sont particulièrement indiqués dans les situations de psychotraumatisme (11), etc.

Les prises en charges thérapeutiques ici proposées s'inscrivent dans des approches variées (psychodynamiques, cognitives, systémiques, etc.) utilisant des outils qui doivent être adaptés aux contraintes du confinement (thérapies à distance) et investis par tous les acteurs du soin (thérapeutes, enfants/adolescents, environnement familial). L'efficacité de l'approche thérapeutique choisie dépendra de la cohérence de cette approche, tant pour le sujet que pour le thérapeute (dans le contexte du confinement, des ressources disponibles, et de la singularité de chacun), et de l'alliance thérapeutique qui pourra alors se construire.

Du confinement au déconfinement

Nous espérons que cet ouvrage permettra de mieux comprendre les conséquences psychologiques et psychopathologiques du confinement, avec par exemple ses effets sur la désynchronisation des rythmes et la nécessité d'y remédier en (re)structurant le temps. Son objectif est aussi de sensibiliser les lecteurs à l'existence en pédopsychiatrie de populations vulnérables (de la périnatalité à l'adolescence). Enfin, cet ouvrage illustre et valorise l'émergence de pratiques thérapeutiques innovantes utilisables à distance en confinement (comme les art-thérapies, l'hypnose et l'EMDR), et même après le déconfinement.

Bibliographie

1. Tordjman, S. (2015). Représentations et Perceptions du Temps. *L'Encéphale*, 41(1), S1-S14.
2. Tordjman, S. (2011). Time and its representations: at the crossroads between psychoanalysis and neuroscience. *Journal of Physiology Paris*, 105(4-6), 137-148.
3. Friedman, W.J. (1993). Memory for the time of past events. *Psychological Bulletin*, 113(1), 44-66.
4. Mella, N., Conty, L., & Pouthas, V. (2011). The role of physiological arousal in time perception: Psychophysiological evidence from an emotion paradigm. *Brain & Cognition*, 75(2), 182-187.
5. Pevet, P., & Challet, E. (2011). Melatonin: Both master clock output and internal time-giver in the circadian clocks network. *Journal of Physiology-Paris*, 105, 170-182.
6. Wiss, M., & Tordjman, S. (2016). Creating a "social zeitgeber" to synchronize family emotional rhythms: A new therapeutic approach in child and adolescent psychiatry. *Journal of Physiology Paris*, 110(4 Pt B), 480-486.
7. James, W. (1890). The principles of psychology. In: Classics in the history of psychology (chapitre XV). <http://psychclassics.yorku.ca/James/Principles/prin15.htm>.
8. Rizzolatti, G., & Arbib, M.A. (1998). Language within our grasp. *Trends in Neurosciences*, 21, 188-194.
9. Decety, J., Jeannerod, M., Germain, M., & Pastene, J. (1991). Vegetative response during imagined movement is proportional to mental effort. *Behavioural Brain Research*, 24, 1-5.
10. Powell, L.J. & Spelke, E.S. (2013). Preverbal infants expect members of social groups to act alike. *Proceedings of the National Academy of Sciences (PNAS)*, E3965-E3972.
11. Tordjman, S. (2019). Du temps figé du trauma au temps de la mobilisation psychique. *Perspectives Psy*, 58(4), 287-292.

Pour en savoir plus

Revue de la littérature sur les effets psychologiques et psychopathologiques du confinement :

- Mengin, A., Alle, M., Rolling, J., Ligier, F., Schroder, C., Lalanne, L., et al. (2020). Conséquences psychopathologiques du confinement. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.007>
- Brooks, S.K., Webster, R.K., Smith, L.E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. et al. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30460-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30460-8/fulltext)
- Hossain, M., Sultana, A., & Purohit, N. (2020). Mental health outcomes of quarantine and isolation for infection prevention: A systematic umbrella review of the global evidence. <https://doi.org/10.31234/osf.io/dz5v2>
- Inchausti, F., MacBeth, A., Hasson-Ohayon, I., & Dimaggio, G. (2020). Psychological interventions and Covid-19: what we know so far and what we can do. <https://doi.org/10.31234/osf.io/8svfa>

Vidéos pour les enfants, adolescents et adultes en confinement :

- <https://www.stopblues.fr/detente/covid-19-et-blues>
- <https://www.youtube.com/channel/UCbaA1CEdoTDHa1KqgeloJng/playlists>

II

Sommeil et confinement

Le sommeil et les rythmes veille-sommeil de l'enfant et de l'adolescent en période de confinement liée à la pandémie du COVID-19 : Conseils pour un meilleur sommeil

Stéphanie Bioulac, Anna Maruani, Richard Delorme, Carmen M. Schroder



Stéphanie Bioulac

*Clinique du sommeil, Services d'explorations fonctionnelles du système nerveux, CHU de Bordeaux, Place Amélie Raba-Leon, 33076 Bordeaux, France
USR CNRS 3413 SANPSY, CHU Pellegrin, Université de Bordeaux, France*



Anna Maruani,

Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Hôpital Robert Debré, Paris, France



Richard Delorme,

Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Hôpital Robert Debré, Paris, France



Carmen M. Schroder

Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, France
 CNRS UPR 3212, Institut des Neurosciences Cellulaires et Intégratives, Strasbourg, France

E-Mail : schroderc@unistra.fr

Des millions d'enfants et d'adolescents à travers le monde souffraient de troubles de sommeil avant la survenue du COVID-19, et malheureusement, la pandémie crée une multitude de nouveaux défis, même pour les enfants et adolescents qui n'avaient aucun problème de sommeil antérieurement. Le confinement lié au virus COVID-19 peut en effet entraîner des perturbations importantes du rythme veille-sommeil, induites par les modifications radicales des activités quotidiennes et routines de vie de nos enfants. Le stress engendré par cette pandémie peut également affecter certains enfants, adolescents et leurs familles et avoir des conséquences sur leurs rythmes veille-sommeil. Même si nous ne disposons pas, à ce jour, de chiffres précis de prévalence des troubles du sommeil chez l'enfant liés au confinement, l'expérience clinique ainsi que les données de la littérature en population générale nous suggèrent qu'il s'agit d'un problème d'ampleur, ayant également des conséquences sur la gestion émotionnelle de la situation de confinement et sur son impact psychologique.



Dérégulation et désynchronisation des rythmes veille-sommeil en période de confinement

Le rythme veille-sommeil sur les 24 heures est régulé par deux processus distincts : le processus homéostatique, d'une part, correspondant à la modélisation de la pression du sommeil, et le processus circadien, orchestré par l'horloge biologique située au niveau des noyaux supra-chiasmatiques de l'hypothalamus antérieur, d'autre part. Quand ces deux processus interagissent de manière optimale, ils permettent une bonne qualité de veille pendant la journée, et une bonne qualité de sommeil pendant la nuit (1). La synchronisation de notre rythme veille-sommeil dépend de l'intégration d'un certain nombre de paramètres ('Zeitgeber' ou donneurs de temps) régulés par l'horloge biologique : notamment de l'exposition à la lumière du jour (2), de loin le facteur le plus important, mais aussi l'activité physique durant la journée, la prise de repas à heures régulières et des interactions sociales (1). En situation de confinement, la majorité de ces repères (exposition à la lumière qui dépend aussi des horaires de lever, activité physique, alimentation et horaires des repas, interactions sociales) se trouve fortement modifiée voire abolie – en conséquence, les troubles du sommeil et des rythmes veille-sommeil augmentent; mais on note aussi une exposition à certains de ces *Zeitgeber* à des moments inadéquats dans la journée (par exemple, exposition aux écrans tard le soir) ce qui peut avoir un effet de décalage sur le rythme veille-sommeil, comparable à un décalage horaire, avec notamment une difficulté à s'endormir et une somnolence diurne (1).



Chez l'enfant, il existe des répercussions spécifiques du confinement sur la dérégulation voire désynchronisation des rythmes en lien avec la scolarité. En effet, en réponse à la pandémie du coronavirus 2019 (COVID-19), de nombreux pays, tout d'abord en Asie, puis en Europe et enfin aux États-Unis, ont ordonné la fermeture des écoles pour prévenir la propagation de cette infection. Bien que cette mesure soit nécessaire, la fermeture prolongée des écoles, associée au confinement au domicile peuvent avoir des effets négatifs sur la santé physique et psychologique des enfants (3,4). Même s'il existe peu d'études portant de façon spécifique sur l'impact du confinement chez l'enfant, les travaux qui ont exploré les conséquences des périodes sans école, comme les week-ends et les vacances d'été, montrent une prise de poids durant ces périodes en lien avec une diminution de l'activité physique, des horaires de sommeil irréguliers et des temps plus importants passés devant les écrans (4). Il est probable que le confinement au domicile apparaisse alors comme un facteur aggravant les effets négatifs de ces périodes sans école.

Brazendale et al. ont décrit le concept de "Structured Days Hypothesis" (SDH), concept fondé sur la nécessité d'avoir des journées structurées (telles que la journée scolaire). Ceci permet une organisation planifiée, segmentée et supervisée par des adultes qui joue un rôle de protection globale de l'enfant (3). Ce concept a d'abord été décrit dans le contexte de l'obésité croissante aux États-Unis où il est noté une prise de poids lors des vacances, comparé à la période scolaire et lors des week-ends comparés aux jours de semaine. Dans le SDH, on suppose que cette organisation planifiée routinière et régulière a un impact sur les comportements régulant la faim et la satiété des enfants (3). Ce modèle conceptuel est structuré autour de quatre facteurs : l'activité physique, le temps d'inactivité/temps passé devant les écrans, le sommeil et l'alimentation. Il est possible d'étendre ce concept à la santé en général des enfants dans ce contexte de confinement au domicile.

Une fois constituées, les perturbations du sommeil chez les enfants et les adolescents ont un impact sur la qualité et la quantité du sommeil parental, mais aussi sur le fonctionnement global de la famille.

Effet du stress sur le sommeil et du sommeil sur la régulation des émotions



Basé sur une littérature portant essentiellement sur l'adulte, le confinement dans le cadre de la pandémie au COVID-19 représente un facteur de stress important, qui augmente le risque de développer des symptômes d'insomnie voire un trouble insomnie si les symptômes persistent dans le temps (5). Pour rappel, le trouble *insomnie* est défini par des difficultés d'endormissement, un trouble du maintien du sommeil ou un réveil précoce, ayant un retentissement sur le fonctionnement du sujet (en dépit d'opportunité suffisante pour dormir). Ces répercussions sur le fonctionnement diurne peuvent inclure une fatigue voire une somnolence diurne, des troubles de l'attention, mais également davantage de troubles dépressifs, de troubles anxieux, ou encore de troubles

addictifs (6). Le diagnostic de trouble *insomnie chronique* est posé lorsque ces difficultés ont lieu au moins 3 fois par semaine pendant une durée de 3 mois. Le trouble insomnie a été aussi observé chez les personnes en quarantaine ; de façon plus générale, plusieurs études rapportent une augmentation du stress, de l'anxiété et de l'insomnie induite par l'anxiété dans cette situation de quarantaine ([https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30460-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30460-8/fulltext)).

Chez l'adulte, une réduction du temps de sommeil associée au stress lié à la pandémie peut, d'une part, rendre les sujets vulnérables aux infections virales et, d'autre part, augmenter le risque de troubles psychiatriques et addictifs (7). Une perte de sommeil peut aussi avoir un impact sur les performances cognitives et les fonctions exécutives, en particulier sur la façon dont les sujets gèrent la prise de décision avec notamment une augmentation de la prise de risque et de l'impulsivité - ce qui peut avoir des effets délétères sur la vie quotidienne, tant sur le plan social, familial que professionnel.



Chez l'enfant, le stress lié au virus, au confinement lui-même, mais également aux stress et comportements parentaux dans cette situation inédite à la maison, peuvent faire apparaître ou aggraver des troubles du rythme veille-sommeil. En effet, en population pédiatrique, les troubles du sommeil de type insomnie sont fréquents (avec des prévalences qui peuvent varier entre 25-62% pour les moins de 18 ans, en fonction de l'outil de mesure utilisé), et ont été corrélés aux troubles de la régulation émotionnelle et aux troubles du comportement (8). Leur rôle dans la dysrégulation émotionnelle est de plus en plus discuté, chez l'enfant, comme chez l'adulte (9). Dans ce contexte de pandémie, il est important de préciser que l'insomnie est un facteur de risque majeur pour le développement d'un trouble du stress post-traumatique (TSPT) ([https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30460-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30460-8/fulltext)). Une étude récente sur le COVID-19 et son impact chez l'adulte a démontré une prévalence d'environ 7% pour le TSPT chez les résidents du Wuhan sous COVID-19 (10). Les personnes ayant une meilleure qualité de sommeil et moins de réveils matinaux précoces rapportaient moins de symptômes du TSPT (11). A noter, les scores moyens de stress post-traumatique étaient 4 fois plus élevés chez les enfants qui ont fait l'expérience d'une situation de quarantaine comparés aux enfants qui n'ont pas vécu cette situation (12). Il sera important de mieux comprendre les relations entre pandémie au COVID-19, confinement, troubles du sommeil, et émergence d'une symptomatologie post-traumatique chez l'enfant et l'adolescent dans le futur.

Conseils pour aider l'enfant à mieux dormir

* Le PDF de cette brochure peut être téléchargé ici :



<https://www.sfrms-sommeil.org/articles-a-la-une/sommeil-de-lenfant-en-situation-de-confinement/>

Même si le confinement à domicile peut entraîner ou augmenter des troubles du sommeil chez vos enfants, ce n'est pas une fatalité - vous pouvez les aider ! C'est d'autant plus important qu'un bon sommeil lui permettra de mieux faire face au stress et à l'anxiété ; en plus, il aidera à renforcer le bon fonctionnement de son système immunitaire.

Voici quelques conseils simples et pratiques pour améliorer le rythme veille-sommeil de vos enfants, 24h/24.

LA JOURNEE : construire sa journée vers un bon sommeil

Quitter le lit :

- En confinement, vos jeunes ont tendance à tout faire dans leur lit : travailler pour l'école, lire, manger, échanger via les réseaux sociaux... mais cela peut compliquer l'endormissement le soir.
- S'exposer à la lumière, bouger, manger régulièrement :
- C'est indispensable pour que l'horloge biologique puisse réguler nos rythmes veille-sommeil !
- Si c'est autorisé, sortez tous les jours, même brièvement. De plus, on peut faire de l'activité physique même à l'intérieur !
- Se sentir en sécurité permet de lâcher prise le soir :
- Se sentir en sécurité permet à votre enfant de lâcher prise le soir. Rassurez-le en restant réaliste
- Bannissez l'exposition permanente aux actualités qui sont anxiogènes.
- Aidez-le à gérer ses émotions sans (trop) partager les vôtres.
- Montrez que vous vous protégez, apprenez-lui à le faire

LE SOIR : bien préparer son sommeil

Gérer les écrans :

- Eviter les écrans le soir, pour toute la famille ! Et ce 1 ou 2 heures avant le coucher. Cela permettra de découvrir d'autres activités à partager !

Ritualiser :

- Conserver les routines du soir (histoires, câlins, musique) voire les renforcer.

Ecouter les pensées de votre enfant :

- Le soir, c'est un moment propice à une certaine complicité.
- Le soir ce n'est pas le moment de discuter des événements négatifs de la journée - cela peut générer un stress inutile avant d'aller dormir.

Gérer l'anxiété

- Il est possible de pratiquer des stratégies d'apaisement (comme la relaxation ou la méditation).

Se coucher à horaires réguliers

- Pour vos adolescents : ils sont naturellement couche-tard / lève-tard. Choisissez avec eux un horaire un peu plus tardif, adapté à leur rythme naturel, mais fixe.

LA NUIT : rendre la nuit propice au sommeil**Respecter l'intimité de la chambre de votre enfant, de votre adolescent**

- C'est son espace personnel. Pour qu'il s'y sente bien, laissez-le l'organiser comme il le souhaite - avec votre aide.

Garder une chambre calme, à température fraîche et sombre

- Veillez à garder une chambre aux alentours de 18-20 degrés.
- Si votre enfant a peur du noir : permettez un éclairage mais de faible intensité (porte ouverte, veilleuse...), loin de la tête de votre enfant.

LE MATIN : garantir le bon fonctionnement de l'horloge biologique**Se lever à horaires réguliers et s'exposer à l'ensoleillement ou à une forte lumière**

- Ceci est très important pour notre horloge biologique.
- Là aussi, pour les adolescents couche-tard / lève-tard : choisissez avec eux un horaire un peu plus tardif, adapté à leur rythme naturel, mais fixe.

Ne pas le laisser traîner au lit si la nuit a été mauvaise.

Si toutefois votre enfant présente un trouble du sommeil inhabituel et sévère, des craintes récurrentes autour de la maladie et de la mort, de la colère, une difficulté à s'éloigner de vous, etc... de façon persistante, prenez contact avec un professionnel de santé (votre médecin généraliste, pédiatre ou pédopsychiatre).

Conclusions

Le confinement de la population peut provoquer, notamment en population pédiatrique, une spirale négative où le stress et l'abolition des rythmes et activités durant la journée entraînent un trouble du sommeil, caractérisé à la fois par une réduction du temps de sommeil et une mauvaise qualité de sommeil, qui fragilise à son tour la régulation émotionnelle chez l'enfant et sa famille. Les parents qui sont également à risque de troubles du sommeil dans ce contexte doivent proposer des comportements favorisant le sommeil à leur enfant. Il est donc crucial de soutenir les parents en proposant des stratégies favorisant le sommeil de leur enfant, telles des horaires réguliers de sommeil et de veille, ainsi qu'une prise en considération des facteurs environnementaux (comme la lumière, le bruit et la température), et des conditions adéquates de sommeil. Un ensemble de sociétés savantes a ainsi formulé des conseils pour aider les familles à favoriser une bonne régulation de veille et de sommeil chez leurs enfants (voir encadré).

Bibliographie

1. Fuller, P. M., Gooley, J. J., & Saper, C. B. (2006). Neurobiology of the sleep-wake cycle: sleep architecture, circadian regulation, and regulatory feedback. *Journal of Biological Rhythms*, 21(6), 482-493.
2. Stephenson, K. M., Schroder, C. M., Bertschy, G., & Bourgin, P. (2012). Complex interaction of circadian and non-circadian effects of light on mood: shedding new light on an old story. *Sleep Medicine Reviews*, 16(5), 445-454.
3. Brazendale, K., Beets, M. W., Weaver, R. G., Pate, R. R., Turner-McGrievy, G. M., Kaczynski, A. T., ... & von Hippel, P. T. (2017). Understanding differences between summer vs. school obesogenic behaviors of children: the structured days hypothesis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 14(1), 100.
4. Wang, G., Zhang, Y., Zhao, J., Zhang, J., & Jiang, F. (2020). Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. *The Lancet*, 395(10228), 945-947.
5. Altena, E., Micoulaud-Franchi, J. A., Geoffroy, P. A., Sanz-Arigitia, E., Bioulac, S., & Philip, P. (2016). The bidirectional relation between emotional reactivity and sleep: From disruption to recovery. *Behavioral Neuroscience*, 130(3), 336.
6. Morin, C. M., & Benca, R. (2012). Chronic insomnia. *The Lancet*, 379(9821), 1129-1141.
7. Geoffroy, P. A., Tebeka, S., Blanco, C., Dubertret, C., & Le Strat, Y. (2020). Shorter and longer durations of sleep are associated with an increased twelve-month prevalence of psychiatric and substance use disorders: findings from a nationally representative survey of US adults (NESARC-III). *Journal of Psychiatric Research*.
8. Mindell, J. A., Leichman, E. S., DuMond, C., & Sadeh, A. (2017). Sleep and social-emotional development in infants and toddlers. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 46(2), 236-246.
9. Simon, E. B., Oren, N., Sharon, H., Kirschner, A., Goldway, N., Okon-Singer, H., ... & Hendler, T. (2015). Losing neutrality: the neural basis of impaired emotional control without sleep. *Journal of Neuroscience*, 35(38), 13194-13205.
10. Huang, Y., & Zhao, N. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 epidemic in China: a web-based cross-sectional survey. *medRxiv*.
11. Liu, N., Zhang, F., Wei, C., Jia, Y., Shang, Z., Sun, L., ... & Liu, W. (2020). Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 Outbreak in China Hardest-hit Areas: Gender differences matter. *Psychiatry Research*, 112921.
12. Sprang, G., & Silman, M. (2013). Posttraumatic stress disorder in parents and youth after health-related disasters. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 7(1), 105-110.

Pour en savoir plus

- Réseau Morphée : <https://sommeilenfant.reseau-morphee.fr/>
- Section Sommeil et Rythmes biologiques en Psychiatrie : <https://www.afpbn.org/sections/sopsy/>
- Association Française de Psychiatrie Biologique et de Neuropsychopharmacologie : <https://www.afpbn.org/>
- Société Française de Recherche et Médecine du sommeil : <https://www.sfrms-sommeil.org/>
- Institut National du Sommeil et de la Vigilance : <https://institut-sommeil-vigilance.org/>
- Collège National des Universitaires de Psychiatrie et Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent et Disciplines Associées. Conseils aux parents en situation de confinement : <http://sfpeada.fr/covid19-conseils-et-propositions-en-periode-de-confinement/>
- Communiqué de l'Académie nationale de médecine (15 Avril 2020): COVID-19 et psychiatrie infanto-juvénile : <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2020/04/20.4.15-COVID-19-et-p%C3%A9dopsychiatrie-FINAL.pdf>
- Mieux comprendre et traiter les troubles du sommeil de l'enfant et de l'adolescent avec trouble du spectre de l'autisme : <https://sommeilenfant.reseau-morphee.fr/wp-content/uploads/sites/5/2019/02/brochure-TDS-des-TSA-web-JAUNE.pdf>
- Rythmes biologiques : <https://www.fondation-fondamental.org/rythmes-circadiens>

Pour les parents :

- Vidéo 7-Comment gérer son sommeil pendant le confinement :
<https://www.youtube.com/channel/UCbaA1CEdoTDHa1KqgeIoJng/playlists>

Outils de relaxation, de méditation pour les enfants :

- [Petit BamBou](#)
- [7mind](#)
- [Headspace](#)

III

Organiser le temps des devoirs scolaires en augmentant la motivation de l'enfant durant le confinement

Chloé Stéphanovitch, Dr Benjamin Landmané, Dr Alexandre Hubert, Pr Richard Delorme



Chloé Stéphanovitch
Neuropsychologue au Centre Référent des Troubles des Apprentissages et à l'Unité Petite Enfance du Centre médico-Psychologique de l'enfant (20ième arrondissement), Paris.



Dr Benjamin Landmané
Pédopsychiatre, Chef de Clinique au Centre d'Excellence des Troubles du Neuro-développement d'Ile de France (InovAND) et dans le service de Psychiatrie de l'Enfant, Hôpital R Debré, Paris.



Dr Alexandre Hubert
Pédopsychiatre, spécialiste en thérapie non médicamenteuse, et médecin chef du Centre médico-Psychologique de l'enfant (20ième arrondissement), Paris.



*Pr Richard Delorme
Pédopsychiatre, Responsable du Centre d'Excellence des Troubles du Neuro-développement d'Ile de France (InovAND)
et chef du service de Psychiatrie de l'Enfant, Hôpital R Debré, Paris.
E-Mail : richard.delorme@aphp.fr*

Pour réaliser les devoirs dans un climat serein, il est nécessaire d'aider l'enfant à s'organiser et de lui laisser le choix de certains aspects afin qu'il se rende « acteur » de son travail. Pour cela, il suffit de respecter ces quelques règles, simples et rapides à mettre en place.

Organiser le temps des devoirs scolaires ⁽¹⁾

Espace de travail



Il est important de bien différencier les espaces de travail des espaces de jeux. Choisir avec l'enfant un endroit dédié aux devoirs et l'organiser en fonction, afin que cet espace soit pratique et propice au travail.

Ranger le matériel scolaire à proximité.

Eviter les distracteurs (écrans et jeux ne doivent pas être accessibles, ni visibles).

