



UNIVERSITÉ PICARDIE JULES VERNE
FACULTÉ DE PHARMACIE D'AMIENS

MÉMOIRE DE MASTER 2 :
IMPACT DU CONFINEMENT SUR L'ÉTAT ÉMOTIONNEL D'ENFANTS ET
D'ADOLESCENTS SUIVIS POUR DES DIFFICULTÉS PSYCHOLOGIQUES DANS LA
RÉGION D'AMIENS DANS LE CONTEXTE DE LA PANDÉMIE DE COVID-19

Présenté par : Rebecca Hegedus

RESPONSABLES DE STAGE : **Pr. Jean-Marc GUILÉ, Dr. Xavier BENAROUS**

RESPONSABLE DU LABORATOIRE : **Pr. Fabrice WALLOIS**

LABORATOIRE D'ACCUEIL : Groupe de Recherche sur l'Analyse Multimodale de la Fonction Cérébrale – UPJV

Année universitaire 2019 – 2020

Table des matières

1. INTRODUCTION	3
1.1 Généralités sur la crise de COVID-19	3
1.2 Retentissement psychologique des situations d'épidémie	4
1.3 Retentissement psychologique chez l'enfant et l'adolescent.....	5
1.4 Cas particulier des populations suivies pour des difficultés psychologiques	5
1.5 Objectifs de l'étude	7
2. MÉTHODES	7
2.1 Participants.....	7
2.2 Enquête de CRISIS	9
2.3 Analyse statistique des résultats.....	11
3. RÉSULTATS	12
3.1 Description des participants.....	12
3.2 Facteurs influençant l'état émotionnel négatif	21
4. DISCUSSION	23
4.1 Interprétation des résultats	23
4.2 Forces et limites	25
4.3 Implication	26
5. CONCLUSION	27
6. BIBLIOGRAPHIE	28
7. ANNEXES	30

1. INTRODUCTION

1.1 Généralités sur la crise de COVID-19

La crise liée à l'épidémie du virus SARS-CoV-2 a été soudaine et imprévisible. Les premiers foyers de contagion ont été identifiés au mois de décembre 2019 dans la région de Wuhan en Chine. Les premiers cas confirmés en France sont apparus à la fin du mois de janvier 2020. Rapidement, l'expansion de l'épidémie a conduit différents pays Européens à adopter des mesures de confinement pour limiter la propagation du virus, suivant ainsi l'exemple de la ville de Wuhan. L'Italie a été le premier pays Européen à adopter un confinement complet pour l'ensemble du pays le 9 mars 2020. Le 11 mars, l'OMS a qualifié le SARS-CoV-2 de pandémie (Cucinotta 2020). En France, la fermeture des lieux publics non essentiels a été annoncée le 14 mars 2020, suivi deux jours plus tard de celles des écoles, collèges, lycées et universités. Le confinement de la population a été annoncé le 18 mars 2020. Ce confinement a duré 8 semaines avec un déconfinement progressif à partir du 11 mai 2020.

L'infection par le virus SARS-CoV-2 peut déclencher une pathologie infectieuse multi-systémique, le COVID-19, dont la gravité est liée au pronostic sur le plan pulmonaire. Les symptômes les plus fréquents sont la fièvre, les signes d'infection oro-pharyngée, et les signes de pneumonie. Chez l'enfant, les formes de COVID-19 sont généralement moins graves, bien que des formes sévères aient été décrites (Wu 2020). Dans 10% des cas, les enfants présentent des formes asymptomatiques. Les manifestations pédiatriques de COVID-19 sont globalement comparables à celles de l'adulte, même si certains symptômes, comme les symptômes digestifs, sont plus fréquents chez les enfants.

La crise actuelle liée au COVID-19 est exceptionnelle compte tenu de l'ampleur de la pandémie, de l'importance de la réorganisation du système de santé et des aménagements mis en place dans chaque pays pour limiter sa propagation. Ces changements sont de deux ordres : d'une part, les mesures visant à limiter la propagation du virus SARS-CoV-2 via les mesures barrières (port de masque, lavage des mains, confinement) ; d'autre part la réorientation des activités du système de soin vers les soins urgents, en particulier les pratiques réanimatoires, avec une interruption de toute une série d'activités ambulatoires ou non liées au COVID (Cohen 2020).

1.2 Retentissement psychologique des situations d'épidémie

Il existe un certain recul sur le retentissement psychologique en population générale des situations d'épidémie impliquant des mesures de confinement grâce aux travaux réalisés dans les pays exposés au SRAS (Syndrome Respiratoire Aiguë Sévère), au virus d'Ebola, au virus MERS

(Coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient), ou encore au virus de la grippe A H1N1. Brooks et al. (2020) rapporte une vingtaine d'études sur les effets psychologiques de la quarantaine dans les pays asiatiques ou non-asiatiques. Les auteurs mettent en évidence le risque plus élevé de symptômes de stress aigu, de stress post-traumatique, d'irritabilité, d'insomnies, de manque de concentration, et de dépression. Ces symptômes peuvent parfois persister 4-6 mois après le déconfinement, voir jusqu'à 3 ans pour les symptômes dépressifs et d'abus de substance. Les principaux facteurs de risque sont la durée de la quarantaine, la peur d'être infecté, le vécu de frustration et d'ennui, l'indisponibilité des ressources de base (nourriture, eau, vêtement), les informations inadéquates sur l'épidémie, les difficultés pour respecter les mesures de quarantaine, la perte financière, la stigmatisation ¹, ainsi que le fait d'avoir une maladie chronique ou des antécédents de troubles psychiatriques.

Dans le cas de l'épidémie de COVID-19, les enquêtes réalisées en population générale dans les pays asiatiques retrouvent des résultats comparables (Moreno 2020). L'augmentation des symptômes anxieux, dépressifs et de stress lié au COVID-19 est liée à la fois à des facteurs individuels (comme la peur de tomber malade) et psychosociaux (comme les conséquences économiques). Dans les familles les plus vulnérables, d'autres comportements à risque sont retrouvés comme l'augmentation des consommations d'alcool ou des conduites d'addiction sans substance (jeux), qui pourraient contribuer à la majoration des tensions intra-familiales, voir des situations de violences intra-familiales (Usher 2020).

1.3 Retentissement psychologique chez l'enfant et l'adolescent

Chez les jeunes, les manifestations de détresses ou de difficultés adaptatives peuvent prendre des formes variées selon le niveau de maturité de l'enfant et le contexte. Des manifestations régressives (besoin d'attention plus important, énurésie et trouble du sommeil) sont courantes chez le jeune enfant alors que chez l'adolescent les conduites de repli ou d'hostilité sont plus fréquemment rapportées. Dans le cas du COVID-19, les enquêtes réalisées en population générale retrouvent des symptômes du registre anxio-dépressifs (Loades 2020), d'inattention et irritabilité (Jiao 2020), de sentiment d'ennui et de solitude (Kilinçel 2020).

