



Disponible en ligne sur

ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte  
www.em-consulte.com



Entretien

## Répercussions psychologiques de la pandémie de COVID-19 chez les enfants et les adolescents et modalités de prise en charge



### *Psychological impact of the COVID-19 pandemic on children and adolescents and treatments*

Olivier Sorel<sup>a,b</sup>, Juliane Tortes Saint-Jammes<sup>b,c,d</sup>, Sandie Meillerais<sup>e,f,g</sup>,  
Jean-Pierre Bouchard<sup>h,i,j,k,\*</sup>

<sup>a</sup>IOS, 3bis, rue de la Tuilerie, 37550 Saint-Avertin, France

<sup>b</sup>Cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP), Zone Sud-Ouest, 121, rue de la Bechade - CS81285, 33076 Bordeaux cedex, France

<sup>c</sup>Camea, 1, rue St-François-Xavier, 33170 Gradignan, France

<sup>d</sup>Équipe AHead, INSERM U1219, Université de Bordeaux-ISPED, 146, rue Léo-Saignat, 33076 Bordeaux cedex, France

<sup>e</sup>Service de Psychologie Clinique, Université de Mons, Mons, Belgique

<sup>f</sup>Centre de Consultations Psychologiques Universitaires, Université de Mons, Mons, Belgique

<sup>g</sup>Espace Parents dans la Séparation, Mons, Belgique

<sup>h</sup>Psychologie-Criminologie-Victimologie (PCV), Cours de Gourgue, 33000 Bordeaux, France

<sup>i</sup>Institut psycho-judiciaire et de psychopathologie (IPJP), Institute of Forensic Psychology and Psychopathology, centre hospitalier de Cadillac, 89, rue Cazaux-Cazalet, 33410 Cadillac, France

<sup>j</sup>Unité pour malades difficiles (UMD), pôle de psychiatrie médico-légale (PPML), centre hospitalier de Cadillac, 10 avenue Joseph-Caussil, 33410 Cadillac, France

<sup>k</sup>Statistics and Population Studies Department, Faculty of Natural Sciences, University of the University of the Western Cape, Robert-Sobuskwé road, Bellville, 7535 Cape-Town, Afrique du Sud

#### INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Disponible sur Internet le 12 octobre 2022

Mots clés :

Adaptation  
Adolescents  
Approche systémique  
COVID-19  
Enfants  
Pandémie  
Ressources  
Thérapie EMDR

Keywords:

Adaptation  
Children  
COVID-19  
EMDR therapy  
Pandemic  
Resources  
Systemic approaches  
Teenager

#### RÉSUMÉ

Les enfants et les adolescents ont été particulièrement touchés par les conséquences psychologiques de la crise sanitaire liée à la pandémie de COVID-19. Les confinements successifs, le port du masque, la perte de leurs repères et de leur environnement social habituel à la suite des fermetures des écoles et à l'arrêt des activités extra-scolaires ont été autant d'adversités auxquelles ils ont été confrontés et qui ont fragilisé leurs stratégies de coping et leurs ressources. Dans cet entretien avec Jean-Pierre Bouchard, Olivier Sorel, Juliane Tortes Saint-Jammes et Sandie Meillerais discutent des modifications mises en place dans leur clinique de l'enfant dans le cadre de cette pandémie. Dans un deuxième temps, ils mettent en évidence les modalités de prise en charge spécifiques afin de développer, renforcer ou relancer les ressources des enfants et des adolescents pendant la thérapie au moyen de vignettes cliniques. Enfin, ils abordent la notion même de l'accompagnement clinique, en laissant une grande place à la thérapie EMDR et à une approche centrée sur la famille.

© 2022 Publié par Elsevier Masson SAS.

#### ABSTRACT

Children and adolescents were particularly affected by the psychological consequences of the COVID-19 health crisis. They were faced with multiple stressors such as repeated confinements, the use of masks, the disruption of daily routines, the lack of social interactions following the closure of schools and the cessation of extra-curricular activities. These adversities dramatically weakened their coping strategies and their resources. In this interview with Jean-Pierre Bouchard, Olivier Sorel, Juliane Tortes Saint-Jammes et Sandie Meillerais discuss the changes that have been implemented in their clinical practice for children in the context of the COVID-19 pandemic. Then, they will also identify, by using clinical

\* Auteur correspondant. Institut psycho-judiciaire et de psychopathologie (IPJP), Institute of Forensic Psychology and Psychopathology, centre hospitalier de Cadillac, 89, rue Cazaux-Cazalet, 33410 Cadillac, France.