Apprendre à gérer le temps de travail



Aidez l'enfant à s'organiser

- Chaque semaine, créer un planning d'activités comprenant les temps de travail, puis systématiquement rappeler à l'enfant le temps des devoirs quelques minutes avant.
- Lorsqu'il est l'heure, demander à l'enfant qu'il vous énumère à voix haute les devoirs qu'il a à faire, l'interroger sur le matériel dont il a besoin et l'encourager à le sortir.

Rendez l'enfant acteur de son travail

- Le rendre acteur cela signifie qu'il faut demander à l'enfant par quoi il veut commencer, ce qu'il pense qui lui prendra le plus de temps, ce qu'il estime être le plus facile, ce qu'il préfère faire... Il est important de ne pas le maintenir dans une position passive.

Favoriser la concentration



Réduisez les distracteurs attentionnels

- Il est évident qu'il faut réduire tous les distracteurs qui peuvent perturber l'attention de l'enfant, notamment les écrans, les jeux... mais il faut aussi en laisser quelques-uns !
- ATTENTION certains enfants ont besoin de manipuler un objet (stylo, balle anti-stress, etc.), de bouger sur leur chaise, d'agiter leurs jambes, de mettre un fond sonore... Ceci n'est pas forcément un frein à la concentration, au contraire. Faites l'essai avec l'enfant, laissez-le s'agiter et voyez si cela a un impact positif sur sa concentration et son efficacité.

Gérer le temps



Développer l'organisation

- Notre temps de concentration optimal, que ce soit pour un adulte ou un enfant, est de 20 minutes. Organisez le temps des devoirs ainsi : 20min de travail / 5min de pause / 20 min de travail / et ainsi de suite, jusqu'à ce que les devoirs soient finis.

Rendre l'enfant acteur

- Avant chaque leçon, demander à l'enfant d'évaluer le temps dont il estime avoir besoin. C'est un exercice très difficile pour un enfant, le rapport au temps n'étant pas le même que celui d'un adulte. Laissez-le se tromper, chronométrez-le, et à la fin, demandez-lui de s'évaluer : cela correspond au temps annoncé ?

Si vous encouragez l'enfant à faire cela très régulièrement, au bout de quelques semaines, il saura davantage gérer son temps.

Favoriser la gestion du temps avec un Time-Timer

- La mise en place d'un Time-Timer, d'un sablier ou d'un chronomètre, peut également aider les enfants qui ont du mal à se mettre au travail, ceux qui ont tendance à rêvasser ou encore ceux qui sont sensibles aux défis.
- Ayez comme repères que les devoirs durent entre 30 à 45 minutes au primaire, 45 min à 1h15 au collège et 1h15 à 2h au lycée.

Aider à la compréhension des consignes



Aider l'enfant à s'organiser pour aborder les questions

- Apprenez à l'enfant à mettre en place une routine de questions qui l'aideront à progresser dans son autonomie intellectuelle. Posez systématiquement ces 3 questions à l'enfant :
- Combien de choses on te demande ?
- Dans quel ordre dois-tu les faire ?
- Est-ce que tu sais les faire ?

Par exemple si l'enfant a un exercice sur le futur qui consiste à repérer les verbes, à les entourer en rouge, puis à transformer tous les verbes au futur simple, posez-lui ces 3 questions :

- *Combien de choses on te demande ?*
- Réponse : Deux, c'est-à-dire entourer les verbes puis mettre au futur simple
- *Dans quel ordre ?*
- Je dois déjà repérer les verbes pour ensuite les mettre au futur
- *Est-ce que tu sais les faire ?*
- Je sais repérer les verbes, mais je ne me rappelle plus de ma leçon sur le futur. Je vais donc relire ma leçon avant de faire l'exercice.

Rendez l'enfant acteur, pour qu'il soit moins passif dans ses apprentissages

- **Demandez à l'enfant ce qu'il doit faire** (pour vérifier qu'il a bien compris), si besoin le faire reformuler avec ses mots. Pour répondre aux trois questions ci-dessus, encouragez l'enfant à passer par le visuel, la couleur : par exemple, souligner de couleur différente les étapes de la consigne, numéroter l'ordre.
- *Par exemple, (1) repérer les verbes et les entourer en rouge, (2) puis transformez tous les verbes au futur simple.*
- **Encourager l'enfant à faire ce travail l'oblige à lire les consignes jusqu'au bout**, à découper une séquence longue en sous-étapes. Cela l'amène également à s'approprier la consigne et à mettre en place des **stratégies de travail efficaces** dès le début.

Mémoriser grâce à toutes les possibilités d'apprentissage



Favoriser l'apprentissage via les compétences auditives

- L'enfant lit la leçon à voix haute, et la récite également à voix haute (s'il lit dans sa tête, le canal auditif n'est pas activé). Il peut aussi apprendre la leçon sur un air musical (comme pour l'apprentissage de l'alphabet par exemple).
- Il peut enregistrer sa leçon sur un dictaphone et l'écouter plusieurs fois.

Favoriser l'apprentissage via le mouvement



Exemple de représentation schématique et visuelle d'une leçon sur le développement des plantes

- Laissez l'enfant apprendre en bougeant (en s'agitant, en manipulant un stylo, en se balançant sur sa chaise, en marchant, etc.) cela permet d'associer un mouvement du corps à ce que l'on est en train d'apprendre, l'intégration des informations se fait alors plus efficacement.

Favoriser l'apprentissage via les compétences visuelles

- Il est difficile d'apprendre un photocopie écrit noir sur blanc sans aucun relief. Pour s'approprier la leçon, encourager l'enfant à la remanier pour qu'elle soit à son image : passer par l'écrit, mettre des couleurs, attirer l'attention sur les phrases-clefs, les notions importantes, faire des schémas, dessiner, et, pour les plus grands, faire des fiches synthétiques.

Renforcer les notions abordées

Consolider les apprentissages

- Il est important de montrer l'intérêt des notions abordées en essayant de les réutiliser dans la vie quotidienne et lors des jeux. C'est assez simple pour les notions de mathématiques. Pour les notions relatives aux apprentissages de l'orthographe et de la grammaire, il est important de pouvoir passer du temps à lui faire des lectures le soir s'il est encore au début du cycle de l'école primaire.

Quelques exemples

- **Lors de la préparation des repas**
Lire les recettes, convertir les mesures, utiliser les verres mesureurs pour comprendre les notions de poids, volume, etc.
- **Lors des courses**
Apprendre à lire les étiquettes, rappelez-lui les notions de bases de l'addition ou de la soustraction à partir du prix des articles que vous allez acheter. Vous pouvez aussi lui prévoir un petit budget des courses qu'il doit faire pour la famille sans dépasser la somme.
- **Lors de ballades en famille**
Apprenez-lui à utiliser le plan et à vous guider. Demandez-lui de repérer le bord de la carte et d'expliquer ce qu'il voit sur le plan et ce qu'il voit dans la vraie vie. Il peut aussi vous aider en voiture à repérer le trajet s'il s'agit d'un trajet inhabituel que personne ne connaît (sans GPS).
- **Lorsque vous regardez un film et un dessin animé**
Situier le continent sur lequel Simba vit, identifier les animaux mammifères ou non d'un dessin animé, demandez-lui de décrire les sentiments des personnages, de faire un résumé de l'ensemble ou d'une scène en particulier
- **Jouez à des jeux éducatifs**
Il y a de nombreux jeux qui font travailler la mémoire (mémoire) ou d'autres jeux la stratégie (dame, abalone), ou encore le calcul (Bonne Paie).

Augmenter la motivation de l'enfant au travail ⁽²⁾

Valoriser l'enfant et l'amener à porter un jugement sur lui-même

Félicitez, Félicitez

- Même lorsque l'enfant n'a pas réussi les exercices correctement, il est **important de le valoriser**, le féliciter, lui faire un compliment (sur son attitude, par exemple).
- **Apprenez à associer travail et valorisation** : N'associer pas le temps des devoirs à la réussite, mais à un moment de travail agréable et valorisant pour lui. Cela permet aussi **d'abaisser le niveau de stress** que certains enfants peuvent ressentir par rapport à la performance scolaire.
- **Valoriser les comportements suivants** : par exemple, attitude calme – écoute attentive – mise au travail rapide – matériel sorti – absence d'opposition, etc.

Rendez l'enfant acteur

- **Demander à l'enfant d'identifier un point positif** : Demander à l'enfant de trouver un point positif sur la session du travail du jour. Cela solidifie la **confiance en soi**, favorise **l'identification de ses ressentis** et permet de ne pas se focaliser sur la simple réussite académique (point important, notamment lorsque l'enfant rencontre des difficultés scolaires).
- **le point positif du jour** : Il est possible de verbaliser, dessiner, écrire... Le travail de valorisation au quotidien est la clef du succès.

Faire face au refus ⁽³⁾

Mettez en place un système de récompense

Le tableau à point, aussi appelé tableau d'économie de jetons, est un outil très important pour aider l'enfant à gagner en autonomie – en particulier durant le confinement. L'objectif est de renforcer les comportements que l'on souhaite et faire diminuer autant que possible les comportements à 'problèmes'. En cette période de confinement il peut être utile d'avoir quelques outils pour essayer de valoriser l'enfant, de favoriser son autonomie et de le voir plus heureux. Si l'enfant a tendance à ne pas vouloir se mettre au travail, à s'opposer, à éviter le temps des devoirs... Il est possible de mettre en place un **système de récompense / privilège**, mais pas n'importe comment !

- **La mise en place de ce système** : C'est très simple et en même temps très compliqué. Il faut bien lire les modalités de mise en place. Les grandes erreurs à éviter : trop d'objectifs, trop compliqué, pas assez fonctionnel et trop orienté vers la réussite. C'est l'effort qu'il faut valoriser. <https://www.pedopsydebre.org/post/motiver-les-changements-durant-le-confinement-le-tableau-a-point-ou-systeme-d-economie-de-jeton>
- **Chez les plus petits**, le système se fait sur une journée car une semaine représente un temps trop long.
- **En cette période de confinement**, il est probablement plus judicieux d'avoir un système qui fonctionne à la journée. Car les journées sont longues et l'enfant aura du mal à différer ses demandes.

Anticiper les refus – utiliser le tableau à point

Avant la session de travail, informer l'enfant qu'il aura le droit à une récompense / un privilège s'il respecte les objectifs fixés. Si l'enfant **ne respecte pas les objectifs, ne pas lui donner la récompense prévue, mais ne pas le sanctionner** par ailleurs.

- **Si la consigne n'est pas réalisée, on ne met pas de mauvais point** : on ignore. On peut juste dire « souviens-toi du tableau ». Trop répéter ou souligner la consigne revient à focaliser l'attention sur le comportement problématique de l'enfant, et l'on risque de manière paradoxale de maintenir le comportement que l'on veut justement voir disparaître.
- **On ne change pas les règles !** Dans le cas où l'enfant a un comportement problématique hors des consignes du tableau, on ne supprime pas de points. Si « bêtise » il y a, il peut y avoir une réponse en lien avec la bêtise mais sans lien avec le tableau.
- **On réfléchit aux facteurs qui pourraient expliquer l'échec** : La consigne est-elle trop difficile ? Trop floue ? Mal comprise ? Pas assez attractive ? En trop grand nombre ?

Privilégier des objectifs atteignables (non liés à la réussite mais à l'effort)

- Choisissez avec l'enfant les objectifs à atteindre pour la session de travail ainsi que la récompense / le privilège.

Si le refus se transforme en comportements d'opposition importants ou en crises de colère : voir l'encadré

Comment gérer les comportements d'opposition et les crises de colère pendant le confinement ?

Emma Barron, Alicia Cohen, Alexandre Hubert, Richard Delorme, Eva Stantiford

L'intégralité de ce texte peut être [téléchargé ici](#) :

L'opposition : qu'est-ce que c'est ?

L'opposition est un moyen qu'a l'enfant pour apprendre et qui fait partie des phases clés de son développement. C'est aussi une manière pour lui de tester les limites ou de rechercher l'attention de ses parents.

Ces comportements risquent d'être fréquents et difficiles à gérer durant la période de confinement strict suite au COVID19.

C'est aussi un processus habituel auquel chaque parent doit faire face.

Que faire face à des comportements d'opposition pendant le confinement ?

- Établissez un contact physique et oculaire. Il est important de se mettre à sa hauteur et d'établir un contact oculaire.
- Réagissez de manière graduée en fonction de l'importance de la désobéissance : par exemple lui enlever un jouet, tablette ... pour une durée de temps courte et limitée (quelques minutes) en lui expliquant pourquoi.
- Réguler sa réaction et s'y tenir. Evitez des sanctions que vous ne pourrez pas tenir. Si vous décidez d'imposer une sanction il faut qu'elle soit mesurée et réalisable.

Que faire face à une crise de rage ou de colère durant la période de confinement ?

Le confinement va éprouver beaucoup plus la famille. Toute la famille est soumise à beaucoup de tension, à la gestion des frustrations. Il n'est donc pas impossible que votre enfant face à des situations de frustration (qui sont des facteurs de risque de déclenchement) puisse faire des crises de colère ou de rage en ce moment.

Il va donc falloir les gérer de la meilleure manière possible, afin de préserver l'harmonie familiale durant le confinement.

Le message clef est de ne pas faire « d'escalade » durant la crise, c'est à dire réagir comme un miroir face à votre enfant.

Quelques stratégies pour gérer la crise

- Rester calme devant votre enfant
- Appliquez un temps de retrait avec l'enfant dans une autre pièce.
- Évitez que la crise ne se généralise à toute la famille.
- Ne parlez pas trop pendant la crise. Votre enfant est débordé par ses émotions, il n'est pas accessible à la discussion.
- Après la crise, il faut reprendre la situation à froid avec votre enfant.
- Évitez les punitions. Privilégiez la réparation, en permettant à votre enfant de réparer les dégâts qu'il a causés durant la crise.

Est-ce que la colère que j'ai ressentie en tant que parent est normale ?

Vous avez peut-être ressenti de la colère contre votre enfant, de la culpabilité si vous avez perdu le contrôle de votre comportement pendant la crise, mais aussi de l'empathie pour votre enfant qui souffre, ou même un sentiment de découragement dans votre rôle de parents. Ces émotions peuvent aussi se superposer, il faut les accepter.

Gérer le Stress de l'enfant – Garder une bonne santé psychique et physique

Pour réussir au quotidien, et avoir un enfant en bonne santé, il est important de prendre des mesures pour se maintenir en bonne santé psychique et physique. Les moyens les plus importants pour aider, sont de s'assurer que les enfants se sentent considérés, aimés et pris en charge.

Soyez attentifs et à l'écoute

- La plupart des enfants veulent parler des choses qui les rendent anxieux ou stressés - alors laissez-les faire. Acceptez et dites-leur qu'il est normal de se sentir triste, bouleversé, ou stressé.

Permettez-leur de poser des questions

- Demandez à vos enfants ce qu'ils ont comme objectifs vis à vis des apprentissages. Racontez-leur aussi vos expériences, surtout les expériences positives. Il faut engager la conversation. Que veulent faire leurs amis ? C'est un temps d'échange important qui rend le travail scolaire moins artificiel et plus inscrit dans le quotidien et la réalité.

Encouragez les activités positives

- Les adultes peuvent aider les enfants et les jeunes à voir le côté positif de la réussite scolaire. Il est important pour les enfants de se projeter dans des projets positifs. Cela leur donnera l'envie de faire comme les adultes.

Les adultes peuvent montrer aux enfants et aux jeunes comment prendre soin d'eux-mêmes

- Par exemple, établir des routines, manger sainement, respecter ses heures de sommeil, faire de l'exercice adapté au confinement et prendre de grandes respirations pour gérer le stress. Si vous êtes en bonne santé physique et psychique, vous êtes plus susceptibles d'être facilement disponibles pour soutenir les enfants dont vous vous occupez.

Maintenir son organisation et sa motivation pour les devoirs au-delà du confinement ?

Ces mesures seront à garder au-delà du confinement. Le confinement permet le plus souvent aux parents d'avoir une représentation plus intime des difficultés de leur enfant dans les apprentissages. Souvent les difficultés sont essentiellement rapportées par les enseignants. En effet, ces derniers rapportent souvent les problèmes d'attention, de mémoire, et d'organisation. L'enfant a appris progressivement qu'il était en échec et ne cherche plus à réussir. Redonnez lui confiance en lui. C'est la solution à sa réussite personnelle.

Biographie

1. Weed Phifer, L., Crowder, A., Elsenraat, T., Hull, R. (2019). CBT toolbox for children and adolescents. Over 200 Worksheets and Exercises for Trauma, ADHD, Autism, Anxiety, Depression & Conduct Disorders, ISBN: 9781683730750
2. Kazantzis, N., Deane, F.P., Ronan, K.R., L'Abate, L. (2005). Using Homework Assignments in Cognitive Behavior Therapy, ISBN-13: 978-0415947732
3. Lochman, W.M.J.E.. (2016). Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder in Childhood, Second Edition, ISBN: 9781118972564

Pour en savoir plus

- <https://www.pedopsydebre.org/fiches-pratiques>
- https://www.reseau-canope.fr/climatscolaire/uploads/tx_cndpclimatsco/guide_Aider_et_accompagner_les_eleves_en_difficulté_de_comportement.pdf
- <https://www.reseau-canope.fr/climatscolaire/agir/ressource/ressourceId/agir-en-faveur-de-lengagement-et-de-la-motivation-des-eleves.html>

IV

Psychiatrie périnatale en période d'épidémie COVID-19

Jacques Dayan*Jacques Dayan*

*Professeur Associé de Pédiopsychiatrie (Université de Rennes 1),
Unité de Psychiatrie et de Psychologie Périnatales (U3P),
Pôle Hospitalo-Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (PHUPEA),
Centre Hospitalier Guillaume Régnier (CHGR) et CHU de Rennes ;*

*Centre d'Investigation Clinique 1414 (INSERM) ; INSERM U1077/EPHE,
Université de Caen ; Vice-Président WAIMH-France ;*

ancien Professeur Associé Kings College (Londres)

E-Mail : j.dayan@ch-guillaumeregner.fr

jacques.dayan@univ-rennes1.fr

Le confinement et la pandémie entraînent des effets spécifiques au temps de la grossesse comme durant celui du post-partum. Si certains d'entre eux peuvent être bénéfiques, la plupart aggravent les risques psychologiques associés à cette période, particulièrement la survenue de troubles anxieux et dépressifs et les difficultés d'attachement. Ces risques sont accentués chez les personnes vulnérables ou lorsque les conditions du confinement sont stressantes. Les psychologues et psychiatres spécialisé(e)s dans le champ périnatal, organisé(e)s et formé(e)s, sont les plus à même d'engager une aide et des soins appropriés dans ce contexte à cette population spécifique s'engageant dans la parentalité.

Conséquences du confinement sur la population générale en période périnatale

Les premières conséquences constatées « sur le terrain », certaines corroborées par les toutes premières études observationnelles, consistent essentiellement en une augmentation somme toute modérée de l'inquiétude parentale dont l'impact se fait ressentir essentiellement sur les sujets plus vulnérables ou placés par le confinement en situation de vulnérabilité (isolement, précarité, contamination).

Les études chinoises (hors périnatalité) ont montré pour les personnes confinées la présence d'un stress modéré pour 15% de la population adulte, sévère pour 3 à 5%. Dans les conditions ordinaires, en Europe, sans COVID, environ 10% des mères présentent un trouble dépressif modéré et environ 5% un trouble sévère (1).

Certaines étapes sont particulièrement sensibles :



- La période de la grossesse surtout lorsque celle-ci est à risque somatique (2)
- L'accouchement et le post-partum immédiat parce que l'organisation des soins peut éloigner la mère des soutiens les plus importants comme son (sa) conjoint(e) et ses propres parents, et les affecter eux-mêmes.



- Retour à domicile avec éloignement du bébé de ses parents dans certains cas de réanimation néonatale.



Source : <https://www.ch-voiron.fr/presentation/Maternite.html>

- Le post-partum précoce et tardif lorsque les conditions matérielles (promiscuité ou isolement avec autres enfants en bas âge, etc.) ou physiques entravent la disponibilité maternelle, la possibilité d'être aidée.
- Les difficultés d'être rassuré(e)s par un professionnel lorsque le nourrisson présente des signes somatiques et que les visites au pédiatre deviennent difficiles d'accès.

Il est rare que des conséquences négatives durables sur le lien mère-enfant apparaissent de ces seules causes dès lors qu'un soutien est proposé.

L'addition des risques peut conduire ou favoriser l'apparition (1,3) :



- de véritables troubles de la relation (mère-bébé, père-bébé, au sein du couple, etc.) voire des violences manifestes (physiques, psychologiques, par carence de soins) ;
- des troubles anxiodépressifs caractérisés, plus rarement un trouble de stress post-traumatique (TSPT) ;
- des troubles de l'attachement ou des troubles psychoaffectifs et comportementaux de l'enfant ;
- de possibles, mais encore discutées, conséquences fœtales du stress prénatal (4).

C'est particulièrement le cas lorsque s'ajoutent les facteurs de risque suivants qui prennent alors une très grande importance (1) :

- Facteurs socio-économiques : promiscuité, risque financier, isolement social ;
- Facteurs liés au COVID-19 : être soi-même malade ou maladie du conjoint et de ses proches, surtout dans les formes sévères, être exposé(e) en tant que professionnel(le) aux conséquences les plus dévastatrices de la maladie (personnel de réanimation ou d'EHPAD par exemple) ainsi qu'au risque d'être contaminé ou de contaminer les proches ;
- Durée ou intensité du confinement ;
- Épisodes antérieurs de violences intrafamiliales.

Il importe de souligner que pour certaines familles non impactées par la maladie ou des conditions socio-économiques défavorables, le confinement dans les premiers temps est vécu comme une expérience plutôt positive : proximité des enfants et présence du conjoint.

Conséquences sur les personnes vulnérables

C'est dans cette population que le confinement est le plus difficilement supporté et favorise l'apparition ou l'aggravation de difficultés préexistantes.

- C'est notamment le cas des personnes déjà suivies en « psy » périnatale, des personnes aux antécédents de dépression, de troubles bipolaires ou de troubles anxieux caractérisés. Le stress du confinement les vulnérabilise et augmente le besoin de sécurité. Ce soutien peut être administré par téléphone ou par téléconsultation dans certaines limites.
- C'est aussi le cas de pathologies chroniques sévères comme la schizophrénie qui demandent un soutien étroit et la continuité des soins.
- Les conditions socio-économiques (précarité, promiscuité, isolement lié à la langue, vulnérabilité financière) aggravent aussi de façon intense le stress psychosocial dû au confinement et nécessitent des aides spécialisées par des services et des équipes formés à cette mission.
- Enfin les cas où la mère et son entourage sont COVID +, nécessitent une réassurance avec des informations claires, une grande disponibilité et des liens maintenus avec les services d'obstétrique.



Dans ces situations, peuvent survenir des difficultés d'attachement, des troubles anxiodépressifs, des difficultés de couple majorées ...

Le confinement, s'il offre de resserrer les relations familiales et d'alléger le stress du travail, peut aussi accroître la charge domestique, majorer les tensions préexistantes, intensifier les angoisses latentes et empêcher de mettre en œuvre les processus de réassurance habituels que permet la socialisation libre. Les troubles les plus fréquents qui en résultent sont l'augmentation de l'angoisse prénatale et l'apparition marquée de syndromes dépressifs postnataux avec des difficultés plus ou moins marquées de relation avec l'enfant. Pleurs, tristesse, épuisement, symptômes physiques, difficultés d'attachement sont les symptômes le plus communs. Une certaine brutalité des relations peut se faire jour avec parfois des violences au sein du couple.

Les prises en charge par téléphone ou vidéo-consultation par des spécialistes périnataux permettent une réassurance suffisante parfois grâce à de simples conseils mais aussi d'engager une thérapie si nécessaire, sous diverses formes adaptées au contexte et au souhait des parents ou futurs parents. Elles permettent aussi un accompagnement tout au long de la grossesse et jusque dans le post-partum tardif, ainsi que la mise en relation avec d'autres membres de l'équipe pluridisciplinaire. Elles apportent un sentiment de sécurité nécessaire favorisant l'épanouissement maternel.