Compte tenu de leur dépendance à l'environnement, le niveau d'adaptation des enfants et adolescents à la situation d'épidémie est largement tributaire des ressources et du niveau d'adaptation de la famille. Certains facteurs de risques de survenue de difficultés psychologiques sont

¹ Les personnes contaminées peuvent ressentir un changement de comportements de l'entourage, voisins, collègues

particulièrement importants chez les jeunes : comme le niveau d'exposition à des informations sur l'épidémie (Kilinçel 2020), une situation familiale avec des difficultés financières, l'existence de trouble psychiatrique (Golberstein 2020). Avoir un parent malade du COVID-19 constitue une situation particulière puisque les mesures de quarantaine ne permettent pas le plus souvent des visites dans les établissements de soins.

L'interruption de la scolarité liée au confinement a obligé les familles à s'adapter en aidant leur enfant à maintenir un lien avec la scolarité avec des outils numériques quand cela était possible (cours et devoirs en ligne). Chez les enfants d'âge scolaire, des effets positifs sont aussi possibles du fait de la réduction de la pression sociale et de l'exposition à des facteurs de stress chroniques, comme le harcèlement. A l'adolescence, l'incertitude par rapport aux examens et la séparation des liens sociaux peut être vécu plus difficilement. Enfin, l'annulation de projets liés à l'orientation scolaire peut être particulièrement difficile chez les jeunes adultes.

1.4 Cas particulier des populations suivies pour des difficultés psychologiques

Les enfants et adolescents suivis pour des difficultés psychologiques, des troubles psychiatriques ou neurodéveloppementaux constituent une population particulièrement vulnérable dans ce contexte d'épidémie.

L'enquête *Young Minds* réalisée en 2020 en Angleterre chez 2.111 jeunes bénéficiant d'un suivi psychologique dans l'une des structures publiques permet d'avoir une estimation du vécu de la situation de crise liée au COVID-19. Près de 83% disent que la pandémie a empiré leur état (41% disant que leur état est bien pire, comparé à 32% dans la version précédente). Près de 87% disent se sentir seul ou isolé durant la période de confinement, bien que 71% ont pu garder contact avec leurs amis. Près de 31% disent qu'ils ne pouvaient plus accéder à des soins psychologiques alors qu'ils en avaient besoin. Par ailleurs, 11% disent que leur état s'est amélioré durant la crise (plus par rapport au 6% dans les versions précédentes).

Dans une revue récente de la littérature, Cohen (2020) identifie quatre groupes de patients particulièrement vulnérables dans ce contexte d'épidémie et de confinement : les jeunes avec un handicap intellectuel et/ou un trouble autistique, ceux avec un trouble déficit de l'attention, les familles ayant des conditions de vie précaire et les situations de périnatalité. Chez les jeunes avec des troubles du neurodéveloppement, l'interruption des prises en charges habituelles (suivi orthophonique, groupe de parole) et les changements dans les routines habituelles constituent des

facteurs de stress à même de susciter des comportements déviants/problématiques (Narzisi 2020). La fermeture des écoles a augmenté les inégalités de ressources disponibles chez ces enfants avec besoin d'éducation spéciale compte tenu des difficultés pour proposer des supports éducatifs adaptés en ligne (Constantino 2020).²

Enfin, il faut noter que plusieurs services de soins psychiatriques accueillant habituellement des jeunes avec des difficultés psychologiques ou des troubles neurodéveloppementaux se sont organisés pour proposer malgré tout une permanence de soin. Des téléconsultations par téléphone ou visioconférence se sont développées pour maintenir un lien avec les patients et les familles les plus vulnérables. Plusieurs équipes de pédopsychiatrie ont proposé des ressources pour les familles de parents à besoin spécifique accessibles en ligne, par exemple pour les jeunes souffrant de trouble déficit de l'attention (Cortese 2020)³ ou avec des troubles autistiques (Narzisi 2020). Des lignes de téléphone dédiées se sont ouvertes (ligne psy du 15, ligne pour le COVID) pour accompagner les familles les plus en détresses, qui dans ce contexte bénéficiaient moins des aides sociales de proximités des mairies ou de l'Aide Sociale à l'Enfance.

1.5 Objectifs de l'étude

Le questionnaire *CoRonavIruS health Impact Survey* (CRISIS) a été développé par le *National Institute of Mental Health* en collaboration avec *the Child Mind Institute* afin d'étudier l'impact de la crise du coronavirus sur l'état psychologique de la population. Le questionnaire est prévu pour permettre des évaluations répétées à 3 mois et 6 mois. Une version simplifiée a été proposée par le Collège Européen de Neuropsychopharmacologie de l'Enfant et de l'Adolescent afin de disposer d'outils de recherche communs facilitant les comparaisons entre pays.

L'objectif de ce travail est d'évaluer la perception de l'épidémie de COVID-19 par des jeunes pris en charge pour des difficultés psychologiques sur des structures de soins de la région d'Amiens dans le contexte de l'épidémie et de confinement. Cette étude a été développée à l'initiative de l'association PSYLEAS qui vise à promouvoir la santé mentale chez les enfants et adolescents de la région d'Amiens. Le développement de cette recherche s'est fait en collaboration avec l'équipe du

² On peut citer l'initiative du service de pédopsychiatrie de la Pitié-Salpêtrière qui permet d'accéder à des conseils de prises en charges de psychomotricité en ligne.

³ Ces guides proposent des conseils de guidance sur comment accompagner les enfants pendant la crise, comment leur parler de la situation, comment reconnaître des signes de détresse. En France le site du service de pédopsychiatrie de Robert Debré

service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de l'hôpital Pitié-Salpêtrière et du Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier.

L'évaluation de la perception de l'épidémie chez des jeunes de la région d'Amiens est intéressante car il s'agit d'un des premiers territoires touchés par le virus en France, et sa démographie est différente de la région parisienne (plus majoritairement rurale ou périurbaine). Le premier objectif de ce travail est de décrire la perception des jeunes ayant vécu l'épidémie de COVID-19. Le second objectif est de déterminer les facteurs associés à un état émotionnel négatif dans cette population.

2. MÉTHODES

2.1 *Participants*

L'enquête s'adressait aux jeunes, entre 7 et 21 ans, actuellement ou récemment (dans le mois qui précède le confinement), pris en charge dans une des structures de soin psychologique pour enfants et adolescents de la région d'Amiens, à savoir l'Unité de Médecine de l'Adolescent, le Centre Ressource Autisme, la Maison des Adolescents d'Amiens, le Centre Médico-Psychologique pour enfants et adolescents d'Amiens-Sud, ou encore des enfants de patients pris en charge dans le service de psychiatrie de liaison adulte. Pour participer, les jeunes devaient avoir un niveau de français suffisant pour répondre à l'enquête. L'accord des parents pour participer à cette enquête a été systématiquement recherché oralement.

Unité Médecine de l'Adolescent (UMA) : L'UMA est un service hospitalier de 12 lits à temps complet sur le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) d'Amiens-Sud dont l'organisation dépend du service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent et du service de pédiatrie. Ce service accueille principalement des adolescents suite à des conduites auto-agressives et autres conduites à risques (surtout tentative de suicide) ainsi que des troubles psychosomatiques (trouble du comportement alimentaire).