Adresse e-mail : [jean\\_pierre\\_bouchard@yahoo.fr](mailto:jean_pierre_bouchard@yahoo.fr) (J.-P. Bouchard).

examples, the procedures specifically used to develop, reinforce or reactivate the resources of children and adolescents during the therapy. Finally, they address the very notion of clinical support, with an emphasis on EMDR therapy and a family-centered approach.

© 2022 Published by Elsevier Masson SAS.

## 1. Introduction

La pandémie de COVID-19 a été sans précédent dans notre monde contemporain. Elle a engendré un état de crise et la mise en place de mesures drastiques : isolement, confinements au domicile, tests répétés, e.g. Tant la pandémie en elle-même, avec l'omniprésence *a minima* d'une anxiété massive envers la santé et pouvant aller jusqu'à la confrontation à de multiples décès, notamment chez les anciens, que les mesures instaurées, ont eu un effet potentiellement traumatique pour les individus [10,17]. Les personnes âgées ont été les plus touchées d'un point de vue mortalité, mais l'impact sur les plus jeunes a probablement été minimisé ou sous-estimé. En effet, les élèves se sont retrouvés dans un rôle unique d'enfants, essayant tant bien que mal de faire face au manque d'activités extra-scolaires et de relations avec les pairs, se sentant privés de libertés dans une sphère familiale, bien souvent lieu d'anxiété et de tensions. Dans cet entretien avec Jean-Pierre Bouchard, Olivier Sorel, Juliane Tortes Saint-Jammes et Sandie Meillerais proposent une réflexion sur les conséquences de la pandémie de COVID-19 ainsi que sur les pratiques cliniques auprès d'enfants et d'adolescents.

Olivier Sorel est psychologue, docteur en psychologie, praticien EMDR Europe et formé aux thérapies comportementales et cognitives. Dans son activité clinique en libéral, il accueille des adultes, enfants, adolescents et des familles. Formateur et conférencier, il intervient beaucoup autour de la question du traumatisme et de la guidance parentale.

Juliane Tortes Saint-Jammes est praticienne et superviseuse EMDR Europe. Elle dirige le centre de consultation en psychotraumatologie CAMEA à Gradignan. Elle est spécialisée dans la prise en charge de victimes de traumatismes. Elle accompagne adultes et enfants. Elle est également membre de l'équipe de recherche AHeaD, Inserm qui travaille sur la prévention et la prise en charge du Trauma.

Sandie Meillerais est psychologue clinicienne, art-thérapeute, habilitée à pratiquer la psychothérapie familiale, conjugale et systémique. Elle est également assistante-doctorante au sein du service de Psychologie Clinique de l'Université de Mons en Belgique. Ses recherches portent sur l'objectivation de l'utilisation des objets flottants dans le cadre d'interventions familiales.

## 2. Interview

*2.1. Jean-Pierre Bouchard : Différentes études montrent que les enfants ont particulièrement pâti de la pandémie de COVID-19, est-ce une chose que vous avez vérifiée dans votre pratique ?*

*Juliane Tortes Saint-Jammes et Olivier Sorel :* La crise de la COVID-19 a eu un effet significatif sur la santé mentale des jeunes [2,8,9,12,13]. La prévalence des symptômes anxieux et dépressifs a augmenté de manière spectaculaire chez les jeunes et reste plus élevée qu'avant la crise et que celle observée dans d'autres classes d'âge.

En mars 2020, l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) a rapporté que plus de 1,19 milliard d'élèves de 150 pays n'allaient plus à l'école en raison d'un confinement. Les jeunes étaient 30 à 80 % plus susceptibles que les adultes de faire état de symptômes dépressifs ou anxieux

que les adultes en Belgique, aux États-Unis et en France. Il est évident que la fermeture des écoles a bouleversé le quotidien des familles : les parents se sont retrouvés à s'improviser enseignants et ont eu du mal à pourvoir aux besoins éducatifs de leurs enfants, tout en maintenant une activité professionnelle et leur rôle parental. Cette confusion des rôles a mis à mal la dynamique familiale. D'après un sondage [6] mené auprès de 245 mères italiennes d'enfants de 2 à 5 ans, le confinement national a dérégulé les horaires de sommeil, causé de l'ennui et fait augmenter les problèmes affectifs et comportementaux en affaiblissant la maîtrise de soi, chez les mères comme chez les enfants. Nous avons pu observer des enfants développant des comportements colériques, voire agressifs.

Les routines, si importantes pour la sécurité affective des enfants, ont disparu et leurs capacités de régulation émotionnelle souvent immatures ont été fragilisées. Nous avons donc pu voir dans nos cabinets une recrudescence de demandes de prise en charge des enfants et des adolescents.