Accéder au site de l'Association Maman Blues : <https://www.maman-blues.fr/>

Accéder à la carte des relais disponibles près de chez vous, pour vous soutenir et vous écouter : <https://www.maman-blues.fr/association/les-relais-maman-blues.html>

Outils développés de prévention et prise en charge thérapeutique des possibles conséquences psychiques du confinement dans les départements et régions

Dans ce contexte particulier, plusieurs types de prise en charge ont été développés dans les départements et régions.

Idealement, les acteurs sont interconnectés, tout en étant chacun référencé dans un domaine spécifique de compétence. Le téléphone est le premier moyen utilisé, suivi de celui des consultations par vidéo-transmission.

L'établissement d'une balance bénéfices/risques du présentiel est l'objet d'une réflexion permanente et évolutive selon la propagation de la maladie et les cas individuels rencontrés.

En effet, de la période aigue du confinement au déconfinement progressif les modalités de décision seront réévaluées :

- L'ensemble des services de consultations (toutes disciplines confondues) ont aujourd'hui réduit drastiquement la prise en charge en présentiel pour diminuer le risque de propagation de l'épidémie. Presque toutes les unités spécialisées mère -bébé (psy) d'hospitalisation à temps complet ont fermé, quelques hôpitaux de jour mère bébé (psy) restent ouverts sous certaines conditions particulières de travail.
- Les réseaux libéraux de sages-femmes restent les plus disponibles pour des rencontres en présentiel, mais aussi téléphoniques, pouvant rassurer les femmes sur les mesures d'hygiène, le risque de contamination, la possibilité de maintenir une grossesse sereine, l'allaitement, etc.
- Des réseaux se sont créés assez expérimentaux (pharmacies), d'autres déjà dédiés se sont renforcés pour prendre en charge les violences intrafamiliales.

Dans ce contexte plusieurs « outils » ont été créés dans le domaine spécifique de la psy périnatalité :



- Numéro d'appel pour les soignants ;
- Numéro d'appel pour la population générale ;
- Numéro d'appel pour les soins spécialisés (renforcement et bascule vers l'usage du téléphone et de la vidéo-consultation).
- voir liens dans la section « Pour en savoir plus ».

Des outils particuliers sont disponibles et peuvent être utilisés pour évaluer la qualité de l'aide qui peut être apportée :

- Usage d'échelles et questionnaires simplifiés de dépistage, rapides, standardisés et bien acceptés sur l'état de l'enfant : échelle de retrait ADBB (5), échelle de développement ASQ-3 (6).



- Usage d'échelles et questionnaires de dépistage rapide sur l'état psychique de la mère et du père (EPDS) (2).
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0924933898800230>
- Vidéo-consultation parfois accompagnée d'une VAD (visite à domicile) par sage-femme ou puéricultrice avec évaluation clinique globale ou appuyée par l'adaptation d'instruments utilisés en présentiel (l'indication de VAD est discutée plus loin).
- Guides fournis aux parents

Outil spécifique départemental

Il s'agit d'une plateforme téléphonique, mise en place dans le département d'Ille-et-Vilaine, ouverte à toutes et tous durant la journée (mères, pères, soignants non psy notamment) qui permet un premier soutien et une évaluation des difficultés survenant dans le cadre de la périnatalité, c'est-à-dire ici entre la conception et les 18 premiers mois de l'enfant.

Elle est assurée par des professionnels formés à la périnatalité avec une importante expérience clinique (pédopsychiatre, infirmière, psychologue, orthophoniste, psychomotricien, assistante sociale).

Ces professionnels écoutent la demande et évaluent rapidement le degré d'urgence et la sévérité des difficultés rencontrées.

Ils prennent en charge eux-mêmes le soutien et la guidance quand il s'agit de difficultés réactionnelles, d'inquiétudes passagères

ou de simples demandes de renseignements.

Ils orientent la demande si besoin vers des unités spécialisées de périnatalité quand des troubles caractérisés sont questionnés ou encore vers des services médico-sociaux.

Les modalités d'aide directe sont le plus souvent individuelles (simple écoute, guidance, réorientation), parfois thérapeutiques non spécifiques de lutte contre le stress (relaxation, méditation, etc.).

Les prises en charge en groupe sont possibles, elles sont le plus souvent focalisées sur des conseils généraux telles que des stratégies pour faire face au stress.

Expérience des entretiens téléphoniques ^(7,8)



Cette pratique assez restreinte avant le confinement s'est développée très tôt avec la pandémie.

- Le téléphone est un outil extrêmement riche qui permet de maintenir la qualité des relations thérapeutiques, d'évaluer la sévérité des troubles avec une précision presque égale à celle du présentiel et de proposer thérapeutiques médicamenteuses ou psychologiques (il peut être utilisé pour des nouveaux patients).
- Il est très bien accepté par la grande majorité des femmes, d'autant qu'il rassure sur le risque de contamination. Les principales limites sont l'obstacle de la langue, la promiscuité, le cas particulier des troubles sévères, et évidemment le refus d'utiliser ce moyen.
- La formation demandée est brève avec des praticiens psy expérimentés. Elle doit être approfondie avec des acteurs extérieurs au champ de la psy périnatale.
- La demande est très forte durant la période de confinement, le nombre de consultations ayant augmenté dans la totalité des régions pour lesquelles des informations sont disponibles.
- La durée de l'entretien est semblable à celle des consultations ordinaires, sauf pour certaines femmes qui demandent des réassurances brèves sur des points précis.
- Des consultations de novo se déroulent sans problème technique majeur, le téléphone ne semblant pas réduire la qualité de la communication.

Le point sur les visites à domicile (VAD)

Celles-ci sont restreintes au maximum du fait des risques qu'elles font encourir. Leur décision n'est prise qu'avec l'évaluation du rapport bénéfices/risques après une évaluation pluridisciplinaire. Elles sont restreintes aux urgences qui ne peuvent être traitées par un autre moyen, aux situations où le téléphone est rendu impossible et qui font courir un risque grave à la mère, au bébé ou à l'environnement.

Il est essentiel que des moyens adéquats de protection soient donnés aux professionnels et aux patient(e)s qui y participent : gants, masques, désinfection par gel hydroalcoolique comme nous l'avons vu dès le chapitre d'introduction.

Perspectives pour le futur (phase de déconfinement)

La fin du confinement est une période à risque pour l'apparition de nouveaux facteurs de stress :

- Risque de stigmatisation des patient(e)s ou des personnes contaminées ;
- Incertitudes professionnelles, financières ;
- Séparation des conjoints après une période de grande proximité ;
- Reprise potentiellement dégradée des conditions de travail ou d'études ;
- Inquiétudes ou pertes familiales ;
- Moindre disponibilité des systèmes de garde ...

Le soutien et la guidance permettent une action préventive et une réorientation adéquate. Ils devront être assurés sur une période minimale de plusieurs mois et réévalués selon l'évolution de la pandémie, d'où l'importance de maintenir la possibilité d'entretiens téléphoniques et de téléconsultations par vidéotransmission.

Bibliographie

1. Dayan, J. (2016). *Les baby blues*. Paris. PUF.
2. Dayan, J., Creveuil, C., Marks, M. N., Conroy, S., Herlicoviez, M., Dreyfus, M., & Tordjman, S. (2006). Prenatal depression, prenatal anxiety, and spontaneous preterm birth: a prospective cohort study among women with early and regular care. *Psychosomatic Medicine*, 68(6), 938-946.
3. Dayan, J., Creveuil, C., Dreyfus, M., Herlicoviez, M., Baleyte, J. M., & O'Keane, V. (2010). Developmental model of depression applied to prenatal depression: role of present and past life events, past emotional disorders and pregnancy stress. *PloS One*, 5(9).
4. Gaignic-Philippe, R., Dayan, J., Chokron, S., Jacquet, A. Y., & Tordjman, S. (2014). Effects of prenatal stress on fetal and child development: a critical literature review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 43, 137-162.
5. Matthey, S., Guedeney, A., Starakis, N., & Barnett, B. (2005). Assessing the social behavior of infants: Use of the ADBB scale and relationship to mother's mood. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, 26(5), 442-458.
6. Mackin, R., Fadel, N. B., Feberova, J., Murray, L., Nair, A., Kuehn, S., ... & Daboval, T. (2017). ASQ3 and/or the Bayley-III to support clinicians' decision making. *PloS One*, 12(2).
7. Dennis, C. L., Ravitz, P., Grigoriadis, S., Jovellanos, M., Hodnett, E., Ross, L., & Zupancic, J. (2012). The effect of telephone-based interpersonal psychotherapy for the treatment of postpartum depression: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 13(1), 38.
8. Milani, H. S., Azargashb, E., Beyraghi, N., Defaie, S., & Asbaghi, T. (2015). Effect of telephone-based support on postpartum depression: a randomized controlled trial. *International Journal of Fertility & Sterility*, 9(2), 247.
9. Dayan, J., & Yoshida, K. (2007). Psychological and pharmacological treatments of mood and anxiety disorders during pregnancy and postpartum. Review and synthesis. *Journal de Gynécologie, Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 36(6), 530-548.

Pour en savoir plus

Ouvrages scientifiques sur la parentalité et les thérapeutiques des troubles psychologiques périnataux :

- En anglais : Stone, S. D., & Menken, A. E. (Eds.). (2008). *Perinatal and postpartum mood disorders: Perspectives and treatment guide for the health care practitioner*. Springer Publishing Company.
- En français : Dayan, J., Andro, G., & Dugnat, M. (2014). *Psychopathologie de la périnatalité et de la parentalité*. Elsevier Masson.

Sites sociétés savantes :

- <http://www.marce-francophone.fr/> ; <https://marcesociety.com/> ;
- https://www.psynem.org/Hebergement/Waimh_France ; <https://waimh.org/>
- <http://alliance-psyperinat.org/>

Sites ressources :

- Un site à destination des futurs parents et parents :
<https://parents.reseau-naissance.fr/listes/epidemie-coronavirus-nouveau-ne/>
- La Maison des Maternelles - des vidéos sur le COVID19 :
<https://www.lamaisondesmaternelles.fr/dossier/tout-savoir-sur-le-coronavirus>
- Collectif Interassociatif autour de la Naissance - des articles sur le COVID19 et écoute téléphonique :
<https://ciane.net/?s=coronavirus>
- Allo Parents Bébé :
<https://espaceenfancefamille.com/2015/10/19/allo-parents-bebe-le-numero-vert-des-parents-inquiets/>
- Maman Blues :
<https://www.maman-blues.fr/>

Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance en danger :

- <https://www.allo119.gouv.fr/>

V

Effets du confinement en temps de pandémie et ressources pour y faire face en pédopsychiatrie

Catherine Zittoun



Catherine Zittoun

Psychiatre, pédopsychiatre, Chef de Pôle 75111, GHU Psychiatrie Neurosciences, Paris

E-Mail : catherine.zittoun@ghu-paris.fr

Valérie Masson-Delmotte, co-présidente du GIEC (groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat) avançait en 2016 à propos du réchauffement climatique qu'il était important de construire une culture de réduction des risques de catastrophes naturelles, et ce en dehors de l'urgence (1). Avec la pandémie de coronavirus, nous sommes contraints d'agir dans l'urgence et de trouver des réponses adaptées pour faire face aux effets psychiques de l'épidémie et du confinement.

Quelques essentiels du courant intégratif en pédopsychiatrie

Les Effets de l'environnement participent, quels que soient les facteurs endogènes sous-jacents, aux troubles de l'enfant. Celui-ci est sensible à « l'atmosphère » environnante. Des affects dépressifs chez le parent peuvent activer chez l'enfant des angoisses de mort ; de l'angoisse chez le parent, c'est de l'angoisse immédiatement traduite en agitation chez l'enfant.

Une maladie chez un enfant provoque chez le parent au moins de l'inquiétude, perçue d'une manière ou d'une autre par l'enfant et entrant dans la composition de son trouble. La maladie chez l'enfant peut égarer le parent quant au bon sens éducatif, le pousser à la compassion et donc au relâchement des limites, repères nécessaires à la construction psychique de l'enfant. En outre, l'angoisse du parent activée par le trouble psychique de l'enfant, le pousse à plus de « confinement » dans sa relation à l'enfant. A moins que le parent mobilise d'autres défenses, telles que le besoin de contrôler la situation.



Des troubles précoces de la relation parent-enfant, des psychopathologies parentales induisent chez l'enfant des troubles divers, et troubles du lien, se manifestant par de l'agrippement, une relation fusionnelle qui exclut tout autre. Cela fait partie de notre quotidien de pédopsychiatres et préexistait au confinement.

Effets de la pandémie et du confinement

A la clinique habituelle, s'ajoutent, chez les enfants et leurs parents, des angoisses propres à la pandémie, d'autres propres au confinement, d'impact variable selon le terrain.

Des prédispositions

Prédisposée à la mélancolie, Alice, 8 ans, s'accroche à l'objet perdu. Les premiers temps du confinement, Alice ne sort plus de sa chambre et pleure ses camarades de classe.

Père d'une fratrie de trois garçons entre 7 et 2 ans, dont deux suivis sur nos centres, Mr M. a peur de contracter la maladie et se sent coupable de la transmettre à ses enfants et à son épouse. Il n'a aucun symptôme mais l'angoisse est reine des cavalcades et fait franchir à nos imaginaires toutes les frontières, de l'état de santé à la maladie, de la maladie à la contamination des autres. Vingt ans auparavant, à l'occasion d'une greffe de moelle osseuse consécutive à une aplasie médullaire, on pointa la fragilité de Mr M. sur le plan immunitaire, mise en garde réactivée au mois de janvier lors d'une hospitalisation pour pneumopathie asthmatique.

Mr A. est sans papiers, en situation précaire. Tamoul d'origine, il a échappé à des pogroms au Sri Lanka. Ceux-ci restent présents à son esprit meurtri. Mr A. est chef de famille. Son épouse ne parle pas français. Les premiers temps du confinement, il est seul à faire les courses alimentaires pour la famille. Puis les angoisses font chambre d'échos. Il pourrait, à sortir dans la rue, contracter le virus, se faire arrêter, expulser, il pourrait... Mr A. ne sort plus de chez lui. Il reste un paquet de pâtes en unique subsistance pour la famille.

Symptômes chez l'enfant et boucles interactives

Les enfants sont souvent le dernier maillon de la chaîne. Ils vivent par procuration les angoisses des parents tant et tant qu'ils souffrent d'**insomnie**, qu'ils s'agitent, d'autant que leurs corps confinés ne trouvent plus de prolongements dans l'espace pour exprimer leur **agitation** intérieure, d'autant que les voisins, eux-mêmes sur les nerfs, lancent des coups de semonce, d'autant que les parents tentent de faire taire les cris, et au bout du rouleau, crient eux-mêmes davantage, d'autant que les cris des parents sont salves de canons aux oreilles des enfants.



L'angoisse est vecteur d'**agrippement**. Au-dessus d'un gouffre, sans mots et sans ressources, on se tient très fort pour ne pas sombrer. Et parent comme enfant dans cette relation asphyxiante se débattent et font tanguer davantage l'équipage embarqué sur une mer démontée. Le nœud se resserre, on tient l'autre pour responsable, la **maltraitance** se rapproche. D'autres écueils sont aussi à redouter comme les possibles effets à court, moyen et long terme observés chez les enfants exposés aux violences conjugales en augmentation durant cette période de confinement. Nous avons multiplié ces dernières semaines les informations préoccupantes et craignons ce que nous allons trouver quand les portes des maisons s'ouvriront après le confinement, et ce malgré les lignes d'écoute et de soutien actives pendant l'épidémie de COVID-19 (2).

Régression

Avec ce « couple » mère enfant, de père inconnu, nous gravissions un chemin pentu, tentant de desserrer l'étreinte, de faire tiers dans cette relation où l'enfant, à peine 4 ans, est un petit tyran et la mère, isolée en France et sans ressources, lui obéit au doigt et à l'œil. Nous étions arrivés au point qu'ils fassent lit séparé. Nous abordions le cap de l'autonomie alimentaire. L'enfant, anorexique, ne mangeait par lui-même que des yaourts. Pour le reste, sa mère, inquiète de son retard staturo-pondéral, lui donnait à manger à la cuillère, ce qu'il voulait, quand il voulait. Les derniers temps avant le confinement, elle commençait à lâcher un peu sur le terrain de l'alimentation.



Puis il y eut ce virus, puis il y eut ce confinement, et tout a régressé. Mère et fils ont retrouvé couche commune et l'enfant de nouveau ordonne à sa mère les repas qu'aussitôt servis il repousse demandant alors autre chose.

Certains événements dans la vie d'un individu, d'une famille, provoquent des régressions psychiques et comportementales, et cet événement est de taille, d'autant qu'on est condamné à vivre ensemble 24h/24 à l'exclusion de tout tiers réel.

Une transformation de la perception du temps

Elle peut se produire subrepticement, particulièrement chez les personnes en chômage technique, chez des personnes passant leurs journées en télétravail aussi. Certains éprouvent une distorsion temporelle et le temps leur semble suspendu en cette période de confinement. D'autres disent que le temps passe très vite, ils ne savent pas comment ; ils ont l'impression que le temps s'effiloche. Et le temps, selon Levinas (3), est un constituant du sujet. Comment et dans quelle mesure celui-ci est-il affecté par une altération de la trame du temps ?

Régression des acquis scolaires

Beaucoup craignent les conséquences scolaires du confinement et l'Éducation nationale suit l'affaire de près (contenu en ligne, travail en ligne avec les professeurs, audio, vidéo). Ce suivi à distance peut être une bonne chose, notamment dans ces effets latéraux que constituent quotidiennement l'intervention d'un tiers extérieur et l'obligation à rendre des devoirs, sous-tendue par une **nécessité d'organisation et de structuration du temps**. Ça peut être une bonne chose qui peut contribuer à un ancrage temporel.

Mais qu'en est-il dans les familles où les parents allophones ne peuvent suivre les devoirs de leurs enfants ? Le ministère de l'Éducation nationale ne s'y est pas trompé et ne comptera pas dans la note finale de l'année les notes obtenues pendant le confinement. Néanmoins, cet **impératif à rendre des devoirs peut être anxiogène** dans certaines familles qui n'ont pas la possibilité d'accompagner les enfants sur ce plan, et provoquer ainsi un regain de tensions. Ces questions importantes sont développées dans un autre chapitre consacré à l'organisation du temps des devoirs des enfants durant le confinement.

Dans quel état allons-nous sortir de là ?

Nous nous attendons aussi à des **états de stress post-traumatique**. Nous nous attendons à un **surcroît de dépendances face aux écrans et plateformes numériques**. Combien de parents sont ainsi amenés depuis des semaines à céder sur les temps d'écran pour obtenir du répit ! Au point de crises de manque dans le sevrage, au point d'abandonner la partie.



Nous nous attendons aussi à devoir travailler sur les **dynamiques familiales**. Enfermés ensemble jour et nuit, les membres d'une famille retrouvent les rôles qui leur sont naturellement attribués et dont les effets peuvent être habituellement tempérés par l'intervention du corps social. Dans cette famille, John est toujours le méchant, le dévastateur, et sa petite sœur une âme pure. John ressemble physiquement terriblement à son papa qui battait la maman jusqu'à leur séparation.

On se souviendra que chacun d'entre nous portons en soi le sage et le méchant, le simple d'esprit et le timide. On se souviendra que tout est mouvement et que le méchant est de passage à moins d'un arrêt sur image, comme cela peut être le cas en cas de confinement.

Quelques essentiels de l'utilisation de la téléconsultation

Mathieu Thépaut, Tony Brazil, Nicolas Cazenave

Conditions matérielles pour assurer une meilleure qualité de téléconsultation

Pour bénéficier au maximum de la téléconsultation, il convient avant tout de disposer d'une connexion fiable, filaire de préférence (câble Ethernet/RJ45), et à haut débit. Les caractéristiques de la vidéo sont également importantes. Un écran d'ordinateur de 15 pouces (largeur d'écran comprise entre 30,5 cm pour un format 4/3 et 33,2 cm pour un format 16/9) avec une résolution de 720p est un minimum pour un confort d'utilisation. La webcaméra devrait avoir une résolution correspondant au moins au standard VGA (640p × 480p ; 0,3 mégapixels) et de préférence être au standard XGA (1024p × 728p ; 0,8 mégapixels). L'audio ne doit pas être en reste, avec une fidélité au moins égale à celle du téléphone (son échantillonné à au moins 8 kHz). Si la famille ou le clinicien opte pour des casques audio, l'usage d'une prise jack est préférable à la communication par ondes radio UHF (Bluetooth®). L'ensemble de ces équipements est bien souvent de série sur la plupart des appareils récents. Ces caractéristiques techniques ne doivent pas être limitantes pour proposer une téléconsultation, mais assurent un meilleur confort.

Dans certains pays, l'assouplissement temporaire de la législation concernant la téléconsultation permet l'usage d'un panel élargi de plateformes de vidéotransmission bidirectionnelles. La plupart utilise des protocoles compatibles avec les spécifications ci-dessus. Enfin, si on ne peut avoir accès à une visioconférence, l'entretien téléphonique reste une alternative intéressante, parfois même plus adaptée avec certains enfants.

La première téléconsultation



Lors de la première téléconsultation, il peut être utile de prévoir un temps pour s'assurer de la qualité des conditions matérielles énoncées plus haut. Il est aussi nécessaire de s'assurer de la confidentialité de l'entretien. Le jeune est-il accompagné d'un parent ou responsable légal ? Si oui, cette présence est-elle nécessaire ou même simplement souhaitable ? L'enfant ou l'adolescent va-t-il être dérangé ou interrompu pendant la séance ? Comme en consultation présenteielle, il faut garantir de bonnes dispositions d'écoute, d'attention et de confiance mutuelles, ce d'autant qu'il s'agit d'un tout premier contact.

Les limites à l'utilisation de la téléconsultation

Le plus grand obstacle à l'utilisation généralisée de la téléconsultation en santé mentale réside peut-être dans la culture des praticiens, dont certains résistent à l'interaction clinique à médiation technologique. Les enfants et adolescents semblent souvent plus ouverts à la télésanté que certains professionnels médicaux et paramédicaux (4) et une formation peut être nécessaire pour les aider à comprendre les enjeux et les règles de bonne pratique de la téléconsultation, au bénéfice des jeunes suivis.

Propositions thérapeutiques

Nous pressentons que notre travail par la suite va s'accroître à la mesure de l'évènement. Mais il dépend aussi de ce que nous mettons en œuvre, aujourd'hui et depuis le début du confinement, pour palier à ces troubles et à ces risques. Dès le premier jour de notre repli forcé s'imposent des évidences :

Ménager des temps de sortie

Avec les précautions qui s'imposent, des **attestations de sortie** sur papier-en-tête et signées du chef de pôle, accompagnées de recommandations, sont délivrées par mail et à défaut déposées aux parents des enfants avec autisme notamment, afin que les parents se sentent plus en sécurité pendant les sorties eu égard aux contrôles de police.

Mettre en place une guidance parentale

Les jours précédant le confinement, nous nous sommes répartis les patients, les familles, en fonction des liens privilégiés créés antérieurement entre telle famille et tel soignant. Éducateurs, infirmiers, rééducateurs, médecins, assistants sociaux, chacun sa file active de familles et de patients. Charge à chacun de les contacter par téléphone, de suivre, de décrypter par le seul biais de la voix, ce qui est à l'œuvre dans chaque famille. État des lieux, hebdomadaire au moins, de la santé et des mouvements psychiques de chacun, des dynamiques familiales, de la manière de structurer les journées, mais aussi des conditions du confinement (il n'est pas identique d'être confiné à 5 ou 6 dans 100 m² ou dans 20m², avec à l'extrême, des sanitaires communs sur le palier). Lors de ces entretiens téléphoniques, nous rappelons à chacun les consignes de confinement. Rapidement sont identifiées les familles les plus en difficulté, souvent celles qui l'étaient déjà avant le confinement et appelant de notre part une vigilance accrue.

Maintenir le temps de synthèse des équipes

Outre le **maintien des synthèses hebdomadaires d'équipes** sur plateforme virtuelle, nous devons **multiplier des mini-synthèses** pour approfondir telle situation et trouver ensemble les moyens d'y répondre.