Centre Ressource Autisme (CRA) d'Amiens : Cette structure médico-sociale dépend du service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent du CHU d'Amiens-Sud qui accompagne les enfants, adolescents et adultes présentant un trouble du spectre autistique. Ses principales missions sont l'accueil et l'information, le diagnostic, la documentation, la formation, la recherche, le conseil et l'aide à l'orientation.

Maison Des Adolescents (MDA) d'Amiens : Cette structure multidisciplinaire s'adresse à des

adolescents tout venants pouvant proposer des informations et un soutien dans le domaine de la santé, de l'éducation, social voir juridique.

Centre Médico-Psychologique pour enfant et adolescents Amiens-Sud : Cette structure regroupe des psychiatres, psychologues et autres professionnels de santé proposant des soins ambulatoires pour des enfants et adolescents ayant des difficultés psychologiques variés.

Service de psychiatrie de liaison adulte du CHU Amiens-Picardie : Cette équipe propose l'évaluation, la prise en charge immédiate et l'orientation de patients adultes présentant des troubles psychiatriques variés, actuellement hospitalisés dans des unités de soins somatiques du CHU d'Amiens.

Le recrutement s'est fait sur sept semaines (date de mis en ligne le 15/05/2020). Les participants ont été contactés de deux façons : soit lors de contact direct avec un professionnel de santé (jeunes hospitalisés ou venant en consultation), soit sous forme de contact par téléphone avec les parents.

- Par téléphone : Les familles ayant eu recours aux soins dans le mois qui précède le confinement ou durant le confinement (téléconsultation) ont été contactées par téléphone. Au cours de cet appel l'étude a été présentée et l'autorisation était demandée aux familles de leur adresser un courriel avec le lien vers le questionnaire.
- Par contact direct : Des cartes de visite avec le lien du site ont été distribuées aux parents des patients venus en consultation ou lors de visites de patients hospitalisés.

Cette recherche est une initiative de l'association PSYLEAS. Les enquêtes étaient anonymes et aucun recueil d'informations cliniques n'était réalisé. Elle est considérée comme une étude évaluant la qualité des soins et la satisfaction des usagers au cours de la période lié au confinement. L'étude est considérée comme hors loi-Jardé. Le questionnaire utilisé a été mise en ligne sur le serveur sécurisé de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris où il a fait l'objet d'un avis favorable par un le Comité d'Ethique de la Recherche de Sorbonne Université (séance du 15/07/2020, CER-2020-29).

2.2 Enquête de CRISIS

Étape de traduction

Les traductions des deux versions du questionnaire (pour les parents pour les participants de moins de 13 ans et pour les jeunes âgés d'au moins 13 ans) des questionnaires ont été faites en collaboration avec le service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de l'hôpital Pitié-Salpêtrière, à Paris. Une traduction française a été réalisée simultanément par l'équipe de Paris (Pr Claudine

Laurent, Pr Douglas Levinson) et d'Amiens (Dr Xavier Benarous, Mme Rebecca Hegedus). Les deux traductions ont ensuite été mises en commun. Les différences ont été discutées et certaines adaptations ont été faites au contexte français, par exemple regardant le système de santé ou scolaire (**Tableau 1**). Une rétrotraduction anglaise a été réalisée par un autre membre de l'équipe de Paris, et les différences ont ensuite été discutées. Cette traduction a ensuite été adressé à l'équipe du NIH à l'origine du questionnaire. Cette version française a été utilisés pour une adaptation par une équipe de recherche francophone au Canada.

Composition du questionnaire

La version nord-américaine du questionnaire était composée de 83 questions réparties en cinq sections : (1) contexte familial et social, (2) état d'exposition au COVID, (3) changements de vie en raison du COVID, (4) comportements quotidiens et (5) soutien actuel ou interrompu. La version développée et utilisée dans l'étude est composée de 98 questions (Tableau 1). Certaines questions ont été supprimées (par exemple celles sur la consommation d'opiacés, d'héroïnes et narcotiques) et d'autres ajoutées (par exemple, des questions sur la perception des téléconsultations).

Tableau 1. Présentation des questions de l'enquête CRISIS

Volet 1 Contexte familial et social	Genre Âge Adressé par quelle structure Scolarité Situations professionnelles des parents* Informations du domicile État de santé/problème de santé
Volet 2 Etat d'exposition au COVID	Potentiel exposition Symptômes Situations du foyer par rapport au risque d'exposition Inquiétudes par rapport au risque d'infection Fréquence de prises d'informations sur le COVID Changements positifs dû au COVID
Volet 3 Changement de vie en raison du COVID	Utilisation service de garde ou cours en ligne Contact à l'extérieur Rapport aux restrictions/mesures de distanciation sociale Évolution des relations familiales/amicales/ sociales <i>(État des finances/fournitures essentiels)</i>
Volet 4 Comportements quotidiens	
Sommeil	Heure moyenne du couché en semaine et en week-end † Nombre d'heures dormi par nuit en semaine et en week-end †
Pratique d'exercice et sorties extérieures	Pratique d'exercice † Temps passé à l'extérieur †
Émotions/soucis/inquiétudes	Inquiétudes générales † Niveau de tristesse † Niveau d'anxiété † Niveau d'agitation † Niveau de fatigue †

	Niveau de concentration † Niveau d'irritabilité † Niveau de sentiment de solitude † Niveau de pensées négatives †
Utilisation des médias	Temps passé devant la télévision/médias numériques † Temps passé devant les réseaux sociaux † Temps passé devant les jeux vidéo †
Consommation des substances	Alcool † Cigarette/tabac/cigarette électronique † Marijuana/cannabis † Somnifères ou sédatifs/hypnotiques † <i>(Opiacés, héroïnes, narcotiques, autres drogues)</i>
Volet 5 Soutiens actuels ou interrompus	Type de soutien avant et pendant la crise Ressenti des téléconsultations*

Note :

† Items dédoublées portant soit sur les 3 mois précédant la crise soit sur les deux dernières semaines avant la passation

* items ajoutés dans la version française. Les questions mises entre parenthèse et en italique ont été supprimées dans la version française.

Mise en ligne du questionnaire

Le questionnaire CRISIS ainsi que des questions spécifiques pour Amiens ont été mis en ligne sur un site dédié (<http://speapsl.aphp.fr/crisis/familles-amiens/>). La page de garde du site informe que l'enquête est parfaitement anonyme et qu'il nécessite 20-30 min pour la compléter. Deux versions du questionnaire existent selon l'âge du participant concerné : 1) si le jeune est âgé de moins de 13 ans, c'est à l'un des parents ou tuteur légal de le compléter, 2) si le jeune est âgé d'au moins 13 ans, c'est à lui d'y répondre directement. Les questionnaires ont été complétés du 25 mai 2020 au 15 juillet 2020. L'extraction des données a été réalisée par le statisticien du service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de l'hôpital Pitié-Salpêtrière.

2.3 Analyse statistique des résultats

Les réponses aux différentes questions sont présentées sous forme de valeur absolue et de pourcentage pour chaque réponse possible. Les pourcentages sont présentés en tenant compte des données manquantes pour chaque réponse, ce qui explique que la somme des réponses n'ait pas égale à 100. Les moyennes sont présentées avec leur écart-types.