*2.2. Jean-Pierre Bouchard : À quels motifs de consultation et à quels symptômes avez-vous été confrontés chez les enfants et les adolescents depuis l'apparition de la COVID-19 ?*

*Olivier Sorel, Juliane Tortes Saint-Jammes et Sandie Meillerais :* Avant toute chose, et pour davantage de nuances, il convient de distinguer les demandes de nouveaux suivis des prises en charge déjà installées. En effet, les premiers effets de la crise sanitaire constatés dans nos cabinets portent sur les jeunes patients déjà inscrits dans un parcours de soins. Ces constats ont été progressifs. Pour la plupart d'entre eux, la situation sanitaire a rapidement accentué les symptômes et autres manifestations anxieuses. Les raisons en sont multiples. Il faut avant toute chose se souvenir que le premier confinement en 2020 a contraint les familles à rester au domicile pendant plusieurs semaines, que le temps scolaire a été aménagé afin de limiter les contacts entre les élèves, et que les activités périscolaires ont été annulées. Par conséquent, les enfants et adolescents ont souffert d'une double perte : celle du lien social et celle de l'activité, notamment l'activité motrice, physique, sportive. N'oublions pas que cette dernière est souvent un exutoire de premier choix, notamment chez les plus jeunes, qui n'ont pas dans leur répertoire comportemental de nombreux outils de régulation émotionnelle. Pour les enfants en appartement, la mise en place d'une activité physique de substitution a souvent été synonyme de mission impossible.

Assez rapidement, d'autres symptômes ont vu le jour, pour les enfants et les adolescents, relais naturel des angoisses et difficultés des parents, souvent empêtrés dans leurs propres inquiétudes, sanitaires, organisationnelles, logistiques, les rendant de ce fait, pour bon nombre d'entre eux, moins disponibles pour leurs enfants et des figures de protection moins efficaces. Pour ces jeunes, ce sont davantage les modifications systémiques et familiales qui ont été vecteurs de symptômes. La majorité d'entre eux a développé une anxiété envers la santé, la leur ou celle de leurs proches et a eu des stratégies de coping peu efficaces.

Parmi les enfants et adolescents ayant réussi à s'adapter au durcissement des conditions sanitaires et autres restrictions, certains ont eu des symptômes que nous pourrions qualifier de symptômes après-coup. En effet, une catégorie d'enfants et adolescents a davantage été affectée au moment de l'assouplisse-

ment des mesures, des retours à l'école, d'une tentative de reprise de la vie d'avant, malgré de nombreux aménagements, stigmatisés d'une situation toujours crispée et anxiogène. À ce moment, certains enfants et adolescents ont développé des angoisses de séparation, de l'anxiété sociale, un sentiment d'impuissance ou de résignation.

Cet effet de symptôme à retardement a aussi pu être perçu dans l'accompagnement des familles ou des parents. Au sein de la crise, les problématiques psychologiques n'ont pas été mises à l'avant-plan, le besoin de sécurité physiologique et médicale ayant primé sur le reste. Les problématiques quotidiennes avec des suivis et accompagnements en cours se sont vues relayées au second plan. Les parents en situation de séparation ou en situation de hauts conflits ont pu trouver un intérêt commun, dans la crise, à lutter contre cet ennemi commun appelé Covid. Néanmoins, puisque reléguées en second plan, d'autres situations plus graves telles que les violences conjugales, familiales, incestueuses, ou de maltraitements ont été plus difficiles à détecter, puisque chacun devait s'isoler et se confiner dans son foyer, qu'il soit sain, dysfonctionnel, ou pathologique. Après chacun des confinements, la crise a épuisé au fur et à mesure les ressources de chacun. Aussi, un effet boomerang a alors été perçu dans les demandes psychologiques, notamment dans le cadre de mesure de justice ou de médiation. Les éléments mis en suspens pour faire face à cette crise sanitaire se sont déployés plus fortement, notamment par des symptômes à la fois latents mais fortement cristallisés.

**2.3. Jean-Pierre Bouchard :** Quels aménagements avez-vous réalisés dans votre pratique professionnelle ?

*Juliane Tortes Saint-Jammes et Olivier Sorel :* En cette période de crise sanitaire sans précédent, durant laquelle il a été de bon ton de hiérarchiser les besoins des individus et les activités par degrés de nécessité, il est apparu très rapidement que les psychologues et psychothérapeutes pouvaient être considérés comme des acteurs de premier plan dans ce que certains qualifieront de vague psychologique. Pour cela, il nous a fallu nous questionner sur notre pratique professionnelle et la faire évoluer, et ce sur différents registres [1,3,7].

