

Stress et COVID-19 :
quels impacts sur
nos enfants ?



Introduction

Au mois de mars 2020, les habitants de notre pays ont été confinés en raison de la propagation rapide de la COVID-19. La vie quotidienne des enfants et des adultes a alors brutalement changé. Les habitudes ont été chamboulées, les emplois menacés, des gens sont tombés malades et ont pu craindre pour leur vie ou celle de leurs proches. Les certitudes sont devenues des incertitudes. Les enfants n'ont plus été autorisés à aller à l'école, à rendre visite à leurs grands-parents ou à jouer avec leurs amis. L'actualité est encore aujourd'hui dominée par le danger que la COVID-19 représente ou peut représenter pour la vie des personnes âgées vulnérables et des personnes à la santé fragile. L'impact du virus sur le développement socio-émotionnel des enfants reste sous-exploré.

Tout événement ou période ayant un impact sur la vie quotidienne des enfants peut entraîner du stress et de l'anxiété. Que pouvons-nous attendre de la période à venir, alors que la scolarisation des enfants reprend lentement ? Observerons-nous dans un avenir proche davantage d'enfants souffrant d'un trouble de stress aigu (TSA) ou d'un trouble de stress post-traumatique (TSPT) ? Pouvons-nous l'anticiper en évaluant les besoins en soins des enfants ?

" L'impact du virus sur le développement socio-émotionnel des enfants reste encore peu exploré. "

Ce livre blanc rédigé par le Dr Christina Karydaki, psychologue scolaire et agréé K&J NIP au centre d'expertise en apprentissage et comportement de l'ECLG, pose les bases théoriques du traumatisme chez les enfants âgés de 6 à 18 ans. Un pronostic est établi pour les mois à venir, afin d'anticiper les besoins des enfants en matière de soutien éducatif et de soins.

Qu'est-ce qu'un traumatisme ?

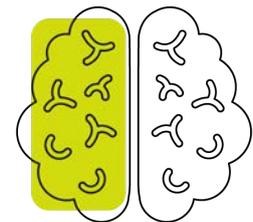
Le mot traumatisme est issu du domaine médical et signifie « blessure » en grec. En psychologie, le terme psychotraumatisme est utilisé pour décrire la réaction des adultes et des enfants à un événement stressant. Il est important de faire la distinction entre un événement traumatique et un événement stressant. Un événement ou une expérience traumatique :

- est lié au sentiment d'une menace pour sa propre vie ou pour l'intégrité physique d'une personne importante à ses yeux, comme un parent, un grand-parent, un frère ou une sœur.

- provoque un sentiment écrasant de peur, de désarroi et d'impuissance.
- a des effets physiques intenses (palpitations cardiaques, respiration rapide, tremblements, vertiges ou perte du contrôle de la vessie ou des intestins).

Les réactions physiques à un événement traumatique peuvent beaucoup inquiéter les enfants. Souvent, ils ne comprennent pas ce qui se passe dans leur corps, ce qui a pour effet d'augmenter encore davantage leur niveau d'anxiété (Coppend & van Kregten, 2012).

Types de traumatismes



On distingue différents types de traumatisme : les traumatismes uniques (type I), les traumatismes chroniques et les traumatismes complexes (types II et III).

Un **traumatisme unique ou aigu** est un événement unique qui dure peu de temps. Les événements ou les expériences qui peuvent conduire à des traumatismes uniques sont, par exemple, le fait d'être témoin ou victime d'un accident de la route ou de subir une agression sexuelle ou un viol (Coppens, Schneijderberg & Kregten, 2016). En ce qui concerne la COVID-19, un seul traumatisme peut être le fait pour un enfant de voir comment un parent, un grand-père, une grand-mère ou un autre proche est emmené par une ambulance ou d'entendre qu'un être cher est décédé des suites de la COVID-19. De même, le fait de voir aux actualités des images des conditions de vie dans les unités de soins intensifs peut provoquer un traumatisme indirect (secondaire) chez les enfants. Les traumatismes uniques peuvent généralement être traités rapidement et efficacement.

La conséquence de l'expérience de plusieurs événements traumatiques consécutifs est connue sous le nom de **traumatisme chronique**. Cela peut conduire à une diminution de la résilience, qui entraîne à son tour une réduction de la capacité à faire face aux événements vécus. Les conséquences sont souvent plus graves et peuvent durer plus longtemps. Lorsqu'un enfant a vécu plusieurs expériences désagréables ou choquantes au cours des mois précédents, il peut être inquiet pour sa propre sécurité ou celle d'un proche, et il est possible que l'on ne parle plus de traumatisme simple mais de traumatisme chronique.