Une variable composite « état émotionnel négatif » a été créée en utilisant les questions relatives au niveau d'inquiétude, de tristesse, de perte de plaisir, d'anxiété, d'agitation, de fatigue, de concentration, d'irritabilité, de solitude et de pensées négatives. Ces questions concernent la fréquence à laquelle le jeune a ressenti ces émotions. Les réponses sont cotées selon une échelle Likert allant de 1- *pas du tout* à 5- *extrêmement*. Les scores des questions liées à la tristesse et à la perte de plaisir qui correspondent initialement à des formulations sous forme d'émotions positives ont été

inversé. Nous utilisons les variables qui font références à l'état émotionnel dans les deux dernières semaines. Le coefficient de Cronbach de la variable était $\alpha=0.860$ ce qui montre une bonne consistance interne.

Nous nous sommes intéressés aux variables influençant le score d'émotions négatives chez les participants. L'effet de chaque variable a été testé successivement. Compte tenu de la distribution normale du score total d'émotions négatives, test de Shapiro-Wilk $z=0.632$, $p=.636$, des tests paramétriques ont été utilisés : pour les variables qualitatives à deux groupes le test de Student, pour les variables qualitatives à plus de groupes l'ANOVA, pour les variable quantitative le test de corrélation de Pearson. Pour pouvoir comparer la force des associations, les variables statistiquement associés au score d'émotions négatifs ont été évalués dans un modèle de régression linéaire en utilisant comme variable dépendante le score d'émotions négatifs. Un modèle multivarié a été créé en choisissant les variables à inclure dans le modèle final selon leur signification clinique, leur significativité et la force de l'association. Les variables des mêmes catégories ont été examinées deux à deux pour rechercher une multicollinéarité afin de réduire le nombre de variables et avoir le modèle le plus parcimonieux possible. Les analyses ont été réalisés avec le logiciel STATA 12. Aucune correction statistique pour des tests multiples n'a été appliqué compte tenu de la dimension exploratoire de cette étude, le risque d'erreur de seconde espèce était dans ce contexte plus élevé que celui de première espèce.

3. RÉSULTATS

3.1 Description des participants

Au final, 115 questionnaires ont été remplis : 38 par des parents et 77 par des jeunes. Seul 58% des questionnaires ont été complétés entièrement. Parmi les 67 questionnaires analysés, 45 ont été remplis par le jeune, 21 par la mère et 1 par la grand-mère.

Volet 1 Contexte familial et social

L'âge moyen des participants était de $14,61\pm 0,77$ ans, avec 49% de filles (**Tableau 2a**). La majorité des réponders étaient originaires de la Somme (67%) avec un domicile majoritairement situé dans des petites villes (33%), des villes de taille moyenne (24%) ou des zone rurale (22%). La

plupart des jeunes vivaient avec leur deux parents (58%) et dans près de la moitié des cas avaient des frères et sœurs. Le nombre moyen de pièce du logement était de $7,3 \pm 0,4$ pour un nombre d'occupant moyen de $3,3 \pm 0,2$. Dans notre échantillon, 94% des jeunes étaient scolarisés, aucun ne bénéficiait de cours en soins étude ou par correspondance.

La plupart des participants étaient suivis sur l'Unité de Médecine de l'Adolescent (63%), suivi de la Maison des Adolescents (13%), du Centre Médico Psychologique (10%), puis du Centre Ressource Autisme (4%), enfin du service de psychiatrie de liaison adulte (1%). Près de 30% de ces jeunes percevaient leur état de santé physique comme moyen ou mauvais, et 55% leur état de santé psychique et émotionnelle comme moyen ou mauvais (**Tableau 2b**). Parmi les problèmes de santé rapportés le plus fréquent était les problèmes de santé émotionnelle ou mentale (49%), suivi d'allergies saisonnières (21%) et d'asthme ou autres problèmes pulmonaires (16%)

Tableau 2a. Volet 1 : Caractéristiques socio-démographiques des participants

Variables		% (n)	Moyenne \pm ES
Age (en années)			14,61 \pm 0,77
Genre	Féminin	49% (n=33)	
	Masculin	46 % (n =31)	
	Autres	4% (n=3)	
Répondeurs	Parents	31% (n=21)	
	Adolescents	67% (n=45)	
Origine géographique	Somme	67% (n=45)	
	Aisne	10% (n=7)	
	Oise	13% (n=9)	
	Autres	16% (n=11)	
Domicile	Grande ville	21% (n=14)	
	Banlieue d'une grande ville	0% (n=0)	
	Ville de taille moyenne	24% (n=16)	
	Petite ville	33% (n=22)	
	Zone rurale	22% (n=15)	
Nombre de personnes dans le foyer			3,31 \pm 0,225
Nombre de pièces			7,31 \pm 0,38
Personnes habitant au domicile	Un seul parent	33% (n=22)	
	Les deux parents	58% (n=39)	
	Les grands-parents	6% (n=4)	
	Fratrie	51% (n=34)	
	Autres enfants dont demi-frères	24% (n=16)	
	Beaux-parents	7% (n=5)	
	Autre sans lien de parenté	1% (n=1)	
Statut professionnel mère	Employé à temps partiel ou plein	54% (n=36)	
	Ne travaille pas/reste au foyer	15% (n=10)	

	Travailleur non salarié	10% (n=7)
	Sans emploi à la recherche d'emploi	9% (n=6)
	Chômage partiel	6% (n=4)
	En congés	4% (n=3)
	Retraité	1% (n=1)
	Handicapé et bénéficiaire d'une allocation	0
	Étudiant	0
Statut professionnel père	Employé à temps partiel ou plein	63% (n=42)
	Travailleur non salarié	13% (n=9)
	Sans emploi à la recherche d'emploi	6% (n=4)
	Retraité	6% (n=4)
	En congés	4% (n=3)
	Handicapé et bénéficiaire d'une allocation	4% (n=3)
	Chômage partiel	1% (n=1)
	Ne travaille pas/reste au foyer	0
Scolarité	Étudiant	0
	Non scolarisé	6% (n=4)
	École primaire	18% (n=12)
	Collège	40% (n=27)
	Lycée	33% (n=22)
	Études supérieures	2% (n=2)
	Par correspondance	0
	Soin – étude	0

Tableau 2b. Volet 1 : Santé physique et psychique des participants

Variables	% (n)	
Lieu de soin	Unité de Médecine de l'Adolescent	63% (n=42)
	Maison des Adolescents	13% (n=9)
	Centre Médico Psychologique	10% (n=6)
	Centre de Ressource Autisme	4% (n=3)
	Service de psychiatrie de liaison adulte	1% (n=1)
Perception de l'état de santé physique	Excellent	13% (n=9)
	Très bon	27% (n=18)
	Bon	30% (n=20)
	Moyen	27% (n=18)
	Mauvais	3% (n=2)
Perception de l'état de santé mentale ou émotionnelle	Excellent	3% (n=2)
	Très bon	12% (n=8)
	Bon	30% (n=20)
	Moyen	39% (n=26)
	Mauvais	16% (n=11)
Problème de santé	Aucun	34% (n=23)
	Problèmes de santé émotionnelle ou mentale	49% (n=33)
	Allergies saisonnières	21% (n=14)
	Asthme ou autres problèmes pulmonaires	16% (n=11)
	Maux de tête fréquents ou très graves	7% (n=5)
	Problèmes cardiaques	6% (n=4)
	Acné grave ou problèmes de peau	6% (n=4)
	Trouble immunitaire	4% (n=3)
	Graves problèmes d'estomac ou d'intestin	1% (n=1)
	Problèmes d'alcool ou de drogues	1% (n=1)
	Cancer	1% (n=1)
	Problèmes rénaux	1% (n=1)
	Diabète ou hyperglycémie	0
	Arthrite	0
Épilepsie ou convulsions	0	