Dans un premier temps, nous avons dû repenser notre cadre de travail jusque dans la possibilité d'accueil du public. Nous avons réaménagé nos cabinets, condamné nos salles d'attente, demandé aux gens de respecter les horaires de leurs rendez-vous, que nous avons espacés afin de limiter les interactions et rencontres possibles. Nous avons appris à désinfecter nos cabinets et les différents outils utilisés. Malgré tout cela, nous avons favorisé les séances en visio et instauré les séances en distanciel, quand cela était possible. Pour nos plus jeunes patients cela n'est pas réaliste, le média ne permettant pas de maintenir une proximité et un accordage aussi aisé qu'en présentiel. Pour les adolescents, cela a été bien plus aisé, ce public étant familier des outils mobilisés, tant sur la partie hardware (smartphones ou tablettes) que software (application de visioconférences). La question de l'intimité est importante pour ces séances. On a souvent parlé des parents en télétravail ne pouvant disposer d'un espace de travail non envahi par les enfants ; l'inverse est aussi à considérer dans notre travail thérapeutique en distanciel. Il nous revient la responsabilité de nous assurer que l'autonomie et l'intimité de notre jeune patient soient autant respectées que ce que nous garantissons dans notre cabinet. Dans un second temps, nous avons dû considérer notre relation à notre patient. La distanciation sociale, les gestes barrières et le port du masque sont autant d'obstacles à notre alliance thérapeutique, concept pourtant essentiel dans notre pratique. Pour les patients déjà suivis et nous ayant déjà vu sans le masque la transition a pu se faire. Pour les nouveaux patients, il nous a semblé essentiel d'avoir un temps de rencontre et d'accueil

non masqué, donc à distance. Afin de favoriser la lecture des émotions, nous avons intégré le masque comme partie intégrante de notre communication non verbale. La distance nécessaire avec notre patient nous a contraints à beaucoup miser sur notre communication verbale, pour être soutenant durant les phases de retraitement à venir, par exemple.

Ensuite, il nous a fallu être flexible, voire créatif quant aux outils mobilisés, parfois pour seulement modifier notre pratique, tantôt pour créer de nouveaux supports. À titre d'exemple, les stimulations bilatérales alternées en thérapie EMDR ont pu être proposées de manière créative lors des séances de visio (post-it de chaque côté de l'écran d'ordinateur, e.g.) ou simplement effectuées avec une machine quand le travail est réalisé en cabinet [11,17].

Enfin, nous avons parfois dû repenser notre pratique jusque dans les conceptions ou les modes opératoires, afin de répondre aux besoins particuliers de nos patients, notamment les plus jeunes dont les parents étaient également affectés, et par conséquent moins sécurisants. Avec ces derniers, nous avons donc misé sur une conséquente partie psycho-éducative afin de les amener à se décaler des symptômes parentaux, de prendre du recul, de mobiliser davantage leurs propres ressources, voire d'en développer de nouvelles, répondant aux exigences de la situation.

**2.4. Jean-Pierre Bouchard :** Concrètement, quel type de travail avez-vous mis en place avec les enfants et les adolescents ?

*Olivier Sorel et Juliane Tortes Saint-Jammes :* Concrètement, nous avons maximisé notre travail sur la phase 2 en thérapie EMDR [11]. Cette dernière, comme son nom l'indique, est une phase de préparation aux phases de retraitement EMDR qui vont suivre. Outre établir une alliance thérapeutique, expliquer le modèle, les métaphores, le signal stop et tester les différentes stimulations bilatérales alternées, elle va nous permettre de vérifier les capacités d'autorégulation émotionnelle de notre patient et le cas échéant de travailler des techniques de stabilisation émotionnelle, d'accéder aux ressources et de les renforcer. Le but étant toujours de créer les conditions optimales pour le retraitement des cibles de notre plan de ciblage.

C'est donc un travail que nous faisons en général après notre prise d'histoire et avant le retraitement de notre première cible. Mais en fonction de l'état psychologique et de la stabilité de notre patient il se peut que nous ayons à refaire régulièrement des phases 2. Il est vrai que le terme « phase » est trompeur, il induit le fait qu'elles se travaillent les unes après les autres alors que, dans notre pratique clinique, nous savons que cela n'est pas toujours le cas. C'est en cela qu'il faut considérer la phase de préparation comme un élément essentiel de nos prises en charge EMDR, ceci est d'autant plus vrai dans les traumatismes complexes puisque nous devons régulièrement refaire une préparation solide, parfois même de manière systématique avant chaque phase 3 pour les patients les plus fragiles.