Lorsque le traumatisme chronique se produit pendant la petite enfance, on parle également de traumatisme complexe. Les conséquences d'un traumatisme chronique à un très jeune âge sont plus graves et plus étendues car elles ont un impact négatif sur le développement du cerveau.

Surtout lorsqu'il s'agit de situations provoquées par les adultes qui devraient assurer la sécurité et la protection de l'enfant. C'est le cas, par exemple, des abus physiques ou émotionnels, des violences domestiques ou des abus sexuels. Il peut également s'agir de situations où les adultes ne prennent pas certaines mesures importantes pour la sécurité d'un enfant, comme dans le cas de la négligence physique ou émotionnelle. Les traumatismes chroniques de la petite enfance peuvent s'inscrire dans un tableau familial psychopathologique, tels que les handicaps mentaux, la dépendance, les problèmes psychiatriques (y compris les traumatismes non résolus), les problèmes de santé et les problèmes financiers.

Chez un enfant présentant un **traumatisme complexe**, la crise de la COVID-19 peut avoir un impact à plusieurs niveaux. La période d'incertitude peut alimenter un sentiment d'insécurité et entraîner l'activation des mécanismes de survie de l'enfant. Les comportements les plus fréquemment observés chez l'enfant dans ce contexte sont la colère et

l'agressivité (combat), le repli sur soi et la dépression (fuite) ou l'apathie et la passivité (désengagement). Tout le noyau familial a parfois été placé en quarantaine, des tensions ont pu apparaître, et certaines fragilités familiales latentes ont pu être exacerbées pendant cette période. Le stress et l'incertitude liés, par exemple, à la perte d'un emploi, ou au fait de vivre en proximité, sont autant d'exemples de situations qui peuvent avoir conduit à la violence domestique.

La période de confinement a toutefois également pu être bénéfique pour certains enfants. En effet, ils n'ont plus eu besoin de se déplacer d'un environnement à un autre au cours de la journée et ont eu moins de contacts avec les personnes qui leur demandent des choses ou attendent des choses d'eux (enseignants, camarades de classe, amis, entraîneurs sportifs, chauffeurs de bus, personnes dans la rue...). La façon dont les enfants souffrant de traumatismes complexes réagissent à la crise de la COVID-19 diffère sensiblement d'un enfant à l'autre.

Stress aigu ou TSPT

La plupart des sujets sont capables de faire face à des événements choquants sans que l'évènement n'entraîne un trouble de stress aigu ou déclenche un trouble de stress post-traumatique (TSPT). Le fait de présenter des symptômes pendant les quelques semaines qui suivent l'évènement peut être décrit comme une réaction normale à un événement anormal. Lorsque l'enfant a vécu un événement intrusif lié à la COVID-19, son corps sécrète de nombreuses hormones permettant de faire face à la situation et la période qui suit est mise à profit pour retrouver l'homéostasie. Dans la plupart des cas, ces symptômes disparaissent après un certain temps.

L'évènement est alors psychologiquement et physiquement résolu, et l'on peut y repenser sans entrave. L'évènement ne sera toutefois pas oublié, mais la trace mnésique restera au contraire gravée dans les souvenirs de l'enfant.

" Lors de la phase diagnostique, il est important d'être vigilant à l'évolution de la plainte. "

Les plaintes sévères peuvent durer quelques semaines, mais doivent tendre à s'atténuer avec le temps. Si les plaintes (contenu, sévérité, fréquence d'apparition...) restent figées, c'est-à-dire si leur intensité ne change pas, un trouble de stress aigu ou un TSPT pourra être suspecté.

Le Conseil Clinique vous accompagne

Quels outils peut-on utiliser pour évaluer la détresse psychologique chez les enfants ?

En première intention, le professionnel peut utiliser le BASC-3. L'outil permet d'explorer un large éventail de difficultés émotionnelles et comportementales chez les enfants âgés de 3 ans à 11 ans. Un questionnaire peut être adressé au patient (à partir de 8 ans) et également aux parents. Le professionnel a ainsi une vision globale de la sphère psycho-affective de son sujet, il peut rapidement cibler les points à creuser en entretien et formuler ses premières hypothèses diagnostiques.

Si besoin, d'autres outils dits plus spécifiques peuvent être utilisés pour affiner les premières hypothèses. Par exemple, en cas de suspicion de dépression, l'Echelle composite de dépression pour enfants, la MDI-C (8 à 17 ans) peut être proposée. Les informations recueillies, creusées par la suite en entretien avec le patient, renseignent sur le niveau de sévérité du trouble. En cas de suspicion d'anxiété, l'Echelle d'Anxiété Manifeste pour Enfant Révisée, la R-CMAS (6 ans à 19 ans) peut être proposée.