Le rôle des parents

Dans certains cas, nous arrivons à poursuivre le travail amorcé avant le confinement. Dans d'autres cas, nous sommes amenés à réfléchir avec le **parent, placé dès lors en position de « co-thérapeute »** et obligé à la responsabilité parentale, aux solutions à notre disposition pour apaiser tel enfant, faire sortir tel autre de son enfermement. Tout comme en consultation, cela nous oblige à analyser les déterminants des symptômes, rarement exclusivement du côté de l'enfant.

La dynamique familiale

Peut-être encore davantage qu'à l'habitude sommes-nous amenés à questionner pour **mieux comprendre la dynamique familiale à l'œuvre dans l'ici et maintenant et pouvant évoluer rapidement** en fonction de la façon dont chacun des membres, et les parents bien sûr, supporte cette situation obligée de confinement.

K. crie sans arrêt me répète son père, et de plus en plus. Il crie pour un oui pour un non, à la moindre frustration. Cette famille de 5 personnes vit dans une unique chambre au rythme des cris de K. Il réclame une chambre à lui tout seul, me crie le père désemparé au téléphone et qui demande qu'on accueille ses enfants à l'école. La semaine dernière encore, il venait avec ses enfants devant la porte de l'établissement scolaire, fermé. Non, la situation sociale et les conditions de vie dans la famille ne pourront changer dans l'immédiat, pas avant au moins la fin du confinement. Et mieux vaut leur dire de suite que de maintenir un suspens anxigène et peu propice au travail psychique : la fin du confinement n'est pas pour demain. Non, vos enfants ne pourront venir au CMP, ou seulement de manière exceptionnelle, et pour un temps limité en individuel. L'état d'agitation de K., enfant habituellement hyperactif et probablement précoce, est proportionnel à l'état de détresse et d'impuissance de ses parents. Voir K. au quotidien, décharger les parents quelques heures de sa présence ne servirait à rien sinon à conforter leur passivité.

Mobiliser les ressources parentales

Il est plus nécessaire que jamais de **retrouver une position active** et pour ces parents comme pour beaucoup d'autres de les **aider à trouver et à mobiliser leurs ressources internes**. Au bout de deux longs entretiens téléphoniques réunissant un interprète, l'assistant social du CMP et le consultant, nous arrivons à mieux cerner les déterminants de l'angoisse de chacun des parents. Ils prennent place dans leurs histoires personnelles et familiales (attentats, tentatives d'enlèvements), **traumatismes réactivés par la situation de confinement**. Pour aider la famille et chaque enfant, il est nécessaire que chaque parent retrouve un minimum ses assises. Au bout de la journée, une prescription, reposant sur l'identification des facteurs de stress et d'apaisement, est faite. Interdiction au père d'écouter les nouvelles plus de 5 minutes par jour, prescription pour lui d'une heure de marche en solitaire, c'est depuis toujours, la seule chose qui le détend. Charge à lui ensuite de garder deux des enfants, la mère ira se promener seule avec le troisième enfant, tachant de développer alternativement avec chaque enfant une relation privilégiée, soit une véritable rencontre. L'évaluation de l'observance et de l'efficacité du traitement est faite régulièrement.

Suivis et thérapies d'enfant en temps de confinement



S'il nous arrive souvent avec les parents d'utiliser telle ou telle plateforme numérique en vidéo, nous essayons de l'éviter dans les suivis avec les enfants en individuel, **priviliégiant le contact par la parole et par la voix**. C'est d'une part un moyen de mettre de côté les écrans, ils sont suffisamment déjà présents. C'est aussi un moyen de faire découvrir ou redécouvrir aux enfants le pouvoir des mots. Mais la situation oblige à développer d'autres canaux de communication. Ainsi pratiquons-nous avec certains enfants des **échanges de mails**, amenant chaque protagoniste à s'ancrer dans l'écrit, à prendre goût au récit et, dans l'absence, à faire sa place à l'autre. Nous travaillons également **avec des adolescents à des journaux de confinement**, réunissant leurs récits et illustrations de leur expérience propre du confinement.

Vidéo-thérapies

Un de nos proches collaborateurs, le psychanalyste Benoit Virole (5) qui a la pratique des thérapies médiatisées par les jeux-vidéos a développé très vite les vidéo-thérapies. Il relève quelques éléments techniques : « De façon quasi constante, à chaque séance, les enfants ressentent la nécessité de symboliser la distance / contact numérique, à la fois pour mettre à distance l'effet magique irréel et pour s'assurer de la présence réelle du thérapeute... Le premier objet ou dessin présenté par l'enfant en début de séance symbolise l'ensemble de l'éprouvé inconscient de l'enfant et condense son énoncé transférentiel, le reste de la séance est souvent d'intensité moindre... C'est comme si l'enfant comprenait les contraintes de cadre et de temps des vidéo-thérapies et allait droit au but... On retrouve cet aspect dans les thérapies classiques d'enfant, mais avec une intensité moindre. »

Groupes thérapeutiques via des plateformes de vidéotransmission sécurisée

Ils se sont rapidement développés afin de permettre la continuation du travail en CMP tout autant que de sortir les enfants de leur relatif isolement.

Le groupe qui a le plus d'ancienneté réunit une conteuse deux thérapeutes et des enfants connus des thérapeutes. La conteuse a choisi les aventures d'Ulysse. Ces groupes thérapeutiques virtuels découvrent mille choses de la problématique de ces enfants, l'inhibition de l'un, l'agitation de l'autre, la difficulté pour un troisième de prendre une place dans le groupe, la nécessité pour le quatrième d'être au centre des regards...

Une séance d'une heure a provoqué une prise hardie de parole chez l'enfant inhibé qui s'est progressivement redressé, rapproché

de sa caméra, jusqu'à ajouter des points que la conteuse avait omis dans son histoire. Déployait-il un aspect de sa problématique en tentant un bras de fer avec la personne en position de pouvoir ? Autant d'aspects qui seront repris en séance par le thérapeute.

Que nous enseigne cette expérience de groupe virtuel que nous modifions à mesure de l'expérience ? Il est important que les séances contées soient relativement courtes et qu'une place plus grande, un rôle plus actif, soient laissés aux enfants, même si, par le truchement de l'application numérique, une distribution de la parole est nécessaire. Il est également important que chaque enfant soit connu au moins par un des thérapeutes participant au groupe.

Quelques outils pour « déconfiner » et apaiser les corps

Peut-être plus qu'ailleurs, dans les quartiers déshérités, les parents ont peur de sortir. Notre pôle expérimente depuis plusieurs années auprès des enfants la **pratique du shiatsu**. Cette discipline originaire du Japon s'exerce par pressions profondes sur le corps, suivant le trajet des méridiens d'acupuncture. Elle aide la personne, l'enfant, le patient, d'autant qu'il est autiste, à percevoir ses limites corporelles ; elle l'amène aussi à la présence et à la concentration. Dans l'impossibilité où nous nous trouvons de poursuivre des soins intensifs auprès notamment des enfants avec autisme, nous avons commencé les séances de shiatsu sur plateforme numérique, auprès des enfants déjà suivis par notre praticienne de shiatsu. Via un système Skype sécurisé par l'hôpital, la praticienne guide les parents pour donner le shiatsu à leur enfant. Souvent les mères, trouvant instinctivement le juste geste, la juste pression, arrivent à canaliser leur enfant, parfois plus longuement que dans une séance de shiatsu traditionnelle. Elles peuvent ainsi reproduire cette pratique au quotidien avec l'enfant. Pour d'autres enfants, en fonction de l'âge, de la problématique, des moyens numériques disponibles au domicile, la praticienne de shiatsu choisit des **séances de relaxation**. L'enfant, l'adolescent, guidés par sa voix, se transportent sur le lieu de leur rêve et en ce lieu explorent leurs sensations. Récemment un enfant avec autisme suivi à l'hôpital de jour, lui disait avoir exploré toutes les sensations sauf l'odeur, des fleurs...

Un atelier modelage via plateforme numérique

Devant certaines urgences thérapeutiques, auprès des enfants avec autisme notamment, pour continuer de les stimuler dans leur ouverture aux sensations internes et externes, nous poursuivons ce soin. La patouille, le contact avec la terre, beaucoup d'enfants avec autisme apprécient. A l'hôpital de jour ils sont face à face avec l'art-thérapeute, sur un établi à malaxer de la terre. Il y a le contact avec la terre meuble, il y a l'imitation qui va bon train chez certains. Et pourquoi ne pas reprendre ce dispositif via Skype ? La semaine dernière, nous avons livré de la terre au domicile des enfants. Demain nous commençons.

Adressage de vidéos

Chaque semaine deux infirmières préparent une vidéo pour les patients de l'hôpital de jour et la leur transmettent. Elles ont choisi des marionnettes qu'ils connaissent bien et qui leur servent à communiquer. Ces marionnettes via les voix des infirmières qui leur sont familières leur chantent une comptine et nomment chacun d'eux. Les parents nous rapportent que certains réagissent et tentent l'interaction. Et si ces moyens de communication étaient moins menaçants pour les enfants avec autisme que le contact en présence ?

Contribution des enseignantes spécialisées

Quoiqu'engagées auprès des enfants de l'hôpital de jour, elles interviennent actuellement auprès d'autres enfants du pôle. Il ne s'agit pas de remplacer l'enseignant qui parfois a démissionné devant les difficultés (manque de moyens informatiques dans la famille, trop grand décalage dans les apprentissages). L'impératif de progression dans les apprentissages ne doit pas augmenter le stress, souvent déjà conséquent au domicile. Il s'agit **plutôt d'offrir un repère pour structurer ces temps de confinement et d'explorer d'autres méthodes plus ludiques**, convenant au profil de chaque enfant, pour atteindre les objectifs fixés par l'académie. Il s'agit d'entrer en contact avec **l'enseignant de l'enfant, d'établir un partenariat de travail** et peut-être de l'aider à découvrir les singularités et les richesses de l'enfant.

Travail ambulatoire si nécessaire

Ces moyens sont parfois insuffisants, soit qu'il n'y ait pas de réseau ni de poste informatique au domicile, soit que la famille ne réagisse pas à nos sollicitations, soit que le chemin à gravir soit trop pentu. Dans ces cas, nous déléguons des binômes en bas du domicile de l'enfant que nous rencontrons avec son, ses parents — beaucoup ont trop peur de se déplacer jusqu'au C.M.P. Munis de quelques attirails (un ballon, des marionnettes, des livres, etc.), sans oublier masques et gants, nous faisons un travail ambulatoire de lien et de séparation. Dans nombre de ces situations, il est vital de **faire un appel d'air, de remettre du tiers**.

Perspectives : le confinement, trouver un sol à soi ?

Dans d'autres cas, ce confinement peut permettre de changer la donne. Obligeant parents et enfants à la sédentarité, à donner du temps au temps, à se poser, il sort les uns et les autres de la course effrénée qui aspire un grand nombre, course à la production, à l'efficacité... On se pose enfin pour le plus grand bonheur des enfants et l'on est bien chez soi. Des parents se découvrent ainsi des talents de parents, des enfants des talents de cuisinier, de bricoleur, de couturier. Et si ce confinement était l'occasion de faire retour sur soi, de se trouver un sol à soi. Et si ce confinement, en ce qu'il constitue le domicile comme un **espace matriciel commun**, était l'occasion pour des familles d'un enfantement de chacun et de nouveaux liens familiaux ?

Il est certain dans tous les cas que le confinement aggrave les situations dans les familles les plus problématiques et qu'il est nécessaire pour le futur que, sans en abuser, tous soient à égalité face aux moyens numériques.

Bibliographie

1. Masson-Delmotte, V. (2016). Changement climatique, comment respecter les droits de l'enfant ? In : Douin (Ed.), *Sommes-nous bien traitants avec nos enfants ?* Arcueil : John Libbey Eurotext.
2. Lignes d'écoute et de soutien actives pendant l'épidémie de COVID-19 : <http://www.psycom.org/Actualites/Lignes-d-ecoute-et-de-soutien-actives-pendant-l-epidemie-de-Covid-19>
3. Levinas, E. (2014). *Le temps et l'autre*. Paris : PUF.
4. Schopp, L., Johnstone, B., & Merrell, D. (2000). Telehealth and neuropsychological assessment: new opportunities for psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31(2), 179-183. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.31.2.179>
5. Virole, B. (2003). *Du bon usage des jeux vidéo*. Vanves : Hachette.

Pour en savoir plus

Des fiches et des ressources pour les parents et leurs enfants, et les professionnels :

- <http://www.enfance-et-covid.org/>
- <https://gncra.fr/covid-19-ressources-familles/covid-19-pour-aller-plus-loin/>
- http://caradoc.fr/info_infanto.php
- https://www.lefigaro.fr/culture/le-louvre-propose-des-contes-aux-enfants-pour-decouvrir-ses-joyaux-20200418?utm_medium=Social&utm_source=Facebook#Echobox=1587211978

Gérer les impacts psychologiques :

- https://www.afpen.fr/IMG/pdf/covid_enfant_gerer_les_impacts_psychologiques_canada.pdf
- Petite enfance et besoins particuliers – Coronavirus (à destination des familles d'enfants suivis en CAMSP, CMP ou CMPP) : <http://www.psychologues-psychologie.net/documents/covid19/4.2.faq.parents.d.enfants.en.difficulte...camsp.cmp.cmpp.pdf>

Comment parler à vos enfants, à votre famille du COVID-19 :

- <https://www.maisondesados-strasbourg.eu/wp-content/uploads/2020/03/Dispositif-COVIPSY-Brochure-explicative.pdf>
- <https://www.youtube.com/channel/UCbaA1CEdoTDHa1KqgeloJng/playlists>

VI

Les adolescents en confinement : Une plateforme téléphonique spécialisée

Eric Lehuédé



Eric Lehuédé,

Pédopsychiatre, Praticien Hospitalier, Pôle Hospitalo-Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et l'Adolescent (PHUPEA), Centre hospitalier Guillaume Régnier, Rennes.

Le Dr. Lehuédé est responsable du Service pour Adolescents et Jeunes Adultes du PHUPEA depuis 1993 et de la Maison des Adolescents d'Ille-et-Vilaine depuis 2006.

E-Mail : e.lehuede@ch-guillaumeregnier.fr

Pourquoi mettre en place une plateforme d'entretiens téléphoniques spécialisés destinée aux adolescents et à leur entourage familial durant la phase de confinement liée à l'épidémie du coronavirus (COVID-19) ? Pour répondre à cette question, nous rappellerons brièvement ce qui se joue psychologiquement dans cette période particulière de l'existence qu'est l'adolescence et nous tenterons, en parallèle, de souligner les risques que le confinement peut provoquer ou amplifier dans cette population. Enfin, nous décrirons les objectifs, l'organisation et le fonctionnement de cette plateforme téléphonique.

Le confinement et ses possibles conséquences

Le processus de l'adolescence est déclenché par les transformations pubertaires. Le caractère obligé et irréversible de ces transformations pubertaires introduit l'adolescent dans un **vécu de passivité** qui va en réaction le pousser à agir pour tenter de reprendre le contrôle de ce qu'il subit. Les longs moments d'apathie alternant avec un « besoin de bouger » souvent présenté par l'adolescent comme impérieux en sont une illustration. **L'agir** constitue ainsi un moyen de défense psychique qui peut prendre une place importante dans la vie de l'adolescent. Contre ce besoin d'agir et d'explorer ses nouvelles limites corporelles peut renvoyer l'adolescent à un sentiment d'impuissance massif facilitant en retour une certaine impulsivité (3,7).

Outre l'aspect irréversible et obligé des transformations corporelles, la puberté inscrit l'adolescent dans une différenciation corporelle sexuée l'ouvrant aux possibles de la sexualité adulte. Ce qui était impossible du fait de l'immaturité devient possible, ce qui oblige l'adolescent à remanier ses modalités d'expression affectives vis-à-vis de ses proches et tout particulièrement des parents dont il est pourtant encore très dépendant matériellement et affectivement. Cette situation vécue par l'adolescent comme paradoxale crée une **insécurité affective** le poussant à revendiquer un espace d'intimité plus affirmé au sein de la sphère familiale mais aussi à rechercher, en dehors, d'autres repères affectifs sécurisants. Face à ces nécessités, beaucoup d'adolescents expriment un vécu de **menace de rupture** avec le monde de l'enfance, voire un sentiment de perte définitive qui les confronte à la notion de mort. L'insécurité liée au risque épidémique d'être atteint d'une maladie menaçant son existence propre et celle de ses proches peut trouver résonance dans ce qui ébranle déjà le vécu de l'adolescent et ainsi accentuer le risque dépressif (3,6).

Mais l'adolescence ne se résume pas à des transformations pubertaires ; celles-ci initient tout un ensemble de conséquences, de remaniements psychiques et relationnels qui se déroulent dans le temps de manière plus ou moins harmonieuse et progressive. Ce processus doit permettre à l'adolescent, dans un **travail d'autonomisation**, d'accéder à un statut d'adulte capable de faire ses propres choix de vie et de les assumer.



Par rapport à notre sujet, ce qui est à relever surtout c'est que l'adolescence en tant que processus maturatif psycho-affectif, s'accompagne d'un mouvement de distanciation vis-à-vis des images parentales. Ce mouvement passe par une **conflictualisation des relations parents-enfant** et le besoin d'investir l'environnement relationnel extrafamilial. Habituellement, c'est à travers les groupes de pairs, la rencontre avec d'autres adultes que l'adolescent va pouvoir s'appuyer pour affronter et supporter le travail de distanciation affective. L'aspect maturatif de cette **ouverture relationnelle** réside aussi dans la consolidation des identifications qu'elle produit. Sans oublier l'importance des premières relations amoureuses qui ouvrent sur la différence des sexes et l'altérité des désirs (2, 4).

On imagine d'emblée ce que peut produire le confinement en réunissant de façon quasi permanente parents et adolescent dans un espace réduit avec, de plus, une limitation drastique des relations sociales. Le confinement risque de venir contrer, entraver, les aspirations de l'adolescent à vivre plus d'ouverture et moins de contrainte. La suppression de ces moments passés en dehors de la sphère familiale, moments qui permettaient de soulager les tensions entre parents et adolescent, risque d'exacerber les conflits parents-enfant jusqu'à devenir physiquement violents.

Mais surtout, les effets du confinement peuvent être vécus par l'adolescent comme un obstacle à la construction d'un changement personnel et vital. Lorsque cet obstacle est vécu comme impossible à dépasser, il peut générer un **sentiment d'impasse** pouvant conduire à un mouvement dépressif ou un passage à l'acte libérateur. Une autre modalité défensive peut être, pour l'adolescent, celle d'une répression globale de sa vie affective dans une sorte d'adaptation de surface, de parti pris raisonnable ; le risque est alors celui d'un débordement imprévisible allant du passage à l'acte impulsif, à un effondrement dépressif voire une décompensation psychotique (3, 5, 6).

En miroir des mouvements psychoaffectifs de l'adolescent, les parents sont, habituellement, confrontés eux aussi à la nécessité de remanier leur positionnement et leur relation avec leur enfant. Il va leur falloir accepter de ne plus en être l'objet privilégié mais aussi renoncer aux projections sur leur enfant de leurs propres désirs infantiles. Les difficultés de ce travail peuvent se traduire par une certaine agressivité, au minimum des craintes vis-à-vis des nouveaux investissements relationnels de leur enfant. De plus, l'accès de leur enfant à une maturité corporelle et sexuelle confronte aussi les parents à leur propre vieillissement, aux choix et aux compromis qu'ils ont dû faire tout au long de leur vie d'adulte et à la nécessité d'aménager autrement leurs investissements (notions de « **crise parentale** » et de « **crise du milieu de vie** ») (6,8).

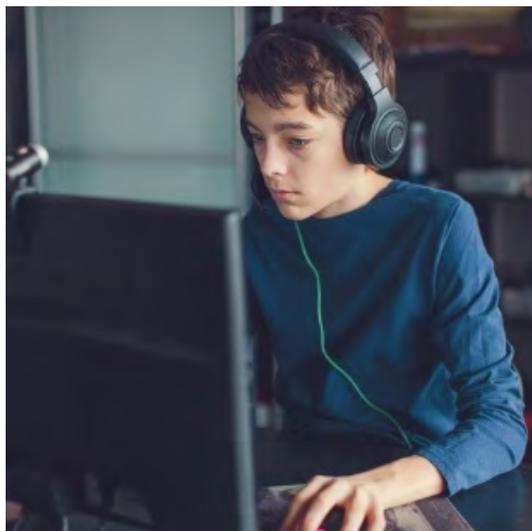
Ce travail psychique parental, marqué par le renoncement, s'étale dans le temps soutenu par les différents espaces de vie sociale que chacun des parents fréquente. Le confinement, en réduisant drastiquement ces temps de respiration, expose les parents à devenir plus agressifs, voire déprimés ou dépressifs, ce qui peut renvoyer l'adolescent à une culpabilité difficile à gérer. Une **augmentation nette des violences intrafamiliales** en particulier les violences conjugales a d'ailleurs été observée depuis le début du confinement (www.vie-publique.fr au 1/04/2020).

Les objectifs de la plateforme téléphonique

Dans ce contexte, la plateforme téléphonique spécialisée est un outil qui peut **faire tiers** entre l'adolescent et ses parents. Les échanges téléphoniques, assurés par des professionnels de la santé mentale, viennent introduire un peu d'extériorité dans une dynamique familiale qui s'est repliée sur elle-même du fait du confinement.

Concernant l'adolescent, les échanges téléphoniques ont pour objectif de l'aider à **se dégager de la prégnance de l'instant** et à se projeter sur un possible après. Mais il s'agit aussi, et c'est probablement un enjeu présent dans toute psychothérapie d'adolescent, de l'aider à rester en lien avec l'univers affectif de son enfance et à maintenir une continuité entre ce passé et ce qu'il vit actuellement (1,6).

Concernant les parents, les échanges téléphoniques visent à les soutenir dans leur parentalité. Ils peuvent permettre aussi une **guidance parentale** en particulier sur les conditions qui, malgré les règles contraignantes du confinement, pourraient accompagner une certaine autonomisation de leur enfant (8).



Cela suppose, dans tous les cas, de pouvoir proposer au moins un nouvel échange téléphonique de façon à construire un lien qui réintroduise une temporalité et fasse revivre l'extérieur. Sur ce lien, et en fonction des symptômes repérés, pourra être organisée une orientation vers des consultations spécialisées avec notamment un suivi par téléphone, voire en téléconsultation avec un système sécurisé de l'hôpital.

In fine, l'objectif principal est d'éviter que des difficultés psychologiques s'enkystent, entravent le développement personnel de l'adolescent et laissent des séquelles traumatiques.

Mise en place de la plateforme téléphonique

Une plateforme téléphonique s'adressant à des adolescents se doit de pouvoir s'appuyer sur des professionnels ayant une **expérience de travail auprès des adolescents** et capables de repérer les situations présentant des risques de décompensation psychique, en particulier suicidaire ou dépressive mais aussi auto ou hétéro-agressive voire délirante ; risques que le confinement peut exacerber.

Cette plateforme téléphonique départementale est coordonnée par le Dr Eric Lehuédé, pédopsychiatre, responsable de la Maison des Adolescents d'Ille-et-Vilaine et du service pour Adolescents et Jeunes Adultes ; structures intersectorielles qui sont rattachées depuis 2012 au Pôle PHUPEA (Pôle Hospitalo-Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent) dirigé par le Pr Sylvie Tordjman. Le Dr Lehuédé est à l'origine du développement de ces structures depuis 1993. La population reçue par ces structures est celle des 13 – 21 ans.

Les professionnels du service pour Adolescents et Jeunes Adultes sont familiarisés avec les particularités de la clinique psychologique et psychiatrique des adolescents. Ils ont tous été formés au repérage et à la gestion de la crise suicidaire. Ils ont une

expérience des entretiens familiaux ou parentaux et ont été formés à la thérapie familiale. Enfin, ils ont une longue expérience du travail téléphonique avec les adolescents et leur entourage.