Dans le cadre de la pandémie, l'organisation du temps, de la famille, des temps scolaires et périscolaires a été bouleversé, ce qui a pu fragiliser les ressources des enfants. Nous connaissons l'importance des routines sur l'organisation psychique des plus petits et, de ce fait, nous comprenons aisément comment les incertitudes quotidiennes sur leur vie de tous les jours ont pu les submerger, eux, et parfois leur famille. Il nous a donc paru important, avant de retraiter les situations anxiogènes ou traumatiques, d'identifier les ressources des jeunes patients, de les développer et de les renforcer. Dans une perspective du processus de traitement adaptatif de l'information, il s'agit d'activer les réseaux de mémoire adaptatifs préexistants mais non mobilisables dans la situation en cours du fait de l'état d'anxiété du patient et de les réactiver. Les réseaux de mémoires adaptatifs ayant été mobilisés, ils seront plus facilement accessi-

bles lors des phases de retraitement facilitant ainsi la résolution de notre cible.

Pour ce faire, nous avons créé un outil ludique très utile pour les phases de préparation en psychothérapie EMDR mais aussi utilisable comme fil rouge pour la prise en charge de nos jeunes patients. Ce dernier s'inscrit dans la veine des fiches de jeux de rôles. L'idée principale est d'appréhender avec le jeune patient ses propres ressources au moyen d'un support de projection et de décentration et à partir de personnages qui permettent de contourner les croyances bloquantes, à savoir les super-héros. Les super-héros ont envahi notre culture pop et sont aujourd'hui devenus omniprésents dans les cours d'écoles, dans les chambres de nos plus jeunes patients, voire dans les salons de leurs parents.

La première étape consiste à lister différentes compétences ou qualités que peuvent avoir ces protagonistes. Nous faisons avec nos patients des appariements entre ces personnages fictifs et leur ressource principale (rapidité, force, intelligence, humour, e.g.). Ce temps est une première opportunité pour identifier les ressources et les réseaux de mémoire adaptatifs de nos patients. En effet, nous soulignons avec notre jeune patient que, d'une part, tel personnage a cette propre compétence, mais qu'il n'y a pas toujours accès, ou n'a pas toujours réussi à la mobiliser, et que, d'autre part, il n'a pas nécessairement une autre compétence, davantage caractéristique d'un autre protagoniste. Cela nous permet d'aborder avec lui les notions de forces et faiblesses, ainsi que celles de variabilités interindividuelles et intra-individuelles. L'idée est de faire émerger chez lui la réflexion nécessaire à l'acceptation de ses propres points forts/faibles sans trop se focaliser sur ceux de son entourage, davantage être dans une démarche d'acceptation de soi. Il est également possible de faire émerger des compétences à partir des cognitions négatives du patient. Plutôt que « je suis un mauvais enfant », qu'aimerais-tu pouvoir te dire ? Cela nous permet d'identifier les cognitions positives et donc les réseaux de mémoire positifs associés et de les activer. Pour faciliter ce travail d'identification, il est possible de se référer à notre ensemble de cartes génériques de super-héros. Sur chacune des cartes, un super-héros est en situation et fait preuve d'une compétence. Ainsi, l'ensemble des cartes fournit un support visuel favorisant l'appréhension de la compétence en question, gestion émotionnelle par exemple (Fig. 1). Cela peut également aider le patient à définir comment il aimerait pouvoir se comporter dans son quotidien.

Dans un second temps, cet outil permet d'accéder aux ressources, les installer, en d'autres termes d'activer les réseaux de mémoire adaptatifs de notre patient et les rendre davantage mobilisables pour les phases de retraitement. En effet, nous demandons à notre patient d'évaluer sur 10 chacune des compétences listées et figurant sur sa carte que l'on va créer avec lui (Fig. 2). Par exemple, le jeune Marius nous dit qu'il est rapide à 5 sur 10. L'idée est d'accéder au fait qu'il n'a pas mis 0, ce qui signifie qu'il a *a minima* quelques situations dans lesquelles il s'est senti un minimum diligent. Notre travail est alors de faciliter les accès à ces expériences positives et autres ressources, et en maximiser les effets positifs. Ensuite, nous pouvons aider le patient à définir les objectifs thérapeutiques en termes de développement de compétences. Nous lui laissons la possibilité de distribuer 10 points d'amélioration à répartir sur l'ensemble des compétences, afin de ne pas accéder à des objectifs fantasmés ou autres schémas idéaux exigeants. Ces scores à atteindre doivent être identifiés de manière concrète et réaliste afin de valider leur vraisemblance, le fait qu'ils soient dans la zone proximale de développement de l'enfant (Fig. 3). Il convient également de savoir si l'objectif énoncé dépend de lui, de manière intrinsèque. Marius peut par exemple être très affirmé dans sa demande, sans pour autant que ses parents y accèdent. Ces objectifs pourront également être travaillés selon un modèle positif pour le futur.



Fig. 1. Carte de la compétence gestion émotionnelle.

