

Fiche 6 ↗

Des pistes de travail pour l'après COVID-19 à l'école à l'attention des psychologues EN et EDO

Cette pandémie liée au covid 19 a engendré au sein même de l'éducation nationale une confrontation à d'autres modalités de travail, induites par le confinement de tous, professionnels comme élèves.

Le travail des psychologues de l'éducation nationale s'est donc lui aussi redéfini autour d'un télé travail permettant de soutenir les enfants, les parents mais aussi leurs collègues enseignants dans cette situation particulièrement anxiogène pour tous. Ce temps passé hors des murs des écoles a aussi permis un travail de réflexion sur l'après Covid, en envisageant un dispositif à proposer aux élèves afin de traiter de l'effet post traumatique de cette période si particulière que nous traversons.

Nos collègues psychologues qui travaillent dans les hôpitaux se sont déjà mobilisés pour proposer un soutien psychologique à tous les professionnels soignants. Dès la réouverture des écoles nous allons nous psychologues de l'éducation nationale être confrontés aux effets de cette situation inédite sur les élèves. Ainsi, en prévention mais aussi en traitement de l'effet post traumatique de cette période, sur les élèves, quel dispositif proposer ?

Il ne s'agit pas de se substituer à nos collègues du sanitaire mais de se confronter à l'évidence que compte tenu des listes d'attente (plus de 6 mois) en temps normal dans certains départements pour que les enfants soient reçus en CMP ou CMPP, nous avons à faire face à une pénurie d'accès aux soins possibles pour ses enfants qui sont aussi nos élèves. Et l'école est souvent le lieu privilégié de l'expression de toute la souffrance des enfants, y compris à travers des symptômes s'exprimant sous la forme de difficultés, de décrochage scolaire.....dont la prise en charge relève bien de nos compétences.

Ainsi, le risque semble-t-il est grand de reprendre notre travail comme auparavant c'est-à-dire sans prendre en compte ce que nous venons tous de vivre. Offrir aux enfants un dispositif leur permettant d'en dire quelque chose c'est aussi et surtout reconnaître aux élèves un droit à la parole digne de tous citoyens « même en herbe.... »

L'école sera le réceptacle de ses traumatismes possibles puisque les effets produits sur la dynamique psychique et donc intellectuelle des enfants ne seront pas sans conséquences sur leurs comportements comme sur leurs productions scolaires. Passée la joie des retrouvailles on peut craindre puisque de nouveau sécurisé notamment à l'école, des épisodes de décompensation psychique à haut ou bas bruits.

Ainsi sur le modèle des CUMPS, il me semble que la définition de dispositifs d'accueil et d'écoute au sein même des écoles pourra se justifier en partant de ce

postulat que « cette guerre contre le coronavirus » a constitué un facteur de risque de développement de stress posttraumatique pour tous, y compris les élèves. La mort directe ou indirecte de certains membres de la famille ou de connaissances, la confrontation à la maladie avec toute l'angoisse engendrée sur la surveillance de son évolution, son apparition subite sans réelle anticipation, la situation de confinement avec toute la promiscuité et la perte des repères fondamentaux pour certains, la couverture médiatique maximale subit par d'autres, sont autant de facteurs qui ont pu engendrer un stress collectif et entraver de façon majeure ou minime les capacités de résilience.

Ainsi, l'objectif visé par ces groupes de paroles sera double :

Le 1^{er} consistera à **prévenir** l'apparition de stress post traumatique notamment en soutenant le sentiment de sécurité et d'apaisement donné non seulement par ce retour à la normale mais aussi par le contenant même que sera le dispositif. Espace sécurisant car encadré par des professionnels qui sur le plan émotionnel sont en mesure de recevoir et donc de contenir les angoisses des enfants, sans être eux-mêmes débordés par leurs affects. Professionnels en mesure d'apporter une écoute de neutralité bienveillante, sans exagération dans ses extrêmes assez courants que sont la banalisation, la réassurance excessive, ou au contraire l'exagération, et la dramatisation. Attitude défensive permettant à l'adulte de se protéger lui-même d'un insupportable qui le submerge, ayant des effets tout à fait contre productifs sur la dynamique psychique des enfants.