En effet, hormis les situations d'urgence où l'adolescent est accueilli rapidement avec les personnes qui l'accompagnent, la première rencontre physique avec le service passe au préalable par un rendez-vous téléphonique avec le jeune et/ou ses parents. L'objectif de cet échange est d'évaluer brièvement la situation afin d'adapter au mieux la façon dont l'équipe soignante va accueillir l'adolescent et son entourage. L'expérience a, en effet, montré que la qualité de la première rencontre détermine pour beaucoup la qualité de l'investissement du patient dans son suivi ultérieur. En fonction de cet échange téléphonique, le premier accueil sera donc réalisé soit par deux professionnels soit par un seul. Il pourra s'agir d'un infirmier, d'une assistante sociale, d'un psychologue et /ou d'un médecin psychiatre.

Le confinement ayant réduit considérablement le nombre des consultations et le nombre des demandes, ces professionnels ont été disponibles rapidement pour travailler sur cette plateforme. Ils continueront à le faire le temps que durera cette période de confinement et aussi durant la phase de déconfinement.



Pour la suite, le projet prévoit de mettre en place **une démarche de formation** sous forme de certification organisée par un organisme spécialisé. Ainsi, au fur et à mesure de la levée du confinement, les professionnels soignants pourront retourner à leurs postes habituels tandis que des professionnels nouvellement certifiés pourront prendre la relève.

En cas de nécessité d'une prise en charge médico-psychologique, le patient adolescent et sa famille peuvent être orientés vers des équipes soignantes spécialisées grâce au réseau déjà bien rodé des structures de soins sur le département. Quant au niveau national, le réseau des Maisons des Adolescents représente un atout d'importance pour trouver et organiser des relais.

Articulation entre la plateforme téléphonique et le dispositif de l'Éducation nationale

Pour respecter les règles du confinement, l'Académie de Rennes a mis en place des modalités d'enseignement à distance. De fait, les enseignants assurant cet enseignement restent souvent les seuls adultes à maintenir un lien avec les élèves confinés au domicile familial.

Constat a été fait que les enseignants sont nombreux à repérer des signes de souffrance chez leurs élèves. Aussi, dans chaque lycée et collège, a été organisée **une référence avec une personne ressource** de l'Éducation nationale à laquelle tout enseignant peut s'adresser. Ce référent est un professionnel de l'établissement scolaire : infirmière ou médecin scolaire, psychologue de l'Éducation nationale ou responsable pédagogique. Il a pour rôle de faire un point avec l'enseignant, d'appeler l'élève et ses parents et/ou d'interpeller notre plateforme téléphonique afin d'échanger sur la situation. Si nécessaire, il pourra ensuite orienter l'élève et ses parents vers notre plateforme.

Cette **articulation en amont** avec le dispositif de l'Éducation nationale est particulièrement précieuse et essentielle pour repérer et orienter vers notre plateforme les adolescents qui présentent des difficultés psychologiques. En aval, d'autres articulations existent. Il s'agit en particulier de l'articulation avec d'autres plateformes téléphoniques spécialisées départementales, telles que celle sur les violences intrafamiliales ou celle concernant la périnatalité. Il s'agit aussi des dispositifs de soin habituels qui continuent à proposer des consultations en présentiel lorsque celles-ci sont indispensables (urgence psychiatrique, rendez-vous pour une préadmission en hospitalisation, etc.) ; ces consultations prenant toutes les mesures de prévention nécessaires concernant les risques de contagion par le COVID19 (outre le lavage des mains et la distance de sécurité, port du masque mais aussi accueil dans un bureau habituellement non utilisé et qui est désinfecté après chaque passage, etc.).

L'expérience actuelle dans le cadre du confinement

Les appels téléphoniques sont reçus par deux professionnels : d'une part, un infirmier ou un éducateur reçoit l'appel et assure l'échange ; et d'autre part, un psychologue ou un médecin psychiatre supervise cet échange. La raison essentielle de ce binôme est que les appels reçus ne sont pas des demandes de soins habituelles et que ces appelants ne savent pas quoi attendre de leur interlocuteur. Les appelants sont souvent en désarroi, d'où l'intérêt de proposer un second échange, sur rendez-vous, qui sera lui plus structuré.

Fonctionnant seulement depuis quelques semaines, la plateforme a reçu beaucoup d'appels provenant de professionnels en demande d'informations (professionnels de l'Éducation nationale, éducateurs, assistants sociaux, psychologues, etc.). Néanmoins, dans les autres cas, on peut repérer que, lors du premier appel, il est difficile de dégager l'interlocuteur du moment actuel et que seul un travail de guidance s'appuyant sur les règles et les objectifs du confinement, tout particulièrement les règles de sortie dérogatoire, permet d'établir un lien suffisant pour proposer un nouvel échange. Ce second échange permet alors d'aborder des questions pouvant évoluer vers une possible prise en charge thérapeutique.

www.gouvernement.fr/info-coronavirus



Bibliographie

1. Braconnier, A., Chiland, C., & Choquet, M. (2002). *Traiter à l'adolescence : un patient pas comme les autres*. Paris : Masson.
2. Birraux, A. (2013). *L'adolescent face à son corps*. Paris : Albin Michel.
3. Gutton, Ph. (2003). *Le pubertaire*. Coll. *Quadrige*. Paris : PUF.
4. Jeammet, Ph. (1990). Les destins de la dépendance à l'adolescence. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 38, 190-199.
5. Jeammet, Ph. (1994). Les vicissitudes du travail de séparation à l'adolescence. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 42, 395-402.
6. Marcelli, D., & Braconnier, A. (2004). Adolescence et psychopathologie. Coll. *Les âges de la vie*. Paris : Masson.
7. Marty, F. (2010). Adolescence et émotions, une affaire de corps. *Enfance et Psy*, 49, 40-52.
8. Varga, K. (2008). L'adolescent difficile et ses parents, Coll. *Adolescence et Psychanalyse*, Paris : Editions In Press.

Pour en savoir plus

- Les services de soutien psychologique destinés aux étudiants : <https://www.soutien-etudiant.info/services-soutien>
- Des conseils pour les collégiens et les lycéens : <https://www.education.gouv.fr/le-coronavirus-explique-aux-enfants-303246>
- Fiche sur le COVID-19 : <http://elyx.net/corona1/>
- Vidéos sur le COVID-19 : <https://www.lumni.fr/dossier/coronavirus>

VII

Les art-thérapies en période de confinement

Sandrine Pitarque*Sandrine Pitarque*

Dramathérapeute, enseignante, co-responsable de la spécialité dramathérapie du Master mention création artistique de l'Université de Paris ; Metteuse en scène et superviseuse

E-Mail : sandrine.pitarque@gmail.com

Les art-thérapies (1) sont l'utilisation des processus et des outils artistiques à des fins thérapeutiques. Ils s'appuient sur un cadre à la fois rigoureux et créatif pour accompagner les personnes et les groupes vers un mieux-être physique, psychique ou social. Les quatre grandes formes en sont la musicothérapie, la danse thérapie, la dramathérapie et l'art (plastique) thérapie. Elles peuvent se décliner en vidéothérapie, clownthérapie, etc.

Les art-thérapeutes sont présents à l'hôpital : pédopsychiatrie, psychiatrie, médecine générale ou service de rééducation. Ils sont intégrés à l'équipe pluridisciplinaire (médecins, psychologues, psychomotriciens, orthophonistes, infirmiers). Ils apportent un complément en termes de travail sur la confiance en soi, l'imaginaire, les émotions, la conscience du corps dans un espace, entre autres exemples. Ils interviennent également dans les secteurs éducatifs et sociaux. Ils y proposent différents dispositifs selon les problématiques : prévention, socialisation, atténuation des conflits, (ré)insertion, etc. Enfin, les art-thérapies sont présents en développement personnel où ils offrent une alternative intéressante aux psychothérapies verbales, en particulier pour les enfants et les adolescents en introduisant une médiation qui peut faciliter l'alliance thérapeutique.

Pourquoi recourir aux arts-thérapies en période de confinement ?

Les intérêts des arts-thérapies, dans cette période sociale et individuelle extra-ordinaire, sont principalement :

Le recours à la créativité

La créativité est sollicitée autant chez les professionnels que chez les participants. Les processus créatifs remettent en route des processus psychiques dépassant le seul besoin de survie : socialisation, estime de soi, apprentissage. D.W. Winnicott (2) évoque ainsi la « pulsion de créativité » comme un élément fondamental du psychisme humain.

L'appui sur les ressources

La « stratégie du détour » (3) que proposent les art-thérapies permet de laisser de côté, pour un temps au moins, le problème principal (symptômes, situation traumatique). Elle pousse les personnes à retrouver ou développer des ressources propres (imaginaires, corporelles). Non seulement les participants oublient leur problème pendant le temps de l'atelier, mais aussi ils développent *mine de rien* des compétences qui leur serviront le reste du temps.

L'étayage sur le groupe

Celui-ci peut être déjà existant (groupe d'art-thérapie en institution, par exemple). Il s'agit alors de le prolonger. Le dispositif subira inévitablement des transformations dont il faudra veiller à ce qu'elles ne mettent pas en péril le cadre fondamental. Mais le groupe peut aussi se créer *ex nihilo* à l'occasion du confinement. Il se construira à travers le partage d'une production artistique commune. Sentir qu'on fait partie d'un groupe extérieur permet de lutter contre les effets néfastes de la solitude, d'une part, et de l'éventuelle toxicité du groupe primaire familial avec qui on est confiné, d'autre part.

Le recours au symbolique

Prolongeant le groupe dans une dimension plus abstraite, il est un élément fondamental de lien entre les personnes, même sans présence physique : le symbole nous relie même à distance. C'est aussi un élément fondamental d'élaboration psychique, alors même que de nombreux événements symboliques sont supprimés en période de confinement (enterrements avec tous les proches, réunions de famille ou amicales autour d'un anniversaire, d'une naissance, par exemple). Apporter une dimension symbolique aux personnes souffrantes peut les aider à recréer un lien avec leur histoire, leur communauté, leur culture.

Comment penser un dispositif d'art-thérapie à distance ?

Nous allons tenter de donner différentes possibilités de prise en charge à distance avec les art-thérapies, en fonction des problématiques.

Continuation d'un groupe ou d'une thérapie individuelle existant

Garder le lien, entretenir la dynamique groupale et créative, soutenir pendant cette période difficile, sont les principales raisons qui poussent à maintenir l'existence des groupes d'art-thérapie déjà présents, notamment en institution. Le premier enjeu ici est de veiller à ne pas mettre en péril le cadre existant. Par exemple, pour un groupe de dramathérapie en psychiatrie adolescente s'inscrivant dans une approche psychothérapeutique (4), et où la règle de confidentialité était un enjeu essentiel, il a été décidé de ne pas continuer le groupe ; les jeunes étant confinés dans leur famille, les échanges risquaient en effet de n'être pas suffisamment protégés. Le groupe peut être suspendu pendant toute la période de confinement et le lien est gardé individuellement par les soignants.

La première question à se poser est donc : quel est mon cadre de travail dans ce groupe, quels sont mes objectifs, et ceux-ci sont-ils compatibles avec la situation des personnes ?

Si la réponse est oui, il s'agit alors de réfléchir à des dispositifs de travail à distance. On pourra s'appuyer sur le thème travaillé cette année, sur les techniques déjà utilisées, sur des supports partagés auparavant, pour bien ancrer ce nouveau dispositif dans la continuité du précédent. Nous verrons plus loin plusieurs exemples de dispositifs en cours selon les populations.

Création d'un nouveau groupe ou d'une nouvelle prise en charge individuelle

Cette période va voir l'émergence de demandes de prise en charge spécifiques. Personnes âgées dont la solitude est aggravée, familles où les dysfonctionnements sont accentués, adolescents en souffrance. Les professionnels qui identifient ces problématiques peuvent faire appel à un art-thérapeute pour mettre en place une prise en charge individuelle ou groupale spécifique.

Il semble important de noter ici que la mise en place d'un dispositif d'art-thérapie nécessite la présence d'un thérapeute. Il ne s'agit pas seulement de donner des consignes d'écriture ou de dessin au moyen d'une vidéo ou un « kit ressource », comme on peut le faire par exemple pour aider les parents en population générale. Il s'agit aussi d'accompagner le processus thérapeutique grâce au processus créatif : recevoir la production réalisée à partir de la consigne, l'écouter, la regarder, éventuellement en dire quelque chose. C'est cet accompagnement spécifique qui donne tout son sens à la démarche art-thérapeutique.

Voyons maintenant quels moyens concrets sont à la disposition des art-thérapeutes et des équipes pour mettre en place un travail créatif à distance.

Les outils de lien possibles

Le téléphone

C'est parfois le seul lien qui reste avec les personnes confinées chez elles. C'est celui principalement utilisé par les équipes pour prendre des nouvelles. On peut aussi donner une consigne, ou encore récupérer le résultat d'une production écrite, on peut improviser un dialogue inventé.

Pour les personnes qui n'ont pas d'autre connexion, on pourra aussi s'appuyer sur les professionnels qui les entourent (antenne de soin pour des patients qui ont un traitement régulier à prendre, soignants pour les personnes en résidence) pour échanger des consignes. Il faut alors veiller à la confidentialité des échanges.

Le smartphone

Il va permettre d'échanger non seulement des mots mais aussi des photos, des vidéos, et il va permettre de se connecter à différentes applications.

Les réseaux sociaux existants

Facebook (page commune qui peut être privée), Snapchat (photo et vidéo, à caractère éphémère), YouTube (vidéo), Tiktok (vidéo et musique), Soundcloud (musique), Flickr (photo). Les jeunes y sont souvent très présents. Ces outils peuvent être intéressants dans des cadres sociaux-éducatifs. Le cadre clinique en revanche demande des aménagements vis-à-vis de la confidentialité des échanges qui n'est pas toujours compatible avec ces outils. L'art-thérapeute peut se créer un compte spécial ou une page privée qui va permettre d'échanger avec chaque personne et/ou en groupe. Chaque plateforme a ses spécificités d'usage qui vont permettre des utilisations différentes.

La création d'un blog

Un blog spécialement créé pour le groupe va permettre d'échanger des contenus : photos, vidéos, textes. Il est important de le rendre privé afin de ne pas exposer les échanges à l'extérieur du groupe.

Les applications de communication à distance

Skype et Whatsapp sont les plus connues. Zoom connaît un essor formidable depuis le début du confinement. A partir d'un compte, on peut organiser très facilement des réunions où les participants se voient et s'entendent. Une telle réunion peut facilement devenir un atelier de théâtre par exemple. On pourra désactiver la fonction enregistrement pour garder la dimension éphémère d'un atelier à médiation théâtrale.

Certaines de ces applications peuvent aussi être utilisées avec des logiciels sécurisés fournis par les hôpitaux.

Exemples de dispositifs

Ce chapitre a été rendu possible grâce à la créativité des art-thérapeutes de [l'association Je d'enfant et d'adolescent](#) qui ont bien voulu partager leurs dispositifs en cours d'expérimentation. Merci aussi aux étudiants de Master 1 création artistique mention Dramathérapie de l'Université de Paris qui ont inventé et testé différentes consignes ici relevées.

Création d'un blog pour continuer la dynamique créative d'un groupe de jeunes en pédopsychiatrie

Groupe, créativité, expression et élaboration de ce qui nous arrive, projection vers l'après

Ce groupe se retrouvait chaque semaine pour créer un spectacle ensemble. Cet objectif a dû être oublié dès le début du confinement car l'annulation d'autant de répétitions ne le rendait plus faisable. Il a été remplacé par celui de créer une vidéo ensemble, qui pourra aussi constituer un événement en fin d'année puisqu'on pourra le partager (avec les équipes soignantes, les autres patients et les familles).

Pour cela, la dramathérapeute, les stagiaires et les soignants qui accompagnent le groupe depuis le début de l'année, ont mis en place ce suivi :

- Création d'un blog et partage de son adresse ;
- Récupération de tout ce qui avait été déjà proposé par les jeunes lors des différents ateliers : texte de chanson de rap, vidéo de danse, enregistrement d'une chanson, etc. ;
- Appel régulier de chaque patient pour donner de nouvelles consignes créatives sur le thème de travail (les lumières) ;
- Mise en place de moments communs via la plateforme zoom.

Atelier théâtre pour enfants en foyer d'accueil via la plateforme Zoom

Groupe, créativité, jeu, expression des émotions

Pour des enfants accueillis en foyer, il est mis en place un atelier théâtre quotidien pendant toute la période du confinement. Ce groupe donne aux plus jeunes un espace de parole indépendant du reste du groupe. Leurs émotions peuvent s'exprimer et s'élaborer. Il permet aussi une respiration aux éducateurs.



Exemple d'une figure collective réalisée avec un groupe d'étudiants en dramathérapie (il n'est pas possible de montrer une image provenant d'un atelier d'art-thérapie, par souci déontologique. Nous ne montrons ici que des images issues de formation en art-thérapie ou d'échanges entre collègues)

De nombreux jeux sont possibles : combat à distance, conférence en *grommelo* (langage imaginaire) avec traducteur, miroir, chef d'orchestre, dialogue improvisé, entre autres. On peut voir [sur ce lien l'exemple de jeux tirés d'un atelier réalisé entre art-thérapeutes](#).

Il faut veiller à plusieurs choses quand on met en place ce type de dispositif :

Veiller à ce que l'intimité de chacun soit respectée, autant l'intimité de chaque participant vis-à-vis des autres participants que vis-à-vis de sa famille. On peut demander à chacun de préparer l'espace qui l'entoure pour en montrer uniquement ce qu'il souhaite. On demande au reste de la famille de respecter cet espace, le temps de l'atelier : ne pas entrer dans la pièce, ne pas écouter. Une collègue a proposé aux enfants d'un groupe avec qui elle travaille en pédopsychiatrie de former une petite cabane pour le temps de leur atelier zoom. Elle-même montre comment le faire au début de la séance et utilise pour sa cabane des tissus avec lesquels ils ont l'habitude de travailler.

Pour un groupe qui se connaît déjà, on cherchera ainsi à **travailler sur la continuité**, par exemple avec du matériel qu'on utilise quand on se voit *en vrai*, ou en retrouvant des jeux qu'on connaît.

Favoriser l'expression des sentiments et du vécu, en **veillant à ne pas soulever des ressentis trop violents** qu'on aurait du mal à accompagner à distance. Favoriser le défoulement, le sentiment d'être en lien, la symbolisation.

On sera très **vigilant pour la fin de l'atelier**. Le moment de séparation est toujours sensible. Il l'est d'autant plus qu'ici, la fin de la bulle ludique et imaginaire consiste en un simple *clic*, après lequel tout le monde retrouve brusquement sa situation de confinement. On pourra donc faire plusieurs jeux symbolisant la séparation (dialogue Bonjour/Au revoir, faire des sorties d'écrans amusantes, prendre la température des émotions). On pourra même proposer une consigne (d'écriture, de dessin, de création de la carte d'identité d'un personnage) à faire d'ici la prochaine séance. Cela peut aider à limiter la sensation de solitude qui suit la fin d'un groupe.

Atelier « un voyage à l'intérieur de ma maison », pour garder le lien avec un groupe d'enfants suivis dans un cadre socio-éducatif

Créativité, jeu, prise de distance avec la situation de confinement

Atelier de création sur des supports multiples (création d'objets, d'instruments de musique, de cabane, de peintures) avec ce qu'on a à la maison, pour partir à la redécouverte de son chez soi. L'art-thérapeute part de thèmes ou de matières déjà explorées avec les enfants pour travailler sur la continuité tout en apportant de la nouveauté.

Consignes d'écriture ou de création sonore données et reçues par téléphone

Lien, créativité, expression de soi et élaboration

Ce dispositif permet de garder le lien avec des personnes ne disposant que d'un téléphone. Par exemple, avec un groupe en psychiatrie adulte, nous donnons chaque semaine une consigne autour de Don Quichotte (le thème du groupe cette année). L'art-thérapeute et ses collègues s'investissent beaucoup pour donner de la matière imaginaire et ludique aux patients, et combler un peu leur non-présence. Par exemple, nous avons écrit et leur avons lu une « attestation dérogatoire de sortie » imaginaire, sur un mode humoristique, à laquelle les patients ont répondu par un dialogue entre Don Quichotte et un policier à qui il présente son attestation. A chaque appel téléphonique, le patient lit ce qu'il a écrit et l'art-thérapeute lui donne la nouvelle consigne.

Lecture au téléphone

Soutien, lien

Plusieurs théâtres proposent à leurs spectateurs d'écouter des acteurs lisant des textes : [les poissons pilotes](#) de la Colline, ou [les consultations poétiques](#) du théâtre de la ville. S'inspirant de ces initiatives artistiques, on peut proposer à des personnes, avec qui on travaille déjà ou identifiées par des services sociaux comme en grande difficulté, de leur lire des textes. Ceux-ci seront choisis en fonction de la personne, de son histoire, de ce qu'elle ressent. La lecture sera précédée et suivie d'échange de paroles. Le rendez-vous peut être fréquent, jusqu'à une fois par jour s'il s'agit d'un important besoin de soutien.

Création d'un atelier vidéo via un groupe Snapchat

Lien, créativité, expression de soi et élaboration

Pour donner à des adolescentes qui se rencontraient chaque semaine depuis septembre, la possibilité de se retrouver et d'échanger, l'art-thérapeute envoie, au moment habituel de leur séance, des consignes créatives que les jeunes vont partager à travers des enregistrements sur Snapchat. Cette plateforme ne garde pas les productions. Ainsi il n'y a aucun risque de diffusion a posteriori des productions.

Consignes en dialogue

Tissage du travail groupal et individuel

Pour un groupe qui se connaît, ou qui se découvre, on peut donner des consignes qui se répondent, créant ainsi un effet de groupe, tout en gardant la dimension individuelle du travail. Par exemple, chacun écrit un court poème (3 vers, sans rime, sur le format du « haïku » très librement adapté) sur comment il se sent aujourd'hui. Il envoie ce texte à une personne dans le groupe, qui lui envoie également un texte. Ces textes ne sont pas partagés avec le reste du groupe. Chaque personne répond ensuite au « haïku » qu'il a reçu par une photo prise chez lui, à laquelle il donne un titre. Cette photo est alors partagée avec le groupe et un échange verbal peut avoir lieu (ou pas).

Série de photos réalisées par un groupe d'étudiants en art-thérapie en réponse au « haïku » envoyé par l'un de leur collègue :



*Faut bien
rigoler*



A l'étroit



Mal coiffée



Un morceau de soleil



Marche sur fond doré



*Le temps vole seul
dehors*

Accompagnement à la création d'un livre de naissance, d'un récit de vie

Lien, forte dimension symbolique

Sur le modèle d'un dispositif de type « récit des origines » (1), l'art-thérapeute peut aider une personne âgée à écrire un bout de récit de vie, une jeune maman isolée à écrire autour de la naissance de son enfant, une famille à écrire des souvenirs autour d'un parent mort dont on n'a pas encore pu visiter la tombe. Cet écrit pourra être partagé avec le reste de la famille ou être gardé par la personne pour le futur. Il permettra une certaine élaboration autour de ces grands moments de vie.

Ce peut être aussi un très bon dispositif après le confinement, pour retisser du sens avec tout ce qui s'est passé.

Et après le déconfinement ?

Tous ces dispositifs et bien d'autres pourront être mis en place pour le retour progressif à un rythme et une vie habituels. S'ils ont pu être utilisés pour garder le lien avec les groupes existants, ceux-ci auront besoin de moins de temps pour reconstituer leur dynamique. S'ils ont donné lieu à la création de nouveaux groupes, on pourra prolonger ceux-ci au moins jusqu'à une nouvelle étape. Par exemple, on pourra prolonger jusqu'aux vacances d'été des groupes d'enfants ou d'adolescents afin d'accompagner chacun tout au long du retour à la normale.

Chacun prend beaucoup sur soi pendant cette période de confinement et on peut supposer que la sortie entraîne un certain nombre de dérapages ou de passages à l'acte. Il ne faudra donc pas lâcher les participants à ces ateliers dès que le déconfinement aura commencé, mais rester présents jusqu'à ce que chacun se sente suffisamment en sécurité.