Cela permettra au patient de déterminer un pattern comportemental positif et de renforcer le réseau de mémoire adaptatif.

Dans un troisième temps, nous avons la possibilité de mobiliser la cellule familiale, et ce, dans plusieurs buts. Nous pouvons, par exemple, demander aux parents ou à la fratrie de participer à la construction de la carte de notre jeune patient. La mémoire collective peut aider notre patient à se décentrer et apporter, à l'instar d'une anamnèse dynamique, une mutualisation des souvenirs ressources de notre patient. Nous pouvons également travailler les compétences des autres membres de la famille pour aider les parents à remobiliser leurs propres ressources et (re)devenir des « caregivers » plus efficaces, c'est-à-dire redevenir disponibles dans la protection et le soin de leur(s) enfant(s) [6]. Le thérapeute remobilise les ressources des parents qui peuvent alors (re)jouer leur rôle de lieu sûr pour notre jeune patient. Il nous est également possible, pour les familles dans lesquelles les rôles sont devenus confus, avec une perméabilité des identités et fonctions (parent et enseignant, par exemple, ou enfants parentifiés car parents débordés ou dépassés) de travailler sur la carte ressources de l'équipe familiale, à partir des cartes individuelles, en rappelant le principe de non-sommativité selon lequel le tout ne se résume pas à la somme des parties.

En résumé, cet outil nous permet de mobiliser au mieux les ressources de nos patients, dans une approche systémique et dans le modèle du traitement adaptatif de l'information.

2.5. Jean-Pierre Bouchard : En quoi ce genre de supports ou d'objets peut-il accompagner les psychologues dans leur pratique auprès des enfants et de leurs familles ?

Sandie Meillerais et Olivier Sorel : Ce genre de support ou d'objets peut accompagner les psychologues dans leur pratique au même titre que les objets flottants pour les thérapeutes systémiciens [5,14]. Les objets flottants ou médiateurs s'élaborent comme des objets prenant place dans la relation thérapeutique car inscrits dans l'espace intermédiaire entre le thérapeute et le patient. Les auteurs Rey et Caillé définissent les objets flottants comme « des rituels thérapeutiques » [5, p. 14] permettant d'introduire « une pensée, une éthique, une action qui favorisent la créativité des