C'est pour cette raison essentielle que l'animation de ces dispositifs ne pourra se définir comme une obligation professionnelle mais basée sur un volontariat en lien avec l'histoire de chacun et son propre vécu personnel de cette situation que nous avons tous traversé de façon plus ou moins traumatique.

Le groupe de parole pourra constituer un réceptacle bien traitant, ré humanisant, tissant du lien quand la peur, l'angoisse, l'effroi de certains événements ou certaines images auront à l'inverse provoqué un effet de sidération figeant la représentation mentale laissant place à l'éruption d'angoisses de mort, mais aussi d'abandon, de destruction, d'attaque.....

Le second objectif consistera à **identifier** les enfants très impactés, et susceptibles de développer des complications cliniques, afin de les orienter vers les structures de soins appropriées. Ainsi, il s'agira ici, non seulement d'apporter un contenant à l'intensité des émotions, mais aussi à la singularité clinique et historique de chaque enfant. En effet, les enfants des professionnels soignants, les enfants dont un des membres de la famille est décédé vont nécessiter une attention toute particulière. (ayons à l'esprit qu'aucune cérémonie d'enterrement n'a pu s'organiser de façon habituelle, et donc que les processus de deuil nécessaires y compris pour les parents seront au mieux différées ou pourraient prendre la forme de deuils pathologiques.)

Dans les classifications internationales, le «trouble de stress post-traumatique » (TSPT) est caractérisé par un ensemble de symptômes se développant suite à l'exposition à un événement traumatique : intrusions, évitements, perturbations de la cognition et de l'humeur, altérations de la vigilance et de la réactivité. Une entité spécifique a été créée dans la cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM 5) (American Psychiatric Association, 2013) pour les enfants d'âge préscolaire, du fait des spécificités de la clinique de

l'enfant (Olliac, 2012). Les enfants présentant un TSPT souffrent de souvenirs envahissants qualifiés de pénibles, involontaires et intrusifs (Dewulf, Broeck & Philippot, 2006). Ces souvenirs peuvent intervenir à tout moment de la vie de l'enfant : dans le jeu (jeu post-traumatique), sous forme de flashbacks, dans le sommeil. Ces souvenirs se manifestent par des intrusions sensorielles (dont visuelles) et des sensations physiques (par exemple, des vertiges, des battements de cœur, des symptômes somatiques). Ceci engendre une importante détresse psychique. Chez le jeune enfant (moins de 6 ans), les études (Eth & Pynoos, 1985) (Dewulf, Broeck, & Philippot, 2006) ont montré une expression spécifique des symptômes : les pensées intrusives surviennent quand il est calme, inactif, les souvenirs paraissent peu intégrés dans la mémoire, les jeux post-traumatiques sont répétitifs, impliquent un élément central en lien avec l'événement (et non l'événement lui-même). Ils sont moins élaborés et imaginatifs que les jeux habituels, chargés d'émotions, rigides et peu joyeux. En réaction à la survenue de ces pensées, le jeune enfant met en place des comportements d'évitement des stimuli : le nombre de ses activités est réduit, il joue moins. Ceci influence les comportements d'exploration, son autonomisation. On peut observer un retrait social, une dévalorisation. En parallèle, la présence de ces souvenirs et la peur de revivre l'expérience maintiennent un état d'alerte constant. Il se montre hypervigilant et sursaute de façon exagérée au moindre stimulus. Sa concentration diminue, le sommeil est perturbé, il est fatigable. La gestion des émotions est plus difficile, on relève une irritabilité ou un émoi des réactions émotionnelles. L'état émotionnel négatif est persistant (crainte, peur, colère, culpabilité), avec réactivation des peurs et de l'anxiété (intensification de l'anxiété de séparation, peur de l'étranger, recours aux objets transitionnels). Le jeune enfant peut se montrer agressif (sans provocation), présenter des comportements de mises en danger, des crises de colère (ou enfants « pleurnicheurs ») ou une exacerbation de comportements déjà présents. Les troubles du sommeil sont fréquents. Par ailleurs, le TSPT, notamment non traité, peut se révéler associé à d'autres troubles, comme la dépression, l'anxiété de séparation ou les troubles de l'attachement, le trouble oppositionnel, les troubles psychosomatiques, ou encore des phobies spécifiques (De Young, Kenardy, Cobham & Kimble, 2012), avec un retentissement majeur sur le développement (dont cognitif) et une augmentation du risque de pathologie psychiatrique à l'âge adulte (Felitti et al., 1998) (McLaughlin et al., 2010). En effet, du fait de l'évitement, du retrait social, de l'hypervigilance, la sphère développementale peut être atteinte, avec de possibles régressions (Carpenter & Stacks, 2009) (Carrion, Weems & Reiss, 2007). Son niveau d'éveil en alerte ne permet plus la réalisation d'activités, de jeu, impacte les apprentissages, la relation. Les sensations sont évitées, le jeune enfant est hypersensible à l'environnement. Le traitement cérébral et neurobiologique des expériences traumatiques entraîne un bouleversement à la fois cognitif (pensées, croyances, interprétations et autres cognitions), émotionnel (affects, émotions) et sensori-moteur (réponses physiques, sensorielles, sensations, mouvement) (Ogden, Minton, Pain & Bonnel, 2015). Les relations fonctionnelles entre ces trois dimensions sont entrelacées, notamment via le thalamus, structure clé de l'intégration sensorielle. On peut donc supposer que le processus sensoriel est perturbé. Les recherches en imagerie fonctionnelle (Gilboa et al., 2004) ont permis de mettre en évidence une hyperréactivité de l'amygdale, berceau des émotions et des réactions d'alerte, dans le TSPT. Les stimuli ne parviennent plus au thalamus pour y être analysés,