Bibliographie

1. Lecourt, E., & Lubart, T. (2017). *Les art-thérapies*. Malakoff : Armand Colin.
2. Winnicott, D.W. (1971). *Jeu et réalité*. Paris : Gallimard.
3. Klein, J-P. (2012). *Penser l'art thérapie*. Paris : PUF.
4. Pitarque, S. (2017). Une dramathérapie psychanalytique. *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*, 68, 179-193.
5. Pitarque, S. (2019). Le récit des origines : un dispositif d'art-thérapie utilisant l'écriture dans un cadre socio-éducatif. *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*, 72, 151-162.

Pour en savoir plus

- <http://dramatherapie-paris.com/>
- <http://jedenfant.fr/>
- [Drama Therapy Review, Volume 6, Number 1](#)

VIII

Hypnose en période de confinement : Intérêts pour les enfants, adolescents, parents et soignants

Eric Méner, Anne-Claude Méner



Eric Méner, Anne-Claude Méner

Eric Méner Médecin généraliste, Professeur de médecine générale, Directeur du Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Rennes - Université de Rennes I ;
Formateur en hypnose ;

Représente la médecine générale au sein du collège universitaire de médecine intégrative et thérapies complémentaires ([CUMIC](#)).

Anne-Claude Méner Psychomotricienne libérale à Guer (56) ;
Hypnothérapeute également formée à l'haptonomie, Formatrice en hypnose ;
Expertise régulièrement en France des formations médicales en DPC.

E-Mail : hypnoseetsanteformation@orange.fr

L'hypnose est une technique d'accompagnement et de soin particulièrement adaptée à la prise en charge des déséquilibres émotionnels (1). Le confinement instauré dans le contexte de pandémie COVID-19 génère de nombreuses difficultés d'adaptation pour toute la population : enfants, adolescents, parents, adultes. Les professionnels de santé, qu'ils soient en première ligne ou non, ne sont pas épargnés. Psychomotricienne et médecin généraliste, nous sommes également [formateurs en hypnose thérapeutique](#). Afin de nous adapter à ce nouvel environnement professionnel, nous avons dû inventer des nouveaux dispositifs d'accompagnement que nous n'utilisons pas jusque-là. Après plusieurs semaines de pratique en confinement et les retours très positifs des diverses expériences, nous souhaitons les partager avec vous.

La pratique de l'hypnose

Habituellement, un soignant recourt à l'hypnose en présentiel dans son cadre de travail (salle d'opération, service hospitalier, cabinet libéral), avec un patient volontaire et engagé. On peut décrire classiquement trois grands champs d'application de l'hypnose :

L'hypnoanesthésie

Pendant l'intervention (examen médical, geste technique ou chirurgical), l'anesthésiste propose au patient de rejoindre en hypnose un endroit ou une activité agréable qu'ils ont défini(e) ensemble. Par une technique de **visualisation**, le patient se distancie de ce qui se passe « ici et maintenant » et profite d'un « ailleurs » beaucoup plus agréable.

L'hypnoalgésie

Plusieurs techniques d'hypnose permettent au patient d'observer, d'écouter sa douleur autrement et de devenir **acteur** pour la **transformer** en un objet ou quelque chose sur laquelle il pourra agir.

L'hypnothérapie

Elle s'adresse aux patients en souffrance psychique ou somatique. Le patient, limité dans sa capacité d'adaptation, est figé dans son fonctionnement. Le thérapeute invite le patient à activer sa propre créativité dans un but de changement, d'évolution, d'adaptation, de guérison (2).



© Hypnose et Santé Formation

Chaque individu, quel que soit son âge, peut également découvrir très facilement comment rejoindre un état de conscience modifiée en **s'appropriant l'autohypnose**. Avec cette pratique, le sujet devient autonome. Nous reviendrons plus loin sur cette pratique d'autohypnose.

Intérêts de l'hypnose en période de confinement

Apport des neurosciences

Les neurosciences ont montré comment le stress déclenche une réaction de défense de l'organisme via le système limbique, appelé aussi « cerveau des émotions ». Celui-ci stimule la production d'adrénaline et de cortisol qui permettent une réponse adaptée à la situation tant que le danger persiste. Lorsque le danger est passé, la production de ces hormones s'interrompt. A l'inverse, en état d'hypnose, le cerveau déclenche la production de neurohormones indispensables à l'homéostasie de l'individu (sérotonine, mélatonine, dopamine, endorphines), ce qui rééquilibre le système hormonal et améliore les mécanismes physiologiques de base. Cet état renforce également le système immunitaire en augmentant la production des lymphocytes T et NK (3).

Bénéfices attendus de l'hypnose

Dans la situation actuelle d'isolement, d'impuissance, d'incertitudes et de peurs, le système émotionnel est bombardé quotidiennement d'informations négatives. En l'absence de références et de perspectives précises, la production d'hormones du stress se poursuit, entraînant des dysfonctionnements psychiques et somatiques : troubles du sommeil, somatisation, anxiété, dépression, aggravation de maladies chroniques, de maladies auto-immunes.

L'hypnose est l'art de faire émerger chez l'individu un possible « extra » dans son « ordinaire » en s'appuyant sur les ressources créatives tant du thérapeute que de l'individu. **L'hypnose est donc un outil particulièrement adapté pour traverser cette période de confinement « extra- ordinaire » si atypique et déconcertante**

Un temps d'hypnose, accompagné ou en autonomie, permet ainsi :

- De voyager, de rejoindre un environnement ressourçant ;
- De changer de point de vue sur ce qui nous entoure pour envisager les choses autrement ;
- De (re)devenir acteur pour soi-même, de se mettre en mouvement ;
- De mobiliser sa créativité ;
- D'activer ses ressources de guérison.

Les outils numériques : une solution adaptée

En France, la télémédecine est une pratique médicale validée depuis août 2018 en médecine générale. Les autorités de santé viennent d'autoriser d'autres professions (orthophonistes, psychomotriciens, diététiciens, etc.) à utiliser les outils de consultation à distance dans un cadre bien défini par la législation (4). Le principe est de pouvoir observer et communiquer avec le patient en utilisant les moyens vidéos de logiciels métiers sécurisés.

Habituellement, dans nos cabinets de médecine générale et de psychomotricité, nous veillons à être disponibles à l'autre, à ouvrir nos canaux sensoriels et à être créatifs. Ce sont les bases d'une alliance de qualité avec le sujet ou le groupe.

La distance imposée dans ce temps de confinement nous limite dans nos perceptions de l'autre : absence du toucher, de l'odorat, de la vision globale de l'autre. Il est pourtant possible de mettre en œuvre une qualité de présence suffisante pour pouvoir accompagner des personnes en demande d'aide, quel que soit leur âge.

Outils élaborés pour le confinement

Pistes audios pour les enfants... et les plus grands

Dès la première semaine de confinement, nous avons été sollicités par des parents débordés par ces changements de vie imposés. Outre la nouveauté du télétravail, du confinement à plusieurs dans des espaces de vie parfois restreints, sans possibilité de ressourcement extérieur, ils sont également confrontés à l'accompagnement scolaire et à la sursollicitation de leurs enfants. Pour répondre à cette demande, nous avons mis à disposition sur notre site internet [des pistes audio](#) de 7 à 10 mn enregistrées par Anne-Claude Méner lors d'une recherche clinique initiée en 2016 par le Pr Sylvie Tordjman (étude RELEASE). Ce travail vise à mobiliser chaque enfant dans sa globalité tête-corps-cœur en activant les systèmes cortical, reptilien et limbique par le biais de voyages intérieurs qui lui permettent de s'évader hors du confinement, mais aussi de se recentrer sur soi. Ces petits voyages peuvent être écoutés par les enfants seuls ou accompagnés d'un adulte.

Les thèmes proposés sont :

- [La coccinelle, pour découvrir son corps...](#)
- [Mon lieu secret, pour retrouver un espace de sécurité...](#)
- [L'arbre, pour être là bien présent à ma place...](#)
- [L'escalier, pour passer de ma tête à mon ventre...](#)
- [Mes couleurs, pour embellir à l'intérieur...](#)
- [Les bulles, pour apprendre à se libérer...](#)
- [Mon livre de lumière, pour choisir mes plus belles ressources...](#)
- [L'abeille, pour avoir envie d'apprendre et de transmettre...](#)
- [Ma main, pour découvrir toutes mes compétences...](#)



© Myriam Zilles de Pixabay



© Alexas fotos de Pixabay

Et puis pour les plus grands :

- Pour continuer à tisser des liens...
- Pour m'envoler ailleurs...
- Pour faire sourire mes cellules...

Pendant ce temps de confinement, les enregistrements sont largement proposés par des parents à leurs enfants, par des professeurs des écoles à leurs élèves, et par des soignants à leurs patients. Bien que réalisés à l'origine pour des enfants, il s'avère que de nombreux adultes les utilisent également comme moyen d'évasion ou comme tremplin vers l'autohypnose, au même titre que la cohérence cardiaque, comme proposé par exemple par le site www.visionpositive.be

Visioconférences de formation pour les soignants

Des étudiants en santé et des soignants en exercice (parfois parents) se sont également manifestés. Ils recherchaient une aide pour dépasser leur sentiment d'impuissance devant l'ampleur du phénomène et sa nouveauté, la peur de recevoir et de transmettre la maladie et la perte de contrôle dans le flou ambiant, dans un contexte professionnel évoluant tous les jours. L'**autohypnose** nous a semblé être une solution particulièrement adaptée à leur demande.

Il s'agit d'une pratique autonome de l'hypnose. C'est un choix personnel, un temps que l'on s'accorde pour s'occuper de soi, s'évader, sortir des écrans, du travail scolaire ou professionnel, en optimisant ses ressources physiologiques et émotionnelles... L'apprentissage est simple et accessible à tous, **en une seule séance** avec la technique que nous avons développée pour [nos formations](#).

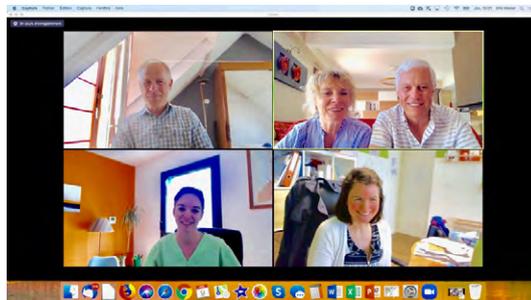
Nous avons donc conçu un temps de découverte collective en visioconférence de 1h30 pour des groupes de 5 personnes avec le logiciel Zoom. Cette formation gratuite a été proposée dès le début du confinement à des infirmières, sages-femmes, médecins généralistes et reste programmée sous cette forme plusieurs fois par semaine. Nous souhaitons faire découvrir aux participants comment se recentrer, se ressourcer, se protéger de la surcharge cognitive liée à l'hypermédiatisation de cette nouvelle maladie, retrouver de la disponibilité pour eux-mêmes, et cela en toute autonomie.

Formation « Soutien aux soignants : autohypnose, pour un meilleur équilibre émotionnel »

Notre formation est essentiellement axée sur la pratique : l'hypnose ne s'apprend pas dans les livres mais se découvre de l'intérieur. Les participants en font donc l'expérience pour vivre cet état de dissociation et pouvoir le revivre en autonomie.



© Hypnose et Santé Formation



© Hypnose et Santé Formation

- Accueil des participants
Vérification des conditions techniques propices à la visioconférence : ajustement de la qualité du son et de l'image, disponibilité de chacun avec la garantie de ne pas être dérangé.
- Présentation des formateurs et des participants
- Recueil du vécu émotionnel de chacun, sur les plans personnel et professionnel dans le contexte de pandémie
- Powerpoint de présentation succincte de l'intérêt de l'hypnose dans la situation actuelle
- Première expérience d'hypnose
Nous proposons aux participants de découvrir comment l'inconscient (selon la définition de M. Erickson) (5) peut prendre le pas sur la conscience qui habituellement fait des choix, raisonne, réfléchit. Pour cela, il suffit de se poser intérieurement cette question ouverte : « **emmène-moi là où c'est bien pour moi maintenant** » sans faire de choix préalable. Puis se laisser surprendre et profiter pleinement de ce qui se présente « *là-bas* » avec tous ses sens. Les formateurs, attentifs aux participants et en lien avec les vécus émotionnels de chacun guident l'expérience plusieurs fois pendant 2 à 3 minutes.
- Retour d'expérience en groupe à tour de rôle
Les participants découvrent la variété, la richesse des vécus du groupe, et combien chaque voyage est différent avec des sensations et émotions en lien avec les besoins du moment.
- Répétition de l'exercice sans guidance afin de s'approprier progressivement cette technique d'autohypnose
- Envoi d'un questionnaire d'évaluation des pratiques à distance

Cette formation a ensuite été reformatée pour des groupes de 15 personnes sur une durée de 2 heures, toujours en visioconférence. Elle a été proposée aux 350 internes de médecine générale de la faculté de médecine de Rennes qui ont été très sollicités dans des équipes de soin de premiers recours. Ces étudiants ont très bien accueilli cette offre et se sont inscrits en grand nombre.

Téléconsultations d'hypnose pour les patients

Nous utilisons depuis des années l'hypnose thérapeutique dans nos consultations de médecine générale et de thérapie psychomotrice. Dans tous les lieux de soin, l'annonce du confinement a interrompu les prises en charges en cours. Seuls les soins urgents se sont poursuivis en présentiel. Pour pallier la désertification des cabinets et continuer la prise en charge des patients, les professionnels ont dû rapidement s'approprier la téléconsultation pour les autres soins et garder le lien avec les patients les plus fragiles.

En pratique, effectuer une séance d'hypnose en visioconférence est possible dès lors que la motivation et l'engagement du patient existent. Lors de la prise de rendez-vous, il est primordial de s'assurer que les conditions de visioconférence seront optimales : disponibilité dans un cadre adapté, débit internet suffisant, qualité du son et de l'image permettant de pouvoir observer le patient de près.

On retrouvera ensuite les cinq étapes d'un processus habituel d'hypnose à mettre en œuvre pour un bon accompagnement :

- La création du lien thérapeutique
- L'induction
- La dissociation
- La transe hypnotique
- La terminaison



© Hypnose et Santé Formation

C'est au cours de la transe hypnotique que nous n'aurons pas accès aux mêmes leviers thérapeutiques. Il faudra développer une autre créativité pour « traverser l'écran » et rejoindre notre patient malgré l'absence de vision globale du corps et de possibilité de toucher et de déplacement du thérapeute.

Cet accompagnement nécessite une attention nouvelle du praticien, un « accordage » réajusté à cette relation à distance.

Nous avons reçu différentes demandes, y compris pour accompagner des enfants et adolescents :

- Patients en cours de suivi en hypnose
Certains ont d'emblée demandé à poursuivre leur travail thérapeutique malgré l'éloignement physique, ayant déjà pu observer les bénéfices que cette thérapie leur apportait. A l'inverse, d'autres ont préféré reporter leurs séances par manque de disponibilité.
- Anciens patients
Ils ont repris contact en vue d'une nouvelle séance d'hypnose pour gérer l'envahissement émotionnel déclenché par la situation de pandémie.
- Nouveaux patients
La prise de rendez-vous était motivée par des symptômes nouvellement apparus : troubles du sommeil, anxiété, troubles alimentaires, irritabilité, douleurs diverses (abdominales, thoraciques, musculaires) ...
- Accompagnement des enfants et adolescents
Si l'accompagnement des adolescents se rapproche de celui des adultes, celui des enfants implique d'autres adaptations.

Pour les mineurs, la présence aux côtés de l'enfant d'un des parents majeurs ou d'un majeur autorisé peut être nécessaire. Toutefois cette présence peut parfois limiter la liberté d'engagement et le travail émotionnel de l'enfant.

- Choix préférentiel de supports d'induction
Habituellement, la mise en corps et le mouvement participent au travail. En téléconsultation, ils seront limités par le champ de la caméra. Des supports tels que le dessin, la pâte à modeler, des figurines, ou d'autres supports deviendront en priorité des facilitateurs d'entrée dans un travail en hypnose. Quand rien n'est prévu, tout est possible, et l'enfant peut s'emparer très vite de ce temps qui lui est accordé pour s'occuper de lui dans ses besoins essentiels.

Intérêts de l'hypnose en téléconsultation après le confinement ?

Le confinement a bouleversé les références de prise en charge des professionnels de santé. Après un temps d'interrogations sur les moyens à adopter pour poursuivre l'aide aux patients, nous avons dû penser autrement, donner un sens positif au changement pour trouver des solutions et rester un acteur de soin malgré les limites imposées.

Cette remise en question obligatoire nous a permis de développer de nouvelles compétences dans la transmission et l'utilisation de l'hypnose.

Les pistes audios, les formations en visioconférence et les téléconsultations feront désormais partie de nos outils d'accompagnement, à intégrer à nos pratiques habituelles.

Bibliographie

1. Bioy, A., & Célestin-Lhopiteau, I. (2014). *Hypnothérapie et hypnose médicale en 57 notions*. Malakoff : Dunod.
2. Lubart, T., Méner, E., Méner, A-C., & Tordjman, S. (2019). Créativité, processus thérapeutique et hypnose : un aperçu. *Trances*, 6, 46-54.
3. Gruzelier, J.H. (2002). A review of the impact of hypnosis, relaxation, guided imagery and individual differences on aspects of immunity and health. *Stress*, 5, 2, 147-163.
4. Arrêté du 25 mars 2020 publié au Journal Officiel du 26 mars 2020, texte N° 33.
5. Haley, J. (2007). *Un thérapeute hors du commun : Milton H. Erickson*. Paris : Editions Desclée de Brouwer.

Pour en savoir plus

- Site internet [Hypnose et Santé Formation](#)
- Rapport INSERM Unité U1178, Évaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose, 2015
- Roumanoff-Lefavre, C. (2016). *Journal d'une hypnothérapeute*. Paris : Edition Eyrolles.
- Site internet [IFPPC](#)

IX

EMDR et télésanté chez l'enfant et l'adolescent en confinement

Mathieu Thépaut, Tony Brazil, Nicolas Cazenave



Mathieu Thépaut

*Doctorant en psychiatrie, Université Rennes 1, France. Praticien EMDR niveau 1
Association EMDR France.*

E-Mail : mthepaut.emdr@gmail.com



Tony Brazil

*Psychothérapeute titulaire du CEP, Connecticut, États-Unis. Praticien et Superviseur accrédité EMDR Europe
Association EMDR France.*



Nicolas Cazenave

*Maître de conférences en psychologie, Université Toulouse Jean-Jaurès, France. Centre d'Etude et de Recherche en Psychopathologie et Psychologie de la
Santé (EA 7411), Praticien accrédité EMDR Europe.
Association EMDR France.*

L'EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) est une psychothérapie efficace dans le traitement du TSPT (trouble de stress post-traumatique) et des troubles apparentés. Les enfants et adolescents présentant ces troubles pourraient bénéficier de l'EMDR. Considérant les risques de TSPT dans une situation de crise comme la pandémie de COVID-19, il apparaît important de pouvoir utiliser et adapter un protocole de traitement EMDR en télésanté. Ce travail a pour objectif de montrer l'intérêt de l'EMDR en téléconsultation chez les enfants et adolescents en confinement.

Confinement et psychotraumatisme

Depuis son émergence, la pandémie de COVID-19 causée par le virus SARS-CoV-2 a surpris populations, gouvernements et autorités de santé. Elle constitue une menace sanitaire, économique et sociale à l'échelle mondiale. L'ampleur des conséquences médico-psycho-sociales du COVID-19 appelle des réponses inédites des autorités nationales et internationales, comme des professionnels de santé.

À l'échelle individuelle, la mise en quarantaine ou le confinement représentent des facteurs de vulnérabilité. La littérature scientifique, rapporte que ces situations de crise sanitaire peuvent entraîner un isolement associé à du stress, voire des troubles psychiatriques caractérisés ; les études font état d'effets adverses tels que des perturbations émotionnelles (tristesse, irritabilité, colère), cognitives (troubles de concentration, idées intrusives) ou comportementales liées à un psychotraumatisme persistant (1). Ces effets psychologiques peuvent être de longue durée. Les facteurs de risque les plus fréquemment rapportés dans ces études sont la durée de la quarantaine, la crainte de l'infection, les difficultés d'approvisionnement alimentaire ou d'accès à l'information, les problèmes financiers ou encore la stigmatisation liée au fait d'être soi-même infecté ou à risque de l'être.

En réponse à la pandémie de COVID-19, les autorités de nombreux pays ont ordonné des mesures d'urgences de confinement de leur population et de restrictions des activités dans l'espace public. L'objectif, en termes de santé publique, est de prévenir ou de ralentir la progression de l'infection, parfois au prix d'entraves aux droits humains. **Pour les enfants, cela implique la fermeture de leurs établissements scolaires et le confinement avec leurs familles, avec un impact sur leur santé physique et mentale, surtout en cas de violences intrafamiliales** (→ [Ressources parentales](#)) (2). À la date du 15 avril 2020, [l'UNESCO](#) estime que plus de 1,58 milliards d'enfants, dans 191 pays et territoires, sont confrontés à la fermeture des établissements scolaires.

La communication et l'apport d'une information adaptée aux enfants de tout âge est un volet essentiel dans l'arsenal de mesures à mettre en œuvre face la pandémie. Le COVID-19 et ses conséquences médico-psycho-sociales n'épargnent aucune population. La pression sans précédent qui s'exerce sur les systèmes de santé à travers le monde concerne principalement une population de patients adultes infectés au COVID-19. Les enfants sont épidémiologiquement moins touchés par des formes sévères du COVID-19. La situation actuelle fait passer leurs besoins et leur sécurité physiques et psychologiques au second plan. Il apparaît pourtant une fragilisation des jeunes générations par les risques de psychotraumatisme. Les effets à court et long terme dans cette population vulnérable doivent être étudiés et pris en compte.

EMDR chez l'enfant et l'adolescent

Le protocole standard et ses adaptations

La thérapie par désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires (EMDR : *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) a été développée par Francine Shapiro (1948-2019) à partir de 1987. Les premiers résultats, à propos de ce qui s'appelait alors EMD ont été publiés en 1989 (3). Cette psychothérapie est également connue sous le nom d'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires.

La psychothérapie EMDR a montré son efficacité au travers de nombreuses études cliniques et méta-analyses réalisées dans différents contextes cliniques (4). Elle est recommandée par des instances sanitaires, civiles et militaires, nationales et internationales (→ [OMS](#)) pour le traitement du trouble stress post-traumatique (TSPT). Son application découle d'une **procédure standardisée en 8 étapes, faisant intervenir des stimulations bilatérales alternées oculaires (SBA)** au cours de tâches ou d'observations non dirigées d'attention duelle (**Figure 1**). Les stimulations les plus largement appliquées sont les mouvements oculaires rapides et rythmiques. D'autres formes de SBA, tactiles ou auditives, sont possibles. L'application des SBA, dans le cadre d'un protocole spécifique, permet de diminuer le vécu subjectif de perturbation et la vivacité des souvenirs traumatiques. Plusieurs mécanismes d'action ont été proposés avec des hypothèses variées (5).

Francine Shapiro a dépeint l'EMDR comme une thérapie en plusieurs étapes s'intégrant dans un plan de traitement du psychotrauma. L'approche de l'EMDR est couramment décrite en trois volets qui explorent le passé (événements générateurs du psychotrauma), le présent (déclencheurs actuels) et le futur (avec installation de schémas et cognitions permettant d'adopter des stratégies adaptatives pour faire face aux événements perturbants) (5).

Protocole standard en 8 phases :

- **Histoire** : établissement du lien thérapeutique, recueil des données cliniques, évaluation de l'indication à un traitement EMDR et constitution d'un plan de traitement ;
- **Préparation** : psychoéducation et techniques d'autorégulation émotionnelle ;
- **Ciblage** : cible de traitement ;
- **Désensibilisation** : focalisation sur les expériences traumatiques avec début d'application de SBA ;
- **Installation** : intégration de cognitions positives adaptatives ;
- **Scanner corporel** : travail sur les sensations corporelles ;
- **Clôture** : stabilisation émotionnelle ;
- **Réévaluation** : vérification à distance de la stabilité du patient et de l'effet du traitement.