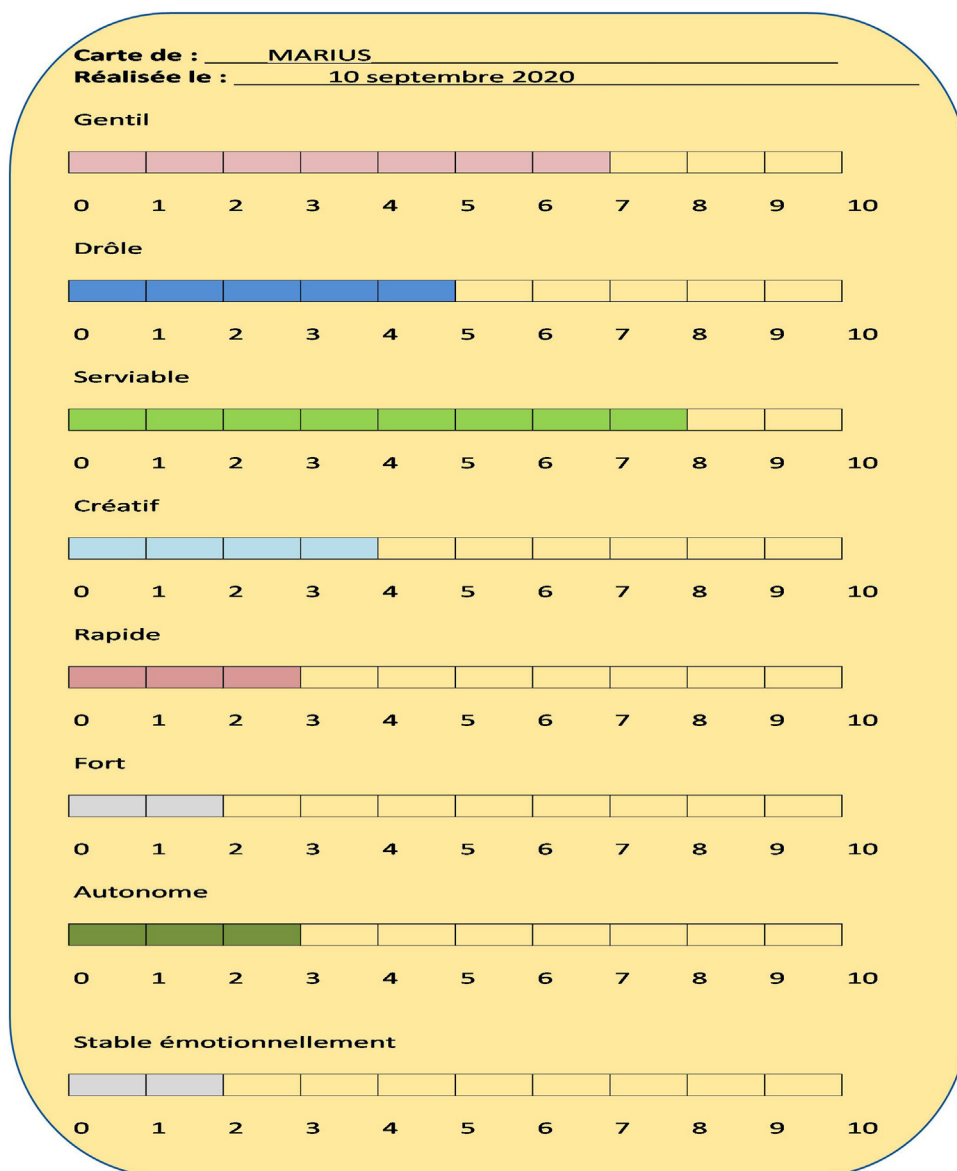


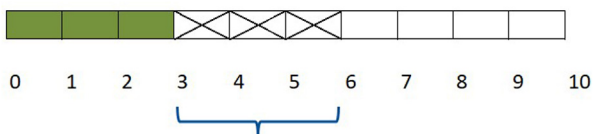
Fig. 2. Carte initiale de début de thérapie.

partenaires de la rencontre dans la relation d'aide, membres de la famille et thérapeute » (*ibid.*). Ces outils présentent des alternatives ou des soutiens aux mots. Un des objectifs de leur utilisation est « de permettre au thérapeute de garder le contrôle du contexte de ses actions thérapeutiques. De la sorte, il pourra aider la famille à reconsidérer son paradigme et à affronter, par exemple, une situation de crise » [5, p. 54].

L'outil thérapeutique des cartes présenté précédemment s'ancre dans la lignée des objets médiateurs, pensés par des thérapeutes pour améliorer leur pratique et l'espace de co-construction des accompagnements. Les cartes, comme d'autres outils médiateurs, peuvent être utiles pour mutualiser les ressources des familles afin qu'elles retrouvent pleinement leurs compétences [4]. Ainsi, les cartes peuvent agir comme le jeu de l'oie systémique, le blason ou le conte, dans les processus d'appartenance et de différenciation des protagonistes familiaux. Elles permettent d'énoncer les valeurs familiales et de favoriser une communication circulaire autour du mythe familial.

Les objets flottants, et tout particulièrement les cartes de super-héros, présentent de nombreux avantages. Dans un premier temps, ils offrent aux participants, en qualité de support de distanciation, un espace de réflexion nouveau et du recul sur le système mis au travail. Ensuite, ils permettent un lieu de rencontre et une nouvelle dynamique du système. Dans une autre perspective, et de manière plus spécifique, les cartes sont un prolongement de la réflexion des participants, un véhicule de la pensée. La production de la carte, et son évolution selon l'avancée dans les objectifs, permettent au jeune patient de se voir progresser au fur et à mesure de son

Autonome



- Marius voudrait réussir à prendre sa douche tout seul.
- Marius voudrait réussir à se brosser les dents tout seul.
- Marius voudrait choisir ses habits tout seul.

Fig. 3. Exemple d'objectif thérapeutique (gagner en autonomie) et de trois indicateurs comportementaux associés.

avancée dans la thérapie. La carte familiale, quant à elle permet de fournir à tous les membres de la famille un support mutualisé d'efforts, un support commun de lecture, et un objet de valorisation du système [4], d'une part, et de chaque membre du dit système, d'autre part.

2.6. *Jean-Pierre Bouchard* : En conclusion, pensez-vous que cette crise sanitaire aura des conséquences temporaires ou plutôt pérennes sur la clinique psychologique, notamment sur celle des enfants et des adolescents ?