La principale différence entre ces troubles est la durée des symptômes. Le diagnostic de trouble de stress aigu est posé si les symptômes sont présents trois jours à un mois après l'exposition à l'événement choquant. Si les symptômes durent plus d'un mois, il s'agit alors d'un TPST. Dans de nombreux cas, le trouble de stress aigu précède le TSPT (Source : site web de la santé publique et des soins).

Les critères suivants (DSM-5) doivent être remplis pour que l'on puisse parler de TSPT :

A. Expérience d'un traumatisme : exposition à la mort, réelle ou imminente, à une blessure grave ou à une agression sexuelle.

B. Présence de symptômes intrusifs (souvenirs indésirables associés à l'événement traumatique et apparus après qu'il ait eu lieu -par exemple, flashbacks et rêves douloureux-, détresse psychologique, réactions physiologiques face à des événements évoquant l'événement traumatique...).

C. Évitement des stimuli externes et/ou internes (par exemple, personnes, pensées ou sentiments) associés à l'événement traumatique.

D. Altération des cognitions et de l'humeur (oubli de certains aspects de l'événement,

croyances négatives persistantes, cognitions déformées persistantes, état émotionnel négatif, diminution des intérêts ou de la participation aux activités quotidiennes...).

E. Altérations marquées des comportements ou de la réactivité (irritabilité, comportements auto-destructeurs, hypervigilance, troubles de la concentration et du sommeil...).

F. La durée des symptômes est supérieure à un mois.

G. Il existe une souffrance cliniquement significative ou des perturbations dans des domaines importants de la vie (sociaux ou professionnels par exemple).

H. Le trouble n'est pas causé par un médicament ou une condition médicale.

En plus des critères ci-dessus, il convient d'indiquer les spécifications suivantes :

- Avec des symptômes dissociatifs : dépersonnalisation et/ou déréalisation.
- Avec une expression retardée : au moins six mois après l'événement traumatique, les critères diagnostics sont retrouvés.

Le diagnostic ne peut être posé que par un professionnel qualifié.

Facteurs de protection

Plusieurs facteurs de protection existent, et peuvent avoir une influence sur l'enfant lui-même (bon niveau intellectuel, tempérament positif), sur la dynamique familiale (famille solide, bonnes interactions entre les membres de la famille) et sur le contexte social (amis impliqués, enseignants investis). La résilience de l'enfant et de son environnement est un important facteur protecteur, leur permettant de dépasser (plus rapidement) les expériences désagréables.

La résilience est définie comme la capacité de survivre, de se rétablir, de persévérer ou même de se développer après une confrontation avec des événements traumatisants. Il s'agit d'un modèle de réaction dans lequel, en cas de menace importante pour le bien-être, une adaptation positive a lieu. Les enfants résilients semblent être plus à même de savoir faire face aux problèmes et aux expériences négatives. Un enfant développe sa capacité à se montrer résilient en l'expérimentant au sein de sa famille et de sa communauté. L'enfant apprend à mobiliser ses ressources internes, comme un tempérament facile, et ses ressources externes, comme le soutien social dont il bénéficie (Bannink, 2007).

Le Conseil Clinique vous accompagne

Quelles dimensions peut-on explorer pour évaluer les ressources de l'enfant ?

Les recherches montrent que les compétences sociales et émotionnelles favorisent l'estime de soi, le respect d'autrui et permettent de réduire les niveaux d'anxiété, de frustration et de dépression (Durlak et al., 2011; Payton et al., 2008), il s'agit donc de facteurs de protection. Pour évaluer ces compétences le professionnel peut utiliser le SSIS SEL (3 ans à 18 ans). L'outil permet d'explorer 5 dimensions : la maîtrise soi, la connaissance de soi, la conscience sociale, la compétence relationnelle et la prise de décision responsable. Le professionnel a ainsi une mesure objective des ressources de son patient et peut lui proposer un accompagnement personnalisé pour l'aider à développer des compétences qui favorisent l'épanouissement individuel et relationnel.



Conclusion

Sur la base des fondements théoriques, on peut conclure que l'apparition de stress, les manifestations de tristesse ou de colère provoquées par un événement désagréable sont des réactions classiques et normales. Il est fort probable que les enfants, pendant ces quelques mois de confinement, aient été déstabilisés par la situation qu'a engendrée la crise de la COVID-19.