associés et permettre une réponse motrice adaptative ou émotionnelle. Ainsi, la trajectoire développementale des jeunes enfants peut être perturbée (Perry, Pollard, Blakley, Baker & Vigilante, 1995), les systèmes neurophysiologiques (modulation du stress, régulation émotionnelle) étant en cours de maturation. Ceci pourrait donc provoquer des dommages structurels et fonctionnels. Une réponse thérapeutique rapide à cette irruption soudaine dans le développement précoce (a priori normal) du jeune enfant, est nécessaire.

En conclusion :

Les enfants en revenant à l'école vont retrouver un contenant sécurisant propice à l'expression de leurs angoisses. Des enseignants pourront alors grâce à leur propre psychisme et en fonction de leur propre traumatisme assurer cette fonction de tuteur de résilience, en permettant aux angoisses de leurs élèves d'être élaborées collectivement au sein de chaque classe. Les enseignants qui se sentiront prêts animeront des temps de paroles consacrés à ce que nous venons tous de traverser. Cet accueil nécessaire de la parole des enfants pourrait aussi s'organiser autour de dispositifs différenciés (en dehors de la classe) mais dans l'école, animés par les psychologues volontaires en coanimation avec d'autres professionnels (enseignants spécialisés ou non)... Ces dispositifs auront comme objectifs non seulement d'offrir un réceptacle à ce stress post traumatique mais aussi à en évaluer individuellement les conséquences dans un repérage ciblé des enfants présentant une souffrance nécessitant une orientation vers une structure de soins. Le travail avec les parents se trouvera là donc encore particulièrement ciblé et indispensable.

Ainsi, ces dispositifs n'auront aucune vocation à tenter de faire oublier le trauma mais à s'en souvenir autrement. Ainsi des contenus émotionnels bruts trouveront grâce à leur symbolisation par la parole une possibilité de récit permettant aux enfants de se réinscrire dans une dynamique et disponibilité d'apprentissage en réamorçant leurs capacités d'intellectualisation.