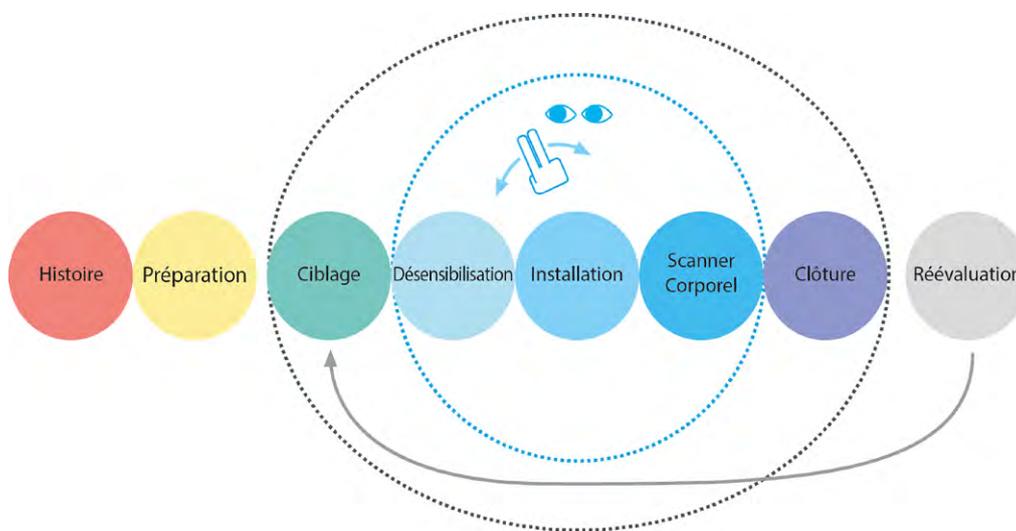


Figure 1. Le protocole EMDR standard en 8 phases (d'après F. Shapiro, 2017). Les phases 3 à 7 se déroulent au cours d'une même séance. Les phases 4 à 6 impliquent des tâches ou observations non dirigées d'attention duelle avec stimulations bilatérales alternées (SBA). La phase de réévaluation, à distance, permet d'ajuster le plan de traitement. © Mathieu Thépaut et Pierre-Yves Bastard

L'EMDR a montré une efficacité dans des contextes d'urgence, avec des protocoles parfois adaptés où certaines des 8 étapes peuvent être modifiées, réduites, voire omises selon les circonstances cliniques (→ [Protocoles d'intervention EMDR précoce](#)). Dans des situations d'événements traumatiques récents, des études ont montré qu'une séance unique d'EMDR permet de diminuer significativement le niveau subjectif de perturbation psychique (6).

Adaptations chez l'enfant et l'adolescent

L'EMDR chez l'enfant et l'adolescent est validé par des études cliniques et des méta-analyses et représente une option de traitement efficace en cas de psychotraumatismes (7,8), y compris dans les traumatismes liés à des violences intrafamiliales ou dans les traumatismes complexes comme les abus sexuels. Cette psychothérapie bénéficie d'une « forte recommandation » par la *International Society for Traumatic Stress Studies* (→ [ISTSS](#)). L'EMDR semble être également une option intéressante en cas de dépression ou dans les phobies.

Le protocole standard est utilisable chez l'enfant à partir de 9 ans (5). La *National Institute for Health and Care Excellence* recommande de considérer l'EMDR dans le TSPT dès l'âge de 7 ans (→ [NICE](#)). Des adaptations du protocole sont nécessaires chez des enfants plus jeunes, mais ne sont pas limitantes. Elles permettent de proposer cette psychothérapie à tous les âges de la vie et du développement (Figure 2).



Figure 2. Séance d'EMDR chez l'enfant. Les phases 4 à 6 comportent des stimulations bilatérales alternées (SBA) oculaires, guidées par le clinicien, qui permettent de diminuer le vécu subjectif de perturbation psychique et la vivacité des souvenirs traumatiques. © Cécile Meignant

EMDR-IGTP© : un protocole groupal validé chez l'enfant et l'adolescent

Le protocole EMDR-IGTP© (*Integrative Group Treatment Protocol*) a été développé pour une population d'enfants, dans les suites de l'ouragan Pauline qui avait frappé le Mexique en 1997. Ce protocole intègre durant les phases 2 à 6 du protocole standard un support graphique d'art-thérapie. Il est particulièrement adapté à une application en groupe. En effet, les SBA sont autoadministrées par les participants eux-mêmes sous la forme de ce que les auteurs appellent le « câlin papillon » ou *butterfly hug* (Figure 3). Cela consiste à croiser les bras sur le thorax et à appliquer de manière rythmique et alternée des stimulations sur le thorax, les bras ou les épaules (9). Ce protocole pour enfants a depuis été répliqué dans d'autres contextes de catastrophes naturelles ou d'origine anthropique. → [Protocole EMDR-IGTP©](#)

Une version adaptée à un public adulte a également été développée, de même qu'une forme adaptée aux traumatismes persistants (OTS : *Ongoing Traumatic Stress*). → [Protocole EMDR-IGTP-OTS©](#)

Nous rappelons que la mise en œuvre d'un protocole d'EMDR, chez l'adulte comme chez l'enfant, requiert une expérience clinique en psychothérapie. Les règles d'éthique et de bonne pratique doivent être appliquées pour assurer aux usagers le maximum d'efficacité et de réplification des effets du traitement.



Figure 3. Butterfly hug (d'après Jarero et al, 2008).

Le « câlin papillon » avec stimulations bilatérales alternées (SBA) autoadministrées est une alternative aux SBA oculaires. Différentes positions sont possibles. © Mathieu Thépaut

Loin des yeux, près du cœur : EMDR pour le « téléclinicien »

Enjeux de la télépsychiatrie

Comment la technologie peut-elle être utilisée pour étendre et rendre accessible au plus grand nombre la pratique clinique de l'EMDR ? Suite aux nouvelles menaces et aux problématiques de mise en quarantaine et de confinement, le milieu psychiatrique et psychologique doit s'adapter et proposer des solutions tournées vers la télésanté. Un chapitre précédent a déjà abordé l'intérêt de la télépsychiatrie — à savoir de l'utilisation des moyens de communications électroniques et des technologies de l'information pour fournir ou soutenir, à distance, des soins cliniques de la sphère psychique — avec, comme nous l'avons vu, un développement de ressources créatives en pédopsychiatrie.

Plusieurs résultats de recherches suggèrent que la psychothérapie par visioconférence (VC) peut être aussi efficace qu'en face à face pour la thérapie cognitive et comportementale (TCC) centrée sur le trauma (10). L'opportunité d'un traitement par internet représente une alternative bien acceptée par les usagers et permettrait de lever les freins au traitement du TSPT que sont le manque d'accès aux soins, le manque d'information sur la disponibilité des soins ou encore le coût. La psychothérapie par téléphone a également été étudiée, mais de manière moins extensive.

iEMDR

A ce jour, seules deux études portant sur l'EMDR par internet (iEMDR) ont été publiées. La première est une étude de cas (11). La seconde est une étude pilote chez l'adulte (12). Elle utilise une adaptation du protocole standard de Shapiro. Bien qu'elle comporte de nombreux biais (absence de groupe contrôle, biais de confusion lié à l'utilisation simultanée d'outils de TCC), cette étude retrouve, chez les patients traités, une efficacité comparable à celle des études randomisées.

Retour d'expérience à propos de l'EMDR en visioconférence

On veillera à mener les phases 1 et 2 du protocole EMDR standard aussi complètes que possible. Le traitement ultérieur, avec l'application des phases 3 à 7, dépend des préférences du clinicien. A savoir que **le protocole standard reste valable même en télésanté**, éventuellement avec des adaptations mineures pour les jeunes enfants (moins de 9 ans). Nous avons pu remarquer que les séances à distance présentent moins de distractions. Le fait de se retrouver dans son propre environnement peut augmenter le sentiment de sécurité chez le patient. Moins de temps semble nécessaire pour rétablir le rapport au début de chaque nouvelle séance. Les patients prennent en général très au sérieux cette démarche et ne se montrent pas gênés par la présence « éloignée » du clinicien. Le protocole EMDR-IGTP© est également d'un usage très aisé à distance, même en individuel. En effet, son format intégrant l'art-thérapie permet de garder l'enfant ou l'adolescent focalisé pendant la séance.

On peut conseiller aux cliniciens de garder un contact verbal et visuel avec le patient plus soutenu que d'ordinaire, notamment pour accompagner d'éventuelles abréactions. La durée des séries de SBA et la durée globale d'une séance sont sensiblement les mêmes qu'en présentiel. Lorsque la thérapie comprend des passages concernant des violences et des agressions subies, ils ne sont pas plus difficiles à accompagner qu'en consultation présenteielle. Cependant, ceci présuppose une capacité du thérapeute à maintenir une continuité du lien et de l'alliance thérapeutique par un contact verbal et visuel. La relation de confiance reste la base du travail thérapeutique.

En VC, nous sommes soumis à un régime de restriction sensorielle où l'information que nous recevons du patient est réduite au visuel de la tête et de partie supérieure du tronc, et aux sons que nous percevons. Mais, nous avons pu observer que l'adaptation se fait rapidement. Des formations ou supervisions complémentaires pour le « télé-clinicien » débutant peuvent s'avérer utiles.

Les outils permettant d'appliquer des SBA à distance sont le plus souvent d'origine commerciale, certains requérant un appareillage ou un abonnement périodique. Les cliniciens peuvent se passer de ces outils et guider leurs patients dans des stimulations visuelles ou tactiles. Pour les stimulations visuelles, si l'écran du patient n'est pas assez large pour soutenir un balayage oculaire suffisant, le clinicien peut alors lui demander de choisir des repères visuels fixes dans son environnement immédiat afin d'assurer une plus grande amplitude de mouvement (**Figure 4**). Nous rappelons que les stimulations qui bénéficient du plus large étayage scientifique sont les SBA visuelles.

→ [Recommandations pour la pratique à distance par l'Association Internationale d'EMDR \(EMDRIA\)](#)

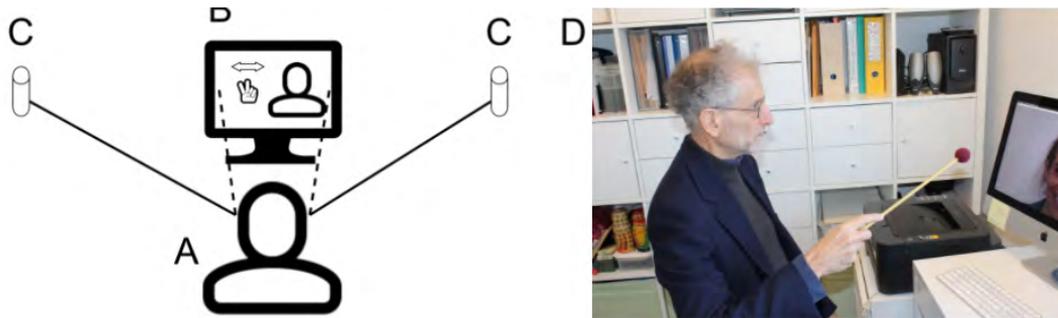


Figure 4. Proposition pour faciliter l'application des stimulations bilatérales alternées (SBA) oculaires en télésanté (d'après T. Brazil, communication personnelle). (A) Patient dans un endroit calme. (B) Écran du patient avec praticien appliquant des SBA oculaires. (C) Objets fixes dans l'environnement du patient servant de points de repère pour élargir le champ balayé par les mouvements oculaires. (D) Clinicien guidant les SBA. © Mathieu Thépaut et Tony Brazil

Déconfinement et résilience : prévoir le coup d'après

Des études sont attendues afin de mesurer l'ampleur des conséquences médico-psycho-sociales de la pandémie de COVID-19. Elles permettront de guider les décisions publiques et les interventions diagnostiques, thérapeutiques et de soutien des professionnels de santé.

A l'heure où le confinement de la population et la fermeture des établissements scolaires sont en vigueur dans la plupart des pays, la recherche clinique et des interventions thérapeutiques innovantes sont plus que jamais nécessaires pour aider au développement de la résilience des patients, quel que soit leur âge. Les barrières cliniques et logistiques engendrées par la quarantaine sont de nature à diminuer le contact en face à face entre patients et cliniciens. Rendre accessible une information et des interventions adaptées aux populations vulnérables par les médias électroniques nous paraît des plus utiles. Ces innovations thérapeutiques, si elles confirment leurs intérêts et résultats positifs, ont vocation à intégrer les dispositifs de soins psychologiques et psychiatriques après la crise.

→ [Ressources pour la recherche en EMDR](#)

Cette expérience de confinement peut contribuer au développement de l'EMDR en télésanté, en soutenant, comme nous l'espérons, le rétablissement des jeunes patients et des patients plus âgés, grâce notamment à la créativité des praticiens EMDR centrée sur le **développement de protocoles innovants, simples, peu coûteux en moyens humains et logistiques, et basés sur une psychothérapie éprouvée**. Développer des ressources pour le futur en tirant des enseignements de nos expériences passées et présentes fait partie intégrante du message de la psychothérapie EMDR.

Remerciements

Les auteurs expriment leur reconnaissance à Isabelle Meignant pour son écoute, ses encouragements et ses supervisions, ainsi qu'à Cécile Meignant et Pierre-Yves Bastard pour leurs talents graphiques.

Bibliographie

1. Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C.S., & Ho, R.C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5). <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
2. Wang, G., Zhang, Y., Zhao, J., Zhang, J., & Jiang, F. (2020). Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. *Lancet*, 395(10228), 945-947. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30547-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30547-X)
3. Shapiro, F. (1989). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress*, 2(2), 199-223. <https://doi.org/10.1002/jts.2490020207>
4. Bisson, J.I., Roberts, N.P., Andrew, M., Cooper, R., & Lewis, C. (2013). Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003388.pub4>
5. Johansson, K.B., Weschke, M.F., & Ahmad, A. (2019). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). In L.J. Farrell, T.H. Ollendick, & P. Muris (Éds.), *Innovations in CBT for Childhood Anxiety, OCD, and PTSD* (1re éd., p. 590-609). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108235655.029>
6. Shapiro, E. (2012). EMDR and early psychological intervention following trauma. *European Review of Applied Psychology*, 62(4), 241-251. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2012.09.003>
7. Rodenburg, R., Benjamin, A., de Roos, C., Meijer, A.M., & Stams, G.J. (2009). Efficacy of EMDR in children: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 599-606. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.06.008>
8. Moreno-Alcázar, A., Treen, D., Valiente-Gómez, A., Sio-Eroles, A., Pérez, V., Amann, B.L., & Radua, J. (2017). Efficacy of eye movement desensitization and reprocessing in children and adolescent with post-traumatic stress disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Frontiers in Psychology*, 8, 1750. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01750>
9. Jarero, I., Artigas, L., Montero, M., & Lena, L. (2008). The EMDR integrative group treatment protocol: application with child victims of a mass disaster. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(2), 97-105. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.2.2.97>
10. Andersson, G., Cuijpers, P., Carlbring, P., Riper, H., & Hedman, E. (2014). Guided Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*, 13(3), 288-295. <https://doi.org/10.1002/wps.20151>
11. Todder, D., & Kaplan, Z. (2007). Rapid eye movements for acute stress disorder using video conference communication. *Telemedicine Journal and E-Health: The Official Journal of the American Telemedicine Association*, 13(4), 461-463. <https://doi.org/10.1089/tmj.2006.0058>
12. Spence, J., Titov, N., Johnston, L., Dear, B.F., Wootton, B., Terides, M., & Zou, J. (2013). Internet-delivered eye movement desensitization and reprocessing (iEMDR): an open trial. *F1000Research*, 2, 79. <https://doi.org/10.12688/f1000research.2-79.v1>

Pour en savoir plus

- Luber, M. (2009). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) scripted protocols: Basics and special situations*. Springer Publishing Co.
- Shapiro, F. (2017). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy: Basic Principles, Protocols, and Procedures* (3rd éd.). Guilford Press.
- Tinker, R.H., & Wilson, S.A. (1999). *Through the eyes of a child: EMDR with children*. W.W. Norton & Co.

X

Conclusions et perspectives : Du confinement au déconfinement

Sylvie Tordjman



Sylvie Tordjman

*Professeur en Pédopsychiatrie, Chef du Pôle Hospitalo-Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (PHUPEA),
Centre Hospitalier Guillaume Régnier et Université de Rennes 1 ;
Laboratoire de Psychologie de la Perception (LPP), CNRS UMR 8242 et Université de Paris;
E-Mail : s.tordjman@yahoo.fr; s.tordjman@ch-guillaumeregner.fr*

Le confinement nous a obligés à nous réorganiser pour assurer la continuité des soins psychiatriques. Suite à cette expérience, il apparaît nécessaire de repenser, après le déconfinement, le système de santé mentale en y intégrant les outils à distance de téléconsultation, ainsi qu'une réflexion et des pratiques prenant en considération l'importance de la synchronisation des rythmes physiologiques, des changements de lieux, et du mouvement physique. Ces outils thérapeutiques à distance et pratiques innovantes utilisent les 4 C des compétences du 21^{ème} siècle (Communication, pensée Critique, Collaboration, et Créativité). De nouvelles perspectives s'ouvrent en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, mais aussi en psychiatrie générale, dans cette période à la frontière entre le confinement et le déconfinement, période où se situe précisément la parution de cet ouvrage et qui n'exclut pas une possible alternance future de phases de confinement et de déconfinement.



Repenser le système de santé mentale en y intégrant les outils à distance de téléconsultation

Le confinement a obligé les professionnels du soin à manier des outils à distance de téléconsultation (principalement le téléphone et la vidéo-transmission) avec lesquels ils étaient, pour beaucoup d'entre eux, non familiarisés dans le cadre de la relation thérapeutique. Ces outils existaient pourtant bien avant le confinement, mais restaient peu utilisés par rapport aux rendez-vous en présentiel ou étaient encore réservés à des temps précis de la prise en charge thérapeutique (entretiens d'accueil téléphoniques, etc.). Il apparaît cependant essentiel, suite à l'expérience du confinement, de continuer à utiliser ces outils thérapeutiques qui peuvent être plus adaptés à certaines situations (comme l'éloignement physique et géographique, la claustration, etc.), mais aussi à certains patients. En particulier, les entretiens téléphoniques avec des adolescents psychotiques suivis depuis plusieurs années se sont bien mieux passés que les rendez-vous en face à face. L'entretien téléphonique leur permettait d'accéder à un cadre thérapeutique sécurisant où ils n'étaient plus soumis au regard de l'autre et à sa présence physique, souvent vécus par ces patients comme persécutants. Dans ce contexte, la communication par téléphone était beaucoup plus appropriée que celle par vidéo-transmission. De même, certains patients sont plus à l'aise sans caméra du fait de leur anxiété sociale, et les entretiens téléphoniques leur conviendront mieux que la vidéo-thérapie. Le téléphone présente l'avantage de mettre en scène le fait d'être entendu et d'être à l'écoute de l'autre. De plus, en fonctionnant sur un seul canal sensoriel, le canal auditif, le téléphone peut faciliter la communication qui n'est pas parasitée par les informations visuelles provenant, en vidéo-thérapie, tant du patient parfois gêné par sa propre image sur l'écran, que du thérapeute ou de l'environnement apparaissant en arrière-plan. Les intérêts de l'outil téléphonique sont développés dans l'encadré de ce chapitre.

Du confinement au déconfinement : Apport de la téléconsultation au bilan neuropsychologique des enfants présentant des troubles des apprentissages

Sylvie Chokron

De manière générale, l'approche neuropsychologique des troubles des apprentissages et neurodéveloppementaux s'inscrit dans une démarche intégrative prenant en compte l'interaction entre les facteurs neurobiologiques, cognitifs, psychosociaux et culturels impliqués dans les acquisitions puis les apprentissages de l'enfant. L'évaluation neuropsychologique d'enfants porteurs de troubles neurodéveloppementaux se décompose en trois temps : anamnèse extrêmement détaillée, bilan neuropsychologique puis mise en place d'une prise en charge adaptée avec guidance parentale et conseils dispensés aux intervenants scolaires et paramédicaux afin de restaurer les processus cognitifs défaillants.

Pendant le confinement, ces différentes étapes ont été réalisées exclusivement par téléconsultation. Pour simplifier la procédure, l'anamnèse a eu lieu par conversation téléphonique (sans retour vidéo), en présence des deux parents et de l'enfant. Dans un second temps, les parents ont reçu des épreuves neuropsychologiques par mail, à proposer à leur enfant, avec des consignes précises de passation, qu'ils devaient également par mail retourner, une fois réalisées par l'enfant. Par la suite, une deuxième consultation téléphonique de restitution des résultats et de guidance était proposée. De plus, des copies des cahiers ainsi que de petites vidéos de l'enfant réalisées au cours d'activités quotidiennes (repas, jeu, déplacements ...) ont été réalisées par les parents et adressées au neuropsychologue pour que celui-ci puisse évaluer le degré de difficulté des enfants dans différents contextes plus écologiques.

L'expérience de ces semaines de confinement, qui porte sur plusieurs dizaines d'enfants âgés de 3 à 17 ans, testés de la sorte (première consultation ou consultation de suivi) est très positive. Elle révèle tout d'abord une grande liberté de parole lors de l'entretien téléphonique qui pouvait durer jusqu'à une heure trente. Cet entretien destiné pour les premières consultations à réaliser une anamnèse détaillée ou lors des consultations de suivi à discuter des progrès réalisés ou des difficultés rencontrées depuis la dernière consultation s'est avéré très riche et très libre.

L'absence de retour visuel semble avoir permis une plus grande liberté d'expression ainsi qu'un moins grand contrôle (quant à l'apparence, aux émotions faciales, aux réactions). En effet, chez les adolescents et les jeunes adultes, l'image d'eux-mêmes et de leurs amis, largement diffusée à travers les réseaux sociaux, est communément utilisée pour s'affirmer, s'exprimer, mesurer sa côte de popularité, etc. Le fait d'avoir réalisé ces téléconsultations sans retour vidéo nous a permis de nous détacher de ce jeu autour de l'image de soi auquel est souvent associé le smartphone, permettant ainsi de se focaliser au

cours des entretiens sur l'évaluation plus introspective des processus cognitifs, des difficultés d'apprentissage, sujets au cœur du bilan neuropsychologique. Aucune information visuelle ne venant troubler l'entretien, le temps de parole fut consacré de manière exclusive à un discours informatif, les parents et les enfants faisant preuve d'une extrême attention et d'une grande capacité d'écoute.

Les familles se sont senties aidées et prises en considération de manière individuelle et adaptée dans cette période si complexe du confinement où souvent elles étaient livrées à elles-mêmes du fait de l'arrêt de la scolarisation et des prises en charge. Les parents ont exprimé une extrême reconnaissance quant au fait que ces téléconsultations aient pu être mises en place pendant le confinement et l'ensemble des familles suivies de cette façon souhaite que ces téléconsultations par téléphone perdurent après le confinement. Ce type de suivi pourrait être particulièrement adapté aux premières consultations d'anamnèse ainsi qu'aux consultations de suivi pour pouvoir faire le point sur l'évolution de l'enfant, adapter les aménagements et les prises en charge mises en place, et guider parents, enseignants et intervenants. Ces téléconsultations pourraient de plus être particulièrement appropriées pour les enfants avec troubles moteurs (paralysie cérébrale, hémiplégie), troubles du comportement ou encore porteurs d'un handicap lourd ou venant de loin, pour qui les consultations en présentiel peuvent représenter un coût et une énergie telles que leur coopération lors de l'entretien en face à face s'en trouve parfois affectée, situation des plus décevantes pour les parents dont les attentes sont élevées lors de ces rendez-vous et qui déplorent souvent le décalage entre l'énergie dépensée (pose d'un jour de congé, trajet, hébergement si besoin) et la difficulté de leur enfant à s'investir dans la consultation en présentiel.



Sylvie Chokron

*Neuropsychologue et Directrice de Recherches 1ère classe au CNRS ;
Responsable de l'équipe Perception, Action, Développement Cognitif et Plasticité Cérébrale
au centre de Neurosciences Intégratives et de la Cognition de Paris Descartes ;*

Responsable de l'Institut de Neuropsychologie, Neurovision et NeuroCognition de la Fondation Ophthalmologique Rothschild.