Volet 2 Etat d'exposition au COVID

Près de 15% des participants rapportent avoir été en contact avec des personnes à risque d'infection par le COVID (**Tableau 3**). Un membre de la famille du participant aurait été diagnostiqué par le COVID dans 18% des cas, mais cela concernerait une personne vivant au domicile uniquement dans 2% des cas. Aucun participant n'a été diagnostiqué positif au COVID, et seul 2% rapportent des symptômes possibles.

Les événements de vie négatifs les plus souvent rapportés sont par ordre de fréquence : le fait de gagner moins d'argent (22%), qu'un des membres de la famille tombe malade (16%), d'être mis en quarantaine (9%), et enfin d'être hospitalisé (3%). Aucun participant ne rapporte de décès ou de perte d'emploi. Il existe une peur élevée ou très élevée qu'un proche soit infecté chez 24% des participants, alors que seul 7% rapportent une peur élevée ou très élevée d'être eux-mêmes infectés. Les jeunes sont près de 16% à avoir peur que leur santé mentale soit influencée par le virus, mais uniquement 4% s'inquiètent de l'influence du virus sur leur santé physique. Enfin 63% des participants rapportent des changements positifs dus à l'épidémie de COVID, avec beaucoup de changements positifs dans 10% des cas.

Tableau 3. Etat d'exposition au COVID-19 des participants

Variables	% (n)	
Exposition à des personnes à risque	Pas été exposé	82% (n=55)
	A été exposé	15% (n=10)
	[À quelqu'un avec un test positif	7% (n=5)
	[À quelqu'un avec un diagnostic médical mais pas de test	1% (n=1)
	[À quelqu'un avec des symptômes possibles	6% (n=4)
Diagnostic de COVID (personnel)	Aucun symptôme	63% (n=42)
	Oui symptômes possibles	2% (n=1)
	Oui diagnostic médical mais pas de test	0
	Oui test positif	0
Diagnostic de COVID (membre de la famille)	Avoir un membre de la famille diagnostiqué	18% (n=12)
	Dans de le foyer	2% (n=1)
	A l'extérieure du foyer	16% (n=11)
Situation vécue par un membre de la famille	Aucun des événements ci-dessus	58% (n=39)
	A gagné moins d'argent	22% (n=15)
	Tombé malade physiquement	16% (n=11)
	Mise en quarantaine	9% (n=6)
	Hospitalisé	3% (n=2)
	Perte d'emploi	0
	Décès	0
Peur d'être infecté	Pas du tout	48% (n=32)
	Légèrement	34% (n=23)
	Modérément	7% (n=5)
	Très	6% (n=4)
	Extrêmement	1% (n=1)
Peur qu'un ami ou un membre de la famille soit infecté	Pas du tout	24% (n=16)
	Légèrement	39% (n=26)
	Modérément	10% (n=7)

	Très	15% (n=10)
	Extrêmement	9% (n=6)
Peur que sa santé physique soit influencée par le COVID	Pas du tout	55% (n=37)
	Légèrement	33% (n=22)
	Modérément	4% (n=3)
	Très	4% (n=3)
Peur que sa santé mentale soit influencée par le COVID	Extrêmement	0
	Pas du tout	45% (n=30)
	Légèrement	27% (n=18)
	Modérément	9% (n=6)
	Très	13% (n=9)
Apparition de changements positifs dues au COVID	Extrêmement	3% (n=2)
	Aucun	37% (n=25)
	Seulement quelques-uns	33% (n=22)
	Certains	16% (n=11)
	Beaucoup	10% (n=7)

Volet 3 Changement de vie en raison du COVID

Dans le domaine de la scolarité, 85% des jeunes suivaient des cours en ligne quand cela était possible (dans 81% des cas). Près de 78% disposaient d'un accès facile à un ordinateur et internet. Seul 17% des jeunes trouvaient les mesures de restriction de sorties stressantes (alors que 43% ne sortaient pas de la semaine) et seul 6% avaient des difficultés significatives à suivre les recommandations de distanciation sociale. Près de 30% des jeunes notaient des changements dans les relations avec la famille (plus mauvais dans 19% des cas), ces changements étaient perçus comme stressants dans 14% des cas. Des changements dans les relations avec les amis concernaient 25% des jeunes, et étaient considérés comme stressants dans 11% des cas. L'annulation d'événements importants était considérée comme stressante pour 38% de l'échantillon (**Tableau 4**).

Tableau 4. Volet 3 Changement de vie en raison du COVID chez les participants

Variables	% (n)	
Scolarité 1 : Possibilité de cours en ligne par l'établissement	81% (n=54)	
Scolarité 2 : Suit des cours en ligne	69% (n=46)	
Scolarité 3 : Accès facile à internet et à un ordinateur	78% (n=52)	
Scolarité 4 : A des devoirs à faire	79% (n=53)	
Temps passé à l'extérieur	Aucun	43% (n=29)
	1-2 jours par semaine	21% (n=14)
	Quelques jours par semaine	7% (n=5)
	Plusieurs jours par semaine	9% (n=6)
	Tous les jours	10% (n=7)
Fréquence lire ou parler du COVID	Jamais	10% (n=7)
	Rarement	30% (n=20)
	Parfois	28% (n=19)
	Souvent	24% (n=16)
	La plupart du temps	4% (n=3)
Les restrictions concernant les sorties ont été stressantes	Pas du tout	27% (n=18)
	Légèrement	34% (n=23)
	Modérément	12% (n=8)
	Très	13% (n=9)
	Énormément	4% (n=3)
	Beaucoup moins de contact	39% (n=26)