Elle a eu un impact sur leur vie quotidienne et a affecté leur routine et leurs certitudes. S'ils ont perdu un être cher ou ont été eux-mêmes malades, on peut considérer qu'ils ont été confrontés à un « traumatisme unique ». Pour les enfants ayant déjà souffert ou souffrant d'un traumatisme complexe, cette période de crise a pu accroître le niveau de stress perçu et générer un sentiment d'insécurité réactivant les schémas de survie (lutte, fuite ou désengagement).

Le risque de développer un trouble de stress aigu (TSA) ou un trouble de stress post-traumatique (TSPT) chez les enfants (6 à 12 ans)

et les adolescents (12 à 18 ans) est relativement faible.

Cela pourrait éventuellement être lié à la capacité de résilience des enfants. Les facteurs de protection chez l'enfant lui-même (résilience, tempérament positif) et dans son environnement (situation familiale stable, enseignants impliqués) jouent un rôle majeur dans l'adaptation aux événements traumatisants.

Le fait que la probabilité de développer un TSPT soit faible ne signifie pas qu'il n'y a pas lieu de s'inquiéter de l'évolution de l'enfant dans un avenir proche. Les symptômes du traumatisme ne se manifestent pas toujours immédiatement ; cela peut aussi être le cas beaucoup plus tard, ce qui rend les signaux plus difficiles à reconnaître et à interpréter. Il est très important de continuer à surveiller l'état émotionnel des enfants qui ont pu être affectés par la crise de la COVID-19.

Conseils

- Maintenant que les écoles ont rouvert leurs portes, les enfants sont également à la recherche de la "nouvelle normalité". Il s'agit d'une période que personne n'a jamais connue auparavant ; il est donc difficile de prévoir comment les enseignants et les élèves y feront face. Il est indispensable de prévoir un espace pour discuter du bien-être des enfants et de leur état socio-émotionnel.
- Il est possible d'utiliser le diagramme de l'arbre de résilience de Grotberg (2007) comme support pour inventorier les facteurs de résilience chez les enfants. L'enseignant, le travailleur social ou le professionnel peut

poser aux enfants et à leur entourage des questions sur ce que l'enfant a déjà (j'ai), ce que l'enfant est déjà (je suis) et ce que l'enfant peut déjà faire (je peux). Sur cette base, ils peuvent explorer les ressources existantes et identifier les leviers et zones d'amélioration. Une approche positive et le renforcement des facteurs stimulants qui sont déjà présents dans et autour de l'enfant, augmentent les chances d'un développement socio-émotionnel et d'apprentissage souhaité.