L'efficacité des thérapies par téléphone a été étudiée en comparaison avec les thérapies en face à face, et des résultats très positifs sont rapportés dans le suivi de divers troubles psychiatriques (1). Il apparaît important de développer et partager les connaissances sur l'efficacité des outils thérapeutiques utilisés à distance. L'évaluation de leur efficacité est indispensable afin de faire évoluer les pratiques. Mais, il est tout aussi indispensable de mener une réflexion sur le cadre thérapeutique à respecter pour que ces nouvelles pratiques et technologies soient le plus adaptées aux besoins tant des familles, que du thérapeute. Ainsi, la vidéo-thérapie, requiert que le clinicien détermine au préalable son lieu d'exercice au sein de son domicile, espace de soin visible sur l'écran, et ce afin de ne pas être envahi dans l'intimité de son lieu de vie et que ce dernier ne vienne pas non plus envahir le patient. Cet effet et sentiment d'envahissement ont pu être même exprimés par des professionnels lors de consultations téléphoniques à leur domicile.

Synchronisation des rythmes physiologiques



Nous avons vu dans cet ouvrage comment le confinement pouvait entraîner, avec une perte des repères temporels, des troubles du rythme veille-sommeil retentissant sur l'état psychique, et de façon plus générale des troubles des rythmes physiologiques. L'expérience du confinement nous apprend que la structuration du temps dans la régularité permet de ne pas se désorganiser physiologiquement et psychologiquement, et ce non seulement pour pouvoir organiser la planification de ses journées, mais aussi et surtout pour maintenir une rythmicité interne et externe essentielle à notre santé psychique et physique.

Il serait nécessaire, après la sortie du confinement, de mieux prendre en considération les rythmes physiologiques en santé mentale, tant dans le cadre de nos prises en charge thérapeutiques en pédopsychiatrie (importance des *zeitgebers* avec des heures de repas et de sommeil fixes et régulières), que dans celui d'un suivi thérapeutique où ces rythmes physiologiques peuvent être de précieux indicateurs d'une évolution positive. Ainsi, la disparition des troubles du sommeil dans la dépression est un indicateur fondamental d'un mieux-être mental et physique. L'intérêt du suivi du sommeil dépasse largement le champ de la dépression et concerne en fait beaucoup de troubles psychiatriques, incluant des troubles observés en psychiatrie de l'enfant, adolescent et adulte (comme les troubles autistiques, anxieux, dépressifs, bipolaires, schizophréniques, du déficit de l'attention avec hyperactivité, des conduites), qui pourraient être en rapport avec, ou entretenus par, une désynchronisation des rythmes physiologiques ; cette désynchronisation entraînerait une vulnérabilité à certains troubles psychiques et maladies somatiques : <https://doi.org/10.3390/ijms18050938>



Un prérequis à l'efficacité de nos thérapies serait de (r)établir des rythmes physiologiques réguliers et synchronisés, afin d'accéder à une homéostasie de l'environnement interne avec une adaptation de l'individu à son environnement externe, en intervenant sur les *zeitgebers*. Steven Marans au Child Study Center (Université de Yale, Etats Unis) intègre ainsi les rythmes physiologiques (régularité des heures de repas, de sommeil, et d'activités sociales) dans le suivi et traitement des troubles des conduites des adolescents, traitement préalable aux psychothérapies, un peu comme la construction de fondations avant de pouvoir élever une maison.

Les décalages de phase, notamment du rythme veille/sommeil allant jusqu'à un rythme inversé, concernent des adolescents et préadolescents de plus en plus jeunes, et participent aux troubles anxiodépressifs venant majorer les difficultés de ces jeunes. Il apparaît indispensable aux thérapies individuelles ou groupales proposées en pédopsychiatrie, de travailler parallèlement, et idéalement au préalable, sur la régularisation et synchronisation des rythmes physiologiques qui créent la toile de fond d'une partition avec les portées et un tempo de base, supports nécessaires à la composition et écriture d'une musique harmonieuse.

En reprenant la métaphore horlogère de Descartes qui met en scène le dualisme du corps et de l'esprit, il est possible de poursuivre ainsi : si les horloges du corps et de l'esprit fonctionnent en parfaite harmonie, c'est parce que leur rythme est synchrone. On

peut faire ici l'hypothèse que la synchronie des rythmes jouerait un rôle essentiel dans les relations entre le corps et l'esprit. Loin d'être deux horloges indépendantes, le corps et l'esprit seraient en permanence connectés par leur rythme, les troubles du rythme de l'un retentissant sur le rythme de l'autre et venant altérer son fonctionnement. C'est dire l'importance de s'intéresser aux rythmes physiologiques et à leur rôle dans le développement typique et pathologique de l'enfant. Les résultats des recherches en chronobiologie mais aussi en neurosciences cognitives sur la synchronisation des rythmes physiologiques et interpersonnels (rythmes tant biologiques et émotionnels que comportementaux et relationnels) peuvent apporter beaucoup à la pédopsychiatrie et ouvrir de nouvelles perspectives sur l'étiopathogénie des troubles et leurs possibles traitements en complément de nos approches thérapeutiques.

Intérêts du changement de lieux

Le confinement spatial, avec un environnement restreint principalement au lieu unique du domicile, comme développé en introduction, peut participer à un état de mal-être psychique avec une identité figée et un « gel » de la pensée. Le changement de lieux et d'environnements rendu possible par le déconfinement exerce un effet dynamique sur les représentations mentales avec l'ouverture de nouvelles perspectives et points de vue, et donc un effet sur le processus thérapeutique (2).

L'expérience des équipes mobiles en est une bonne illustration. La prise en charge par les équipes mobiles en pédopsychiatrie s'accompagne souvent d'une évolution des lieux de rendez-vous choisis par le jeune et sa famille. Ces derniers ne vont pas se montrer et s'exprimer de la même façon selon les lieux. Leur narrativité diffère et ceci participe à la mobilisation des représentations qui est un levier majeur à la mobilisation de la problématique et des processus de pensée.

L'analyse des données de l'EMEA (Equipe Mobile pour Enfants et Adolescents), réalisée sur 690 préadolescents et adolescents (3), dans le cadre des missions universitaires (recherches appliquées) du PHUPEA (Pôle Hospitalo-Universitaire de Psychiatrie de l'enfant et de l'Adolescent), fait apparaître que la configuration la plus fréquemment observée, choisie par les familles, est la suivante : les premiers rendez-vous ont d'abord lieu au domicile, puis dans le bureau mobile (camping-car aménagé en bureau), et les derniers rendez-vous se déroulent au Centre Médico-Psychologique (CMP). On passe ainsi du lieu de vie (lieu correspondant à « l'intérieur » et s'inscrivant dans « l'ici et maintenant ») au lieu de soin (lieu extériorisé et correspondant au temps de l'élaboration psychique) qui n'était pas envisageable initialement, et le bureau mobile constitue un espace intermédiaire, une aire transitionnelle, permettant ce mouvement vers l'accès au soin.

Enfin, les analyses statistiques mettent en évidence que le changement de lieux est significativement associé à l'engagement dans le processus thérapeutique avec une continuité et non rupture du suivi de l'équipe mobile. Inversement, l'absence de changement de lieu (rendez-vous se déroulant dans un seul et unique lieu) est significativement associée à la rupture de la prise en charge équipe mobile provoquée par la famille, et ce indépendamment du type même de lieu (domicile, bureau mobile, CMP). Ces résultats renvoient au rôle important de la sortie des patients à l'extérieur de leur domicile (aller vers les autres), mais aussi du mouvement physique dans la mobilisation psychique, ainsi qu'à celui de la pluralité des représentations associée à la diversité des lieux. Enfin, ce résultat a des retombées thérapeutiques importantes, dépassant le cadre même de l'équipe mobile ; et qui questionne nos schémas thérapeutiques habituels en montrant tout l'intérêt, en déconfinement, du changement de lieux pour la continuité des prises en charge thérapeutique et l'accès aux soins.

Rôle du mouvement

En étayant notre propos sur la relation existant en période de confinement entre des mouvements/déplacements limités et un espace-temps confiné (voir chapitre I), ainsi que sur nos observations cliniques, nous avons pu constater l'efficacité du mouvement « d'aller vers » impulsé par les équipes mobiles dans les situations de claustration où l'adolescent en arrive à ne plus pouvoir même sortir de chez lui. Ce mouvement « d'aller vers » permet de lutter à la fois contre le temps suspendu du gel psychique et l'isolement du sujet dans un espace qui devient, telle une peau de chagrin, de plus en plus confiné.

Afin de mieux comprendre comment le mouvement de l'équipe mobile dans son déplacement à la rencontre du jeune peut induire un mouvement psychique chez ce jeune, il importe de considérer le sujet en interaction avec son environnement social et physique. Un environnement figé où rien ne bouge peut entraîner un engourdissement des mécanismes de pensée, un gel psychique. Inversement, un environnement qui rend compte d'un mouvement avec un déplacement vers le sujet peut permettre de le sortir d'une inertie psychique et l'aider à initialiser un processus de pensée. Alain Berthoz (4) écrit : « on ne peut rien comprendre du fonctionnement du cerveau si l'on ne sait pas que son problème principal est de mettre en mouvement des moments d'inertie ».

Si nous nous recentrons sur les recherches relatives aux neurones miroirs mentionnées au chapitre I, et leurs applications aux conséquences du déplacement de l'équipe mobile à la rencontre du jeune, nous pouvons faire l'hypothèse que l'observation du mouvement par le jeune va induire chez lui des effets mobilisateurs avec une activité cérébrale similaire à celle provoquée par l'exécution du mouvement chez les intervenants. Les neurosciences cognitives nous montrent l'intérêt d'utiliser le mouvement comme levier thérapeutique mobilisateur, que cela soit en se déplaçant à la rencontre du jeune et de sa famille, ou encore en changeant de lieux de rendez-vous, comme développé précédemment. En allant vers les jeunes, l'équipe mobile initialise un mouvement physique facilitant une mobilisation psychique. Ce mouvement physique est soutenu par le mouvement propre à l'équipe mobile, mais aussi par le changement de lieux de rendez-vous, tous deux possibles en période de déconfinement. C'est dire l'importance, après la sortie du confinement, de développer de nouvelles perspectives en pédopsychiatrie centrées sur le mouvement physique et psychique, tant à partir de pratiques d'équipes mobiles, que de rencontres thérapeutiques pouvant se dérouler dans différents lieux de rendez-vous...

Les 4 C des compétences du 21^{ème} siècle

Le confinement et ses 4C (Claustration, Compression temporo-spatiale, Contrainte, et Contamination) ont entraîné l'utilisation et le développement rapide, pour les patients et les populations vulnérables en pédopsychiatrie mais aussi en psychiatrie générale, d'outils et pratiques thérapeutiques s'étayant sur les 4 C des compétences du 21^{ème} siècle, à savoir la Communication, la pensée Critique, la Collaboration, et la Créativité.

Communication et pensée Critique

Comme nous l'avons vu précédemment, beaucoup d'outils utilisés à distance dans ce contexte d'épidémie et de confinement sont des outils de communication et d'information (les NTIC : nouvelles technologies de l'information et de la communication). L'importance de ne pas être isolé, de communiquer, et d'accéder à des informations claires, tant pour les familles suivies que pour les professionnels du soin, a été soulignée dès l'introduction avec également la nécessité de prendre de la distance par rapport aux rumeurs et fausses informations grâce à un esprit critique. Cet esprit critique est soutenu par les échanges d'équipe en conférence téléphonique et visioconférence qui alimentent les informations et la discussion avec des critiques constructives permettant au sujet de se sentir actif et acteur de ce qu'il vit.

Collaboration

Par ailleurs, ces outils et dispositifs thérapeutiques mis en place pendant le confinement, comme par exemple les plateformes téléphoniques, n'auraient pu fonctionner et être efficaces sans la collaboration essentielle de partenaires. La présentation de plateformes téléphoniques au chapitre I mettait d'ores et déjà en évidence le rôle majeur des collaborations avec des professionnels de première ligne, maternités et PMI pour la plateforme *Périnatalité* et professionnels de l'Education nationale pour la plateforme *Adolescents*. D'autres plateformes fonctionnent aussi dans le département d'Ille-et-Vilaine, comme la plateforme *Familles en difficulté* (coordonnée par des professionnels en pédopsychiatrie formés à la thérapie familiale en collaboration avec les associations de soutien à la parentalité), ou encore les plateformes *Enfants exposés aux violences intrafamiliales (VIF)* qui nécessitent des articulations étroites entre la pédopsychiatrie et des professionnels de première ligne (comme la pédiatrie ou la gendarmerie), articulations ici détaillées dans l'encadré sur les enfants exposés indirectement et directement aux VIF.

Enfants exposés aux violences intrafamiliales (VIF) : Importance des collaborations

Sylvie Tordjman, Martine Balençon

Depuis le début du confinement en France imposé le 17 mars 2020, il y a eu une hausse de 32% de signalements de violences conjugales sur l'ensemble de l'hexagone surtout après deux semaines complètes de confinement, avec 36% à Paris (Le Monde, 31 mars 2020)). La même tendance est observée en Espagne (augmentation de 20% des signalements de violences conjugales), à Chypre (30%), et au Brésil (50%) : <https://www.theguardian.com/society/2020/mar/28/lockdowns-world-rise-domestic-violence> En Chine, le nombre de femmes et d'enfants maltraités pendant le confinement a triplé, selon les messages d'appel à l'aide publiés sur les réseaux sociaux : <https://www.theguardian.com/society/2020/mar/26/warning-over-rise-in-uk-domestic-abuse-cases-linked-to-coronavirus> Face à cette recrudescence des VIF en période de confinement et d'isolement social, il est nécessaire d'intervenir le plus tôt possible grâce à des accompagnements adaptés et des professionnels spécialisés formés à ces problèmes.

Plateforme *Enfants exposés indirectement aux VIF (violences conjugales)*

Cette plateforme, a été créée en 2010, bien avant le confinement, dans le cadre d'un partenariat avec le groupement de gendarmerie départementale d'Ille-et-Vilaine (GGD35) et d'une convention entre la Gendarmerie nationale, le Parquet, et l'équipe mobile du CRIFEM (Equipe Mobile de Crise IntraFamiliale, PHUPEA : Pôle Hospitalo-Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent du Centre Hospitalier Guillaume Rénier).

L'activité clinique du CRIFEM est centrée sur les enfants, et adolescents exposés aux violences conjugales (5), à partir d'une expérience de 18 mois auprès de Steven Marans, Professeur en pédopsychiatrie à l'Université de Yale. Le Professeur Marans a en effet élaboré un programme, le Child Development–Community Policing (CD-CP), destiné aux enfants exposés aux violences domestiques (6) qui repose sur un travail de partenariat entre la police et les professionnels de santé mentale leur permettant d'intervenir précocement auprès des familles où la violence s'exprime. Ce programme coordonné par le Professeur Marans a été étendu à l'ensemble des Etats Unis.

Durant le confinement, les appels téléphoniques relatifs aux VIF ont augmenté de 33% selon les chiffres du GGD35. Les enfants exposés aux VIF (dont les violences conjugales) représentent un enjeu majeur sociétal et de santé publique et constituent une population vulnérable en possible souffrance psychique, à risque de développer un psychotraumatisme (7) et ultérieurement des conduites d'agression ou de victimisation (8). L'efficacité de l'accès aux soins psychiques pour ces enfants dépend de la réactivité de la « rencontre téléphonique » avec la famille dans les 72 heures qui suivent l'intervention des professionnels de première ligne, comme la Gendarmerie nationale. Cette plateforme permet à ces professionnels (Gendarmerie nationale, Police, services sociaux, professionnels de l'Éducation nationale, associations, etc.) de contacter la plateforme et de communiquer les coordonnées de la famille avec l'accord signé d'un des titulaires de l'autorité parentale dans une fiche navette. Un membre de la famille peut également téléphoner directement à cette plateforme, mais c'est très rarement le cas. Les professionnels du CRIFEM contactent alors la famille par téléphone et réalisent à distance une évaluation psychologique des enfants avec un accès à des soins adaptés à cette évaluation qui peut se faire en téléconsultation ou en présentiel si nécessaire.

Plateforme *Enfants exposés directement aux VIF (maltraitements)*

Dans cette période de confinement, les mineurs vivant dans des foyers où les VIF sont présentes, ont une possibilité moindre de faire appel à une aide extérieure. Les appels à l'aide passent par la sollicitation du 119 ou du 17, services en mesure de coordonner les réponses en protection de l'enfance (signalements, etc.), mais pas de mettre en place un diagnostic précis et des prises en charge thérapeutiques adaptées. Après un repérage de ces situations, une mise en lien rapide avec des professionnels (pédopsychiatre, psychologue, pédiatre, puéricultrice infirmier psy) formés à la clinique de la violence permet un étayage à distance par le biais d'un échange téléphonique et d'une téléconsultation. Les équipes de pédiatrie du CHU de Rennes (CASED : Cellule d'accueil spécialisé de l'enfance en danger) et de pédopsychiatrie du PHUPEA collaborent sur le sujet de l'enfance en danger depuis de nombreuses années et ont développé des réponses à ces demandes de terrain. Elles ont construit cette expertise au travers d'un travail local, régional et national. Le maillage territorial se fait avec le soutien des ARS et en s'appuyant sur les médecins référents en protection de l'enfance des départements, les équipes pédiatriques hospitalières spécialisées sur les violences faites aux enfants, et les services de pédopsychiatrie.



Docteur Martine Balençon,

Pédiatre-médecin légiste, CASED, CHU Rennes, UMJ Mineurs AHP, Présidente fondatrice de la Société Française de Pédiatrie Médico-légale.

Créativité

Enfin, les soignants, enseignants, associations et familles, face à la situation extraordinaire du confinement ont créé de nouvelles façons d'établir, vivre et maintenir les liens. En s'appuyant sur ses ressources en créativité, tout individu qu'il soit confiné ou sur la ligne de front, a potentiellement un rôle à jouer, une place à occuper, une contribution à apporter. On a assisté rapidement à une mobilisation générale, qui nous renvoie à notre créativité, solidarité et humanité, et ce, au-delà des frontières des différents âges de la vie et de celles des pays.

Les idées créatives déployées par les autres pays pour lutter contre la contamination internationale au COVID-19, cette pandémie sans frontières, sont importantes à recenser et diffuser. Parmi les idées créatives, l'humour, un *humour sans frontières*, a été largement mis à contribution en réponse à cette pandémie sans frontières. Des photos et vidéos très drôles ont circulé sur les réseaux sociaux, en très grand nombre (plusieurs milliers de documents internationaux sur Facebook : voir la section « Pour en savoir plus »), permettant de rire, par exemple, des gestes barrières et des équipements de protection, de se défendre ainsi des angoisses de contamination, et de partager ces rires dans un renforcement des liens sociaux. La dérision au service de la distanciation !

L'humour porte précisément sur les 4 C du confinement : Clausturation (effets physiques et vestimentaires de l'isolement social en l'absence du regard des autres, mais aussi stratégies pour lutter contre l'isolement social), Compression temporo-spatiale (confusion temporo-spatiale avec perte des repères temporels, voire désorganisation, régression et décompensation), Contrainte (humour sur les façons de déjouer la restriction de liberté des déplacements ou de contourner d'autres contraintes, comme celle d'avoir en permanence les enfants au domicile), et Contamination (humour sur les équipements de protection, les gestes barrières, le coronavirus). En voici une illustration en quelques photos et liens :

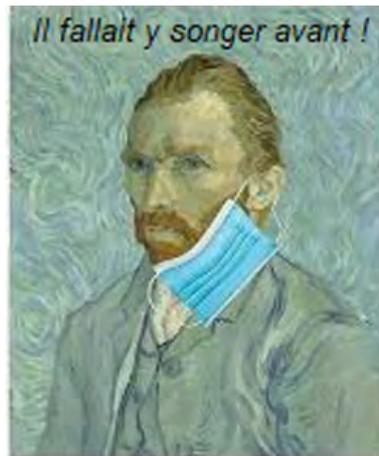
<https://www.youtube.com/watch?v=8KPbJ0-DxTc&feature=youtu.be>

<https://youtu.be/giDttMU-k00>

<https://youtu.be/KYpln-MxoQo>

<https://youtu.be/3AHRzj7EVIY>

<https://youtu.be/-baEAp6M5PU>



La créativité s'est également exprimée au travers de beaux concerts filmés et diffusés sur les réseaux sociaux, comme *Le Boléro* de Ravel par l'orchestre national de France en confinement : quand la mise en lien de ce que peut faire chaque individu séparément en confinement aboutit à un superbe orchestre qui joue ensemble un concert ! https://youtu.be/Sj4pE_bgRQI

Mais la dérision était aussi au rendez-vous, avec des reprises pleines d'humour de ces concerts : *Le Boléro* de Ravel version revisitée et intitulée « Le Beau Lérot » <https://youtu.be/GDpcsSEejN8>

Un partage d'idées créatives entre les équipes de pédopsychiatrie, dont les universitaires, a eu lieu durant toute la durée du confinement (transmission de fiches de conseils, expériences de téléconsultation, etc.), et ce par courriels, conférences téléphoniques ou visioconférences (voir l'encadré du chapitre I).

C'est dans ce partage d'idées que s'inscrit cet ouvrage, afin de contribuer d'une part à un état des lieux sur les approches thérapeutiques créatives qui ont été développées en confinement, enrichies de l'expérience de chacun quelle que soit sa nationalité, et d'autre part à la constitution d'une boîte à idées (concernant notamment les outils et pratiques thérapeutiques en pédopsychiatrie) qui pourra servir l'intérêt de tous, du bébé à l'adolescent en passant par l'enfant avec ses parents et sa famille, du soignant sur le front à la personne confinée, en France et par-delà les frontières, du confinement au déconfinement.

Histoire à suivre...

Du confinement au déconfinement : l'histoire reste à écrire sur la suite qui sera donnée à l'utilisation de ces outils de téléconsultation et au développement de nouvelles pratiques thérapeutiques en pédopsychiatrie dans l'après confinement...

Bibliographie

1. Irvine, A., Drew, P., Bower, P., Brooks, H., Gellatly, J., Armitage, C.J. et al. (2020). Are there interactional differences between telephone and face-to-face psychological therapy? A systematic review of comparative studies. *Journal of Affective Disorders*, 265, 120-131.
2. Tordjman, S. (2013). From physical mobility to psychological mobilization: The benefits of changing location and caregiver in a mobile team for adolescent psychiatry. *Health*, 5, 33-40.
3. Tordjman, S., Keromnes, G. (2019). Equipe mobile en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : les apports de la recherche. *L'Information Psychiatrique*, 95(6), 364-371.
4. Berthoz, A. (2003). *Le sens du mouvement*. Paris : Odile Jacob.
5. Charrier, A., Oriol, C., Drenou, A., Fagon, H., & Tordjman, S. (2016). Mise en place d'un dispositif innovant dans la prise en charge des enfants exposés aux violences intrafamiliales : un partenariat entre une équipe mobile de pédopsychiatrie et la Gendarmerie nationale, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 64(5), 295-301.
6. Marans, S., & Berkman, M. (2016). In: Lightburn A, Sessions P., editors. *Police-mental health collaboration on behalf of children exposed to violence: the child development-community policing model*. Oxford: Oxford University Press.
7. Dubois, V.H., Tordjman, S., Delcey, G., Vabres, N., Dayan, J., Balençon, M. (2019). Psychotraumatisme de l'enfant et de l'adolescent : définitions, aspects cliniques et principes de soins. [Child and youth traumatism stress disorders: Definitions, clinical symptoms and supports]. *Perfectionnement en Pédiatrie*, 2(2), 152-162.
8. Adams, C. M. (2006). The consequences of witnessing family violence on children and implications for family counselors. *The Family Journal*, 14(4), 334-341.

Pour en savoir plus

Et si vous voulez finir sur une touche d'humour sans frontières :

- <https://www.facebook.com/groups/629057101260482/>
- https://www.facebook.com/groups/64127638992064/?ref=br_rs
- https://www.facebook.com/groups/170545074195305/?ref=br_rs
- https://www.facebook.com/groups/1525232880987663/?ref=br_rs
- https://www.facebook.com/groups/1295116017362361/?ref=br_rs