Contact avec les personnes extérieures du domicile ont changé	Un peu moins	15% (n=10)
	A peu près les mêmes	21% (n=14)
	Un peu plus	9% (n=6)
	Beaucoup plus	7% (n=5)
Difficultés à suivre les recommandations de distanciation sociale	Aucune	40% (n=27)
	Un peu	30% (n=20)
	Modérées	15% (n=10)
	Beaucoup	6% (n=4)
	Très importante	0
Qualité des relations entre le jeune et sa famille a changé	Bien pire	3% (n=2)
	Un peu plus mauvaise	16% (n=11)
	A peu près la même	60% (n=40)
	Un peu meilleure	7% (n=5)
	Bien meilleure	4% (n=3)
Changements dans les contacts familiaux ont été stressants	Pas du tout	34% (n=23)
	Un peu	30% (n=20)
	Modérément	12% (n=8)
	Beaucoup	13% (n=9)
	Énormément	1% (n=1)
Qualité des relations avec ses amis	Bien pire	6% (n=4)
	Un peu plus mauvaise	9% (n=6)
	A peu près la même	66% (n=44)
	Un peu meilleure	10% (n=7)
	Bien meilleure	0
Changements dans les relations avec les amis ont été stressants	Pas du tout	3% (n=2)
	Un peu	16% (n=11)
	Modérément	60% (n=40)
	Beaucoup	7% (n=5)
	Énormément	4% (n=3)
Annulation d'événements importants a été difficile à vivre	Pas du tout	21% (n=14)
	Un peu	34% (n=23)
	Modérément	7% (n=5)
	Beaucoup	19% (n=13)
	Énormément	9% (n=6)
Optimiste à l'idée que la crise prenne bientôt fin	Pas du tout	15% (n=10)
	Un peu	31% (n=21)
	Modérément	21% (n=14)
	Beaucoup	16% (n=11)
	Énormément	7% (n=5)

Volet 4 Comportements quotidiens

Près de 16% des participants se couchaient après minuit en semaine et 22% le week-end. Une majorité de jeunes pratiquait un exercice physique, de façon quotidienne chez 18% d'entre eux. Près de 30% sortaient de façon quotidienne dehors. La majorité des jeunes regardait la télévision entre 1 à 3h par jour en moyenne et 15% entre 4 et 6h. De façon comparable, la majorité des jeunes rapportait utiliser les réseaux sociaux entre 1 et 3h. Concernant les jeux vidéo 37% ne jouaient pas, 22% des jeunes jouaient moins d'une heure, seul 4% d'entre eux jouaient plus de six heures (**Tableau 5a**).

Les participants rapportent des scores élevés ou très élevés de perte de plaisir (56%), d'anxiété (48%), de tristesse (46%), de difficultés d'attention (43%), d'irritabilité (43%), de pensées négatives

(33%), de solitude (31%), de fatigue (24%), d'agitation (24%) et d'inquiétudes (20%) (**Tableau 5b**). La moyenne totale du score d'état émotionnel négatif récent est de 28.57 (SD= 8.47, min=14, max=49, médiane = 27.5).

Tableau 5a. Comportements quotidiens chez les participants (sommeil, média, consommation)

Variables		% (n)	
		3 mois avant	2 dernières semaines
Heure du couché en semaine	Avant 20h	0	0
	20h à 22h	40% (n=27)	26% (n=18)
	22h-minuit	34% (n=23)	37% (n=25)
	Après minuit	16% (n=11)	16% (n=11)
Heure du couché le week-end	Avant 20h	0	0
	20h à 22h	24% (n=16)	21% (n=14)
	22h-minuit	45% (n=30)	37% (n=25)
	Après minuit	22% (n=15)	22% (n=15)
Nombres d'heures dormis par nuit en semaine	<6 heures	15% (n=10)	9% (n=6)
	6 – 8 heures	33% (n=22)	22% (n=15)
	8 – 10 heures	43% (n=29)	46% (n=31)
	> 10 heures	0	3% (n=2)
Nombres d'heures dormis par nuit en week-end	<6 heures	9% (n=6)	10% (n=7)
	6 – 8 heures	18% (n=12)	16% (n=11)
	8 – 10 heures	55% (n=37)	42% (n=28)
	> 10 heures	9% (n=6)	12% (n=8)
Pratique d'exercice par semaine	Aucun	27% (n=18)	21% (n=14)
	1-2 jours	28% (n=19)	21% (n=14)
	3-4 jours	16% (n=11)	10% (n=7)
	5-6 jours	6% (n=4)	4% (n=3)
	Quotidiennement	13% (n=9)	18% (n=12)
Temps passé à l'extérieur par semaine	Aucun	4% (n=3)	7% (n=5)
	1-2 jours	25% (n=17)	22% (n=15)
	3-4 jours	13% (n=9)	9% (n=6)
	5-6 jours	13% (n=9)	10% (n=7)
	Quotidiennement	34% (n=23)	30% (n=20)
Temps passé par jour à regarder la télévision ou média numériques	Pas de télévision	1% (n=1)	4% (n=3)
	Moins d'une heure	21% (n=14)	10% (n=7)
	1 à 3 heures	34% (n=23)	28% (n=19)
	4 – 6 heures	15% (n=10)	24% (n=16)
	Plus de 6 heures	4% (n=3)	12% (n=8)
Temps passé par jour à utiliser les réseaux sociaux	Pas de réseaux sociaux	21% (n=14)	28% (n=19)
	Moins d'une heure	22% (n=15)	9% (n=6)
	1 à 3 heures	28% (n=19)	24% (n=16)
	4 – 6 heures	4% (n=3)	10% (n=7)
	Plus de 6 heures	4% (n=3)	7% (n=5)
Temps passé par jour à jouer à des jeux vidéo	Pas de télévision	37% (n=25)	36% (n=24)
	Moins d'une heure	22% (n=15)	19% (n=13)
	1 à 3 heures	7% (n=5)	9% (n=6)
	4 – 6 heures	3% (n=2)	7% (n=5)
	Plus de 6 heures	10% (n=7)	7% (n=5)
Consommation d'alcool	Pas du tout	73% (n=49)	73% (n=49)
	Rarement	3% (n=2)	1% (n=1)
	Plusieurs fois par mois	3% (n=2)	1% (n=1)
	Une fois par semaine	1% (n=1)	3% (n=2)
Consommation de cigarette électronique	Pas du tout	73% (n=49)	75% (n=50)
	Rarement	6% (n=4)	3% (n=2)
	Plusieurs fois par semaine	1% (n=1)	1% (n=1)

Consommation de cigarette ou tabac	Peu ou pas du tout	78% (n=52)	76% (n=51)
	Plus d'une fois par jour	3% (n=2)	3% (n=2)
Consommation de marijuana/cannabis	Pas du tout	75% (n=50)	76% (n=51)
	Rarement	1% (n=1)	0
	Une fois par mois	1% (n=1)	0
	Plusieurs fois par mois	1% (n=1)	1% (n=1)
	Plusieurs fois par semaine	1% (n=1)	1% (n=1)
Consommation de somnifères ou sédatifs/hypnotiques	Pas du tout	66% (n=44)	67% (n=45)
	Rarement	4% (n=3)	3% (n=2)
	Une fois par mois	3% (n=2)	1% (n=1)
	Plusieurs fois par semaine	1% (n=1)	0
	Une fois par jour	6% (n=4)	7% (n=5)

Tableau 5b. Comportements quotidiens chez les participants (émotions)