*Olivier Sorel et Juliane Tortes Saint-Jammes* : Cette crise sanitaire, tant par son ampleur que sa durée et la sévérité des mesures mises en place, a marqué les populations, fragilisé les personnes, entravé l'accès aux ressources des individus et, parfois chez certains, a créé du trauma. Si les séniors ont été la population la plus à risques par rapport à la COVID-19 selon une lecture physique et médicale, les conséquences psychologiques sur les plus jeunes, enfants et adolescents, ont quant à elles probablement été minimisées ou sous-estimées. Pourtant, cette catégorie a subi de plein fouet cette pandémie, et ce de manière directe et indirecte. De manière directe car leur organisation du quotidien a été bouleversée (école à la maison, absence d'activités périscolaires, e.g.) et indirecte car leur cadre de sécurité a pu être perturbé (parents moins disponibles, décès de grands-parents, e.g.). Cette pandémie s'est également invitée dans nos cabinets (visio, gestes barrières, e.g.) venant par la même occasion fragiliser notre pratique professionnelle, notre alliance et nos objectifs thérapeutiques, ainsi que nos habitudes et nos outils. Dès lors, il nous est apparu nécessaire de faire du lien avec nos patients, notamment les plus jeunes, de les aider à se reconnecter à leur vie d'avant et les ressources qu'ils pouvaient y trouver. L'idée principale est de maintenir l'accès à leurs réseaux de mémoire adaptatifs et de les étoffer par de nouveaux scripts comportementaux, de manière à pouvoir faire comme avant, mais différemment. Cette crise sanitaire n'étant pas encore derrière nous, nous faisons l'hypothèse que l'ensemble de ses conséquences sur la santé mentale n'est pas encore déclaré et que nous devons encore faire preuve de flexibilité et de créativité dans notre pratique de demain, et que la formation et la supervision seront encore plus nécessaires afin de fournir un cadre rigoureux à notre pratique en évolution [15,16]. Il est très probable, selon nous, que les enjeux principaux se joueront dans les cabinets mais aussi dans les familles et qu'il nous faudra encore plus qu'avant aller dans le

sens d'une levée des frontières entre ces deux espaces, et collaborer pour le développement et la mise en œuvre de ressources transférables de l'un vers l'autre.

### Déclaration de liens d'intérêts

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

### Références

- [1] Al Joboory S, Soulan X, Lavandier A, et al. Psychotraumatologie : prendre en charge les traumatismes psychiques. *Ann Med Psychol* 2019;177:717–27.
- [2] Al Joboory S, Álvarez Fernández V, Remingol L, et al. Covid-19, les effets psychopathologiques de la pandémie. *Soins Psychiatrie* 2020;41:12–5.
- [3] Al Joboory S, Monello F, Soulan X, et al. Covid-19 : les dispositifs de soutien psychologique. *Rev Infirm* 2020;69:37–9.
- [4] Ausloos G. La compétence des familles : Temps, chaos, processus. Paris: Érès; 1995.
- [5] Caillé P, Rey Y. Les objets flottants : Méthodes d'entretiens systémiques : le pouvoir créatif des familles et des couples. Paris: Fabert; 2017.
- [6] Di Giorgio E, Di Riso D, Mioni G, et al. The interplay between mothers' and children behavioral and psychological factors during COVID-19: an Italian study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2021;30:1401–12.
- [7] Meillerais S, Joassin F, Hendrick S, et al. Utiliser la crise comme contexte d'apprentissage du métier de psychologue clinicien. *Psychologues Psychologies* 2021;272: 026-030.
- [8] OCDE | Pour une reprise résiliente. Sortir plus forts de la pandémie de COVID-19. (oecd.org).
- [9] <https://fr.unesco.org/covid19/educationresponse>.
- [10] Quillerou B, Bouchard JP. Covid-19: risques de traumatismes psychologiques pour les malades en réanimation et leurs proches. *Soins Psychiatrie* 2020;41:42–4.
- [11] Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing: basic principles, protocols, and procedures, 2nd ed., New York: Guilford Press; 2001.
- [12] Soulan X, Lavandier A, Al Joboory S, et al. Les traumatismes psychologiques de l'enfant. *Rev Infirm* 2019;68:37–9.
- [13] Soulan X, Lavandier A, Al Joboory S, et al. Les traumatismes psychologiques de l'adolescent. *Rev Infirm* 2020;69:34–6.
- [14] Stolnicu A, Meillerais S. Intervenir auprès des enfants et adolescents. In: Denis J, Hendrick S, editors. *Thérapies et interventions brèves: Indications et traitements*, 7. Wavre: Mardaga; 2022. p. 357–92.
- [15] Tarquinio C, Bouchard JP. Psychologues et psychothérapies : innovation dans la recherche académique, la formation et la consultation. *Ann Med Psychol* 2019;177:182–90.
- [16] Tarquinio C, Bouchard JP. Délivrance du titre de psychologue en France: entre nécessité et absence de formation aux psychothérapies. *Ann Med Psychol* 2022;180:466–71.
- [17] Tortes Saint-Jammes J, Sorel O, Zara-Jouillat E, et al. COVID-19 and healthcare professionals: the psychological impact of the pandemic on healthcare professionals and the use of EMDR early interventions. *J EMDR Pract Res* 2022;16:156–68.