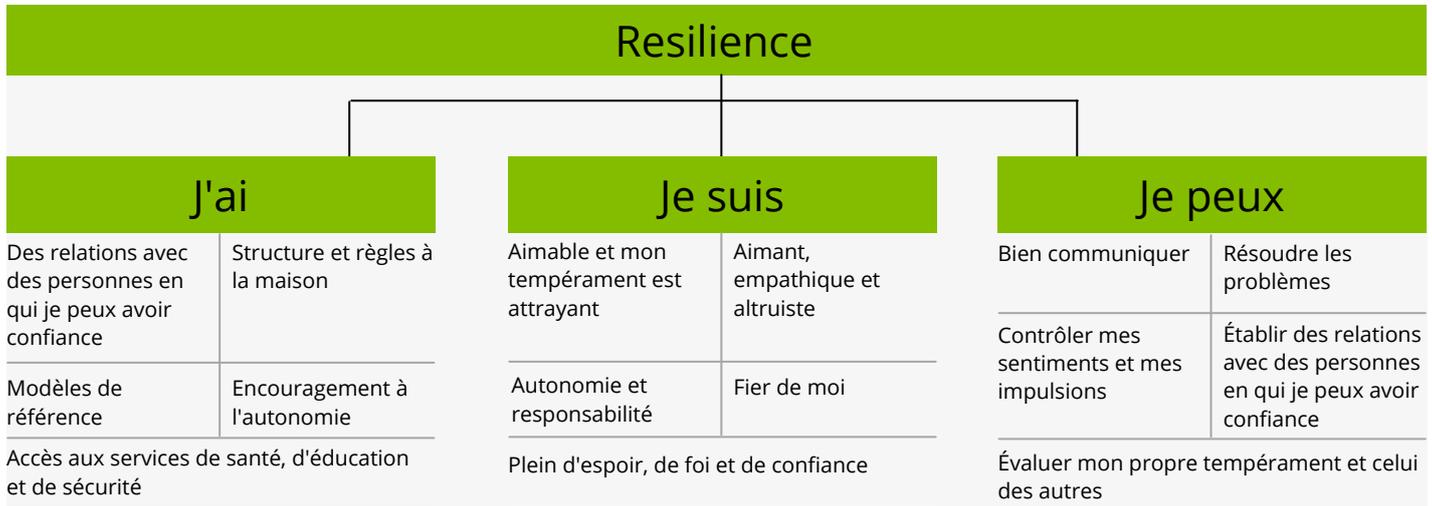
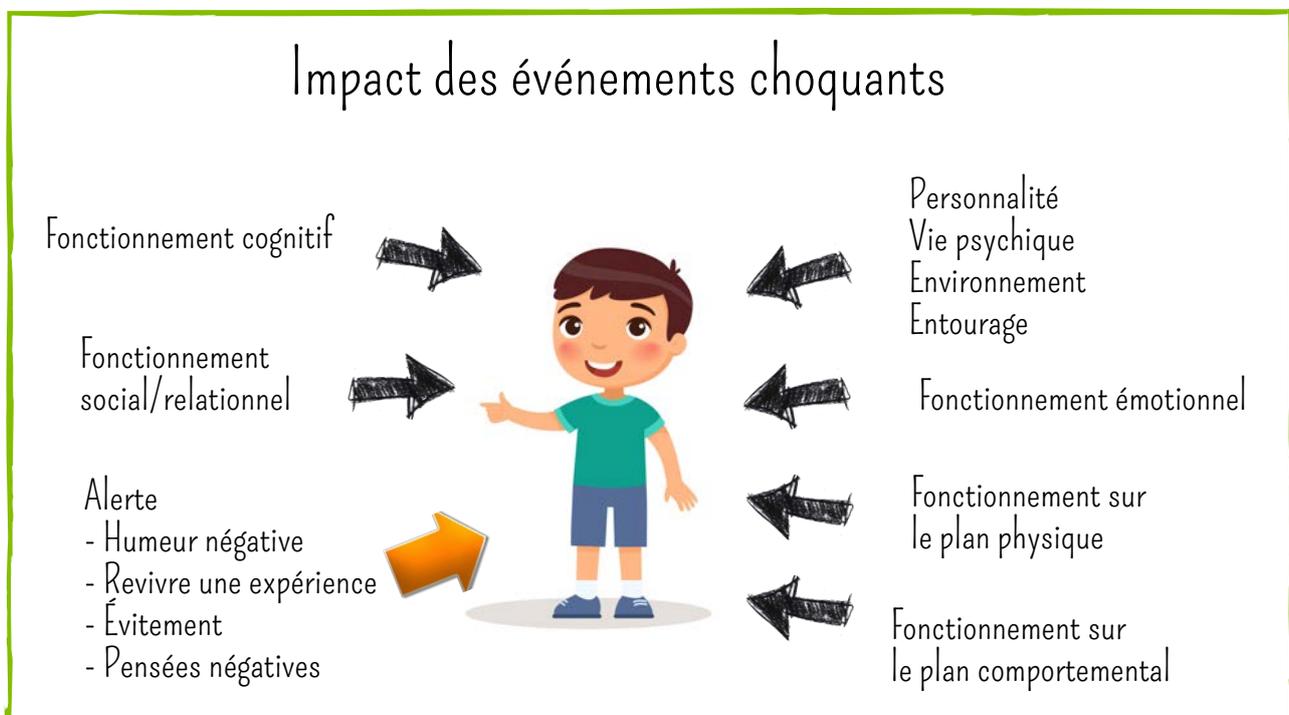


Schéma de l'arbre de résilience de Grotberg (2007)

- Il est conseillé d'agir lorsqu'un enfant montre des signes d'inquiétude (colère, rébellion, repli sur soi, peur, dépression...) s'exprimant de manière inhabituelle selon les parents, enseignants ou toute autre personne connaissant bien l'enfant. Toutefois, il est important de garder à l'esprit que les manières dont un enfant réagit à des événements désagréables sont multiples et variées et que les comportements réactionnels sont souvent mal interprétés.
- Visualiser le comportement, les sentiments et les réactions possibles d'un enfant face à un événement choquant peut aider les enseignants et les autres professionnels à mieux comprendre et travailler avec l'enfant.



Lorsqu'un traumatisme (unique) ou un TSPT est diagnostiqué, deux approches thérapeutiques sont souvent citées comme efficaces dans la littérature : la désensibilisation et le retraitement par mouvements oculaires (EMDR) et l'exposition imaginaire (approche comportementale).



www.pearsonclinical.fr



conseilclinique@ecpa.fr


ecpa
par Pearson