Variables		% (n)	
		3 mois avant	2 dernières semaines
Niveau d'inquiétude	Pas du tout inquiet	19% (n=13)	19% (n=13)
	Légèrement inquiet	28% (n=19)	31% (n=21)
	Modérément inquiet	16% (n=11)	13% (n=9)
	Très inquiet	21% (n=14)	15% (n=10)
	Extrêmement inquiet	1% (n=1)	1% (n=1)
Niveau de tristesse	Très triste	13% (n=9)	12% (n=8)
	Modérément triste	39% (n=26)	25% (n=17)
	Neutre	15% (n=10)	24% (n=16)
	Modérément heureux	18% (n=12)	16% (n=11)
	Très heureux	1% (n=1)	3% (n=2)
A pu profiter de ses activités habituelles	Pas du tout	21% (n=14)	22% (n=15)
	Légèrement	15% (n=10)	22% (n=15)
	Modérément	22% (n=15)	21% (n=14)
	Beaucoup	22% (n=15)	10% (n=7)
	Énormément	6% (n=4)	4% (n=3)
Niveau d'anxiété	Très détendu	0	9% (n=6)
	Modérément détendu	16% (n=11)	18% (n=12)
	Neutre	19% (n=13)	15% (n=10)
	Modérément anxieux	34% (n=23)	27% (n=18)
	Très anxieux	16% (n=11)	12% (n=8)
Niveau d'agitation	Pas agité du tout	28% (n=19)	34% (n=23)
	Légèrement agité	28% (n=19)	18% (n=12)
	Modérément agité	15% (n=10)	9% (n=6)
	Très agité	10% (n=7)	16% (n=11)
	Extrêmement agité	3% (n=2)	3% (n=2)
Niveau de fatigue	Pas fatigué du tout	19% (n=13)	27% (n=18)
	Légèrement fatigué	27% (n=18)	24% (n=16)
	Modérément fatigué	13% (n=9)	10% (n=7)
	Très fatigué	15% (n=10)	13% (n=9)
	Extrêmement fatigué	10% (n=7)	6% (n=4)
Niveau de concentration	Très concentré	3% (n=2)	3% (n=2)
	Modérément concentré	18% (n=12)	30% (n=20)
	Neutre	24% (n=16)	13% (n=9)
	Modérément inattentif	31% (n=21)	24% (n=16)
	Très inattentif	9% (n=6)	10% (n=7)
Niveau d'irritabilité	Pas du tout irritable	15% (n=10)	18% (n=12)
	Légèrement irritable	24% (n=16)	22% (n=15)
	Modérément irritable	7% (n=5)	6% (n=4)
	Très irritable	25% (n=17)	21% (n=14)
	Extrêmement irritable	13% (n=9)	13% (n=9)

Niveau de solitude	Pas du tout seul	15% (n=10)	22% (n=15)
	Légèrement seul	33% (n=22)	22% (n=15)
	Modérément seul	10% (n=7)	10% (n=7)
	Très seul	13% (n=9)	10% (n=7)
	Extrêmement seul	13% (n=9)	15% (n=10)
A eu des pensées négatives	Pas du tout	9% (n=6)	13% (n=9)
	Rarement	15% (n=10)	19% (n=13)
	Parfois	27% (n=18)	21% (n=14)
	Souvent	19% (n=13)	13% (n=9)
	La plupart du temps	15% (n=10)	13% (n=9)
Score total émotions négatifs		29.96 ± 7.42	28.57 ± 8.47

Volet 5 Soutiens actuels ou interrompus

Pendant le confinement, 9% des participants rapportent avoir bénéficié de consultations en présentiel, 22% par téléphone, 12% par visioconférence. Parmi ceux qui ont bénéficié de consultation par téléphone, 88% ont trouvé cela moyennement ou très utile, même si 38% expriment des difficultés pour s'exprimer. Parmi ceux qui ont bénéficié de visioconférence, 93% ont trouvé cela moyennement ou très utile, même si 67% expriment des difficultés à s'exprimer. Enfin, 27% rapportent des difficultés pour se procurer le traitement médicamenteux (**Tableau 6**).

Tableau 6. Soutiens actuels ou interrompus chez les participants

Variables	% (n)	
Soutien/suivi réduit ou interrompu	Ressources (Bibliothèque...)	42% (n=28)
	Tutorat – soutien scolaire	69% (n=46)
	Programmes d'activités et de soutien après l'école	31% (n=21)
	Activités sportives	45% (n=30)
	Psychomotricité, ergothérapie	22% (n=15)
	Kinésithérapie	21% (n=14)
	Orthoptie	19% (n=13)
	Orthophonie	28% (n=19)
	Psychothérapie (psychiatre, psychologue)	52% (n=35)
	Educateur spécialisé	24% (n=16)
	Traitement psychiatrique médicamenteux	15% (n=10)
	Hospitalisation de jour (psychiatrique)	21% (n=14)
	Hospitalisation à temps complet (psychiatrique)	18% (n=12)
	Visites généraliste / médecin traitant	16% (n=11)
	Visites médecin spécialiste	27% (n=18)
Soins médicaux pour les maladies chroniques	15% (n=10)	
Autre	12% (n=8)	
Consultation avec son psychiatre ou psychologue depuis le confinement	En étant sur place	9% (n=6)
	Par téléphone	22% (n=15)
	Par visioconférence	12% (n=8)
	Non	34% (n=23)
Comment le jeune a trouvé les consultations par téléphone	Très utile	21% (n=14)
	Moyennement utile	10% (n=7)
	Pas utile	3% (n=2)
	Désagréable	1% (n=1)
Difficultés à s'exprimer avec son thérapeute habituel par téléphone	Oui	13% (n=9)
	Non	22% (n=15)

Comment le jeune a trouvé les consultations par visioconférence	Très utile	13% (n=9)
	Moyennement utile	6% (n=4)
	Pas utile	1% (n=1)
Difficultés à s'exprimer avec son thérapeute habituel par visioconférence	Oui	15% (n=10)
	Non	7% (n=5)
Difficultés à se procurer ses médicaments en pharmacie	Oui	27% (n=18)

3.2 Facteurs influençant l'état émotionnel négatif

Le **tableau 7** présente la liste des 21 variables statistiquement associées à l'état émotionnel négatif des participants. En le regroupant par des catégories, il s'agit :

- L'état émotionnel négatif habituel
- Parmi les peurs/inquiétudes : la peur que la santé psychique soit influencée par le COVID, le stress lié à la restriction des sorties, le stress lié aux changements dans les relations familiales, une amélioration des relations amicales, le stress lié aux changements dans les relations amicales, et le stress lié à l'annulation d'événements
- Parmi les modifications du comportement : se coucher tard en semaine ou le week-end étaient des facteurs de risques alors qu'une utilisation intensive des jeux vidéo était un facteur protecteur
- Sur le plan scolaire/social : l'accès à des cours en ligne et l'interruption de soutien scolaire étaient tous deux des facteurs de risques. De même que l'interruption de suivi par un éducateur
- Pour le suivi : la diminution ou l'interruption d'un suivi psychologique/psychiatrique et de prises en charges rééducatives étaient associées à un état émotionnel négatif récent plus élevé : psychomoteur et ergothérapie, kinésithérapie, orthophonie, et orthoptie. Il en est de même pour l'interruption de prise en charge médicale sous toutes ces formes : hôpital de jour, hospitalisation temps complet, traitements médicamenteux, et les consultations chez le médecin traitant.

Tableau 7. Facteurs influençant l'état émotionnel négatif dans les analyses bivariées

Variable dépendante : état émotionnel négatif	β	<i>p</i> -value
Variables indépendantes :		
Etat émotionnel négatif habituel	.66	<.001
Peur que la santé psychique soit influencée par le COVID	.36	.007
Avoir accès cours en ligne	.32	.018

Stress lié aux restrictions de sortie	.43	.001
Stress lié aux changements dans les relations familiales	.45	.001
Changement dans les relations amicales	-.43	.001
Stress lié aux changements dans les relations amicales	.41	.002
Stress lié à l'annulation d'événements prévus	.36	.008
Se coucher tard en semaine	.40	.003
Se coucher tard le week-end	.39	.003
Utilisation des jeux vidéo	-.28	.037
Réduction ou interruption de tutorat – soutien scolaire	.36	.008
Réduction ou interruption psychomotricité, ergothérapie	.35	.009
Réduction ou interruption kinésithérapie	.32	.032
Réduction ou interruption orthoptie	.33	.016
Réduction ou interruption orthophonie	.29	.042
Réduction ou interruption psychiatre/psychologue	.27	.047
Réduction ou interruption éducateur spécialisé	.28	.041
Réduction ou interruption médicament	.29	.030
Réduction ou interruption hospitalisation de jour	.41	.002
Réduction ou interruption hospitalisation à temps complet	.36	.008
Réduction ou interruption consultations médecin traitant	.37	.006

Le modèle multivarié final (**Tableau 8**) est composé de six variables : l'état émotionnel négatif habituel, l'accès en ligne à l'école, l'interruption du soutien scolaire, le stress lié aux changements dans les relations familiales, l'utilisation des jeux vidéo et les troubles du sommeil (heure du couché tardive). Ce modèle expliquait 66% de la variance.

Tableau 8. Modèle de régression multivarié expliquant le score d'émotions négatives actuels

Effect	Estimate	SE	IC 95%		β	<i>p-value</i>
(Intercept)						
Etat émotionnel négatif habituel	0.51	0.10	0.30	0.71	.45	<.001
Accès en ligne à l'école	6.07	2.09	1.88	10.27	.24	.005
Interruption du soutien scolaire	3.73	1.48	0.75	6.70	.22	.015
Stress lié au changement dans la famille	5.49	1.83	1.80	9.19	.25	.004
Utilisation de jeux vidéo	-4.14	1.90	-7.98	-0.31	-.18	.035
Heure du coucher en semaine	4.12	1.85	0.41	7.84	.20	.030

Adjusted R^2 = .66, $F(6,47) = 17.99$, $p < .001$

4. DISCUSSION

4.1 Interprétation des résultats

Chez les participants, 55% percevaient leur état de santé psychique ou émotionnel comme moyen ou mauvais : 56% présentaient une perte de plaisir, 48% de l'anxiété, 46% de la tristesse, 43% de l'irritabilité, 43% des difficultés d'attention, et 33% des pensées négatives. Ces chiffres corroborent les études conduites en population pédiatriques dans le contexte de l'épidémie de COVID (Sprang 2013).

Ces jeunes s'inquiétaient d'avantage du risque infectieux pour leur proche que pour eux même. Ces résultats sont cohérents avec ceux de l'enquête *Young Minds* (2020) conduits chez des adolescents suivis pour des difficultés psychologiques en Angleterre.

Aucune différence significative de l'état émotionnel n'a été trouvée entre la période précédant la crise et la période récente. Il n'y a pas eu d'aggravation des symptômes pendant le confinement comme on peut le retrouver dans la littérature (Colizzi 2020). Cependant, une forte corrélation entre l'état émotionnel négatif habituel et l'état émotionnel récent a été trouvée ($r=0.663$, $p<0,001$). Il a été démontré qu'un état émotionnel négatif habituel serait donc le facteur de risque principal d'un état émotionnel négatif récent ($\beta = 0.45$).

La scolarité est également un facteur de risque, que ce soit l'accès en ligne ($\beta=.24$) ou l'interruption du soutien scolaire ($\beta=.22$) même si la majorité des jeunes (78%) ont déclaré avoir accès à internet et à un ordinateur. La fermeture des écoles a pu avoir un effet ponctuel de mieux-être chez les jeunes, comme cela a été rapporté dans la littérature (Constantino 2020). Pour les enfants malheureux en classe, la fermeture des écoles a pu être un soulagement, même si ces enfants peuvent aussi souffrir du manque de socialisation. Notre étude montre que cet effet est probablement lié à des enjeux de performance, compte tenu du lien entre l'existence de devoir en ligne et l'état émotionnel négatif.

Un autre facteur de risque trouvé est le stress lié aux changements dans les relations familiales ($\beta=.25$). En effet, le confinement a pour conséquence d'augmenter le fardeau familiale (Girolamo 2020), ce qui pourrait modifier les relations familiales et affecter le jeune. De plus, il a été démontré qu'une situation familiale avec des difficultés économiques dû à une épidémie, était un facteur de risque de survenue de difficultés physiologiques chez les jeunes (Golberstein 2020). Dans notre étude, 22% (n=15) ont déclaré avoir un membre de sa famille ayant gagné moins d'argent à cause de la crise du COVID. Cependant, il n'a pas été démontré que cette variable soit associée à un état émotionnel

néгатif récent ($p= 0.357$). On peut émettre l'hypothèse qu'une perte d'argent ait pu néanmoins avoir un impact dans les relations familiales.

Les troubles du sommeil sont également un facteur de risque d'un état émotionnel négatif récent ($\beta=.20$). Cependant, les troubles du sommeil sont des troubles fréquents chez les jeunes présentant des troubles psychiatriques ou du neurodéveloppement, particulièrement chez ceux présentant un trouble du déficit de l'attention/hyperactivité, ou des troubles de l'humeur/de l'anxiété (Mindell 2008).

L'utilisation intensive de jeux vidéo aurait un léger effet protecteur ($\beta = - 0,18$). On peut supposer que les jeux vidéo permettent le maintien du lien social lors du confinement, plusieurs verbatim allant dans ce sens ⁴. Une étude a d'ailleurs démontré que les jeux vidéo étaient des environnements hautement interactifs socialement et étaient propices à la création de relations émotionnelles solides (Cole 2007). De plus, les jeux vidéo auraient un effet positif sur le bien-être des enfants, notamment en réduisant les troubles émotionnels, et réduirait le stress chez les joueurs réguliers (Jones 2014).

4.2 Forces et limites

Ce travail présente plusieurs limites qui nécessitent d'être prudent à l'interprétation des données.

Premièrement, les résultats reflètent une population de jeune suivi pour des troubles psychologiques dans les régions près d'Amiens. Les caractéristiques socio-démographiques ainsi que les conditions de logement peuvent influencer la manière dont les familles ont vécu le confinement et *in fine* l'état émotionnel de ces jeunes. La participation à ce questionnaire se faisait en ligne, ce qui a pu exclure les familles ne bénéficiant pas d'un accès en ligne facile.

Deuxièmement, seulement 67 réponses des questionnaires ont été traitées sur un total de 115 réponses. Le faible nombre de réponse n'a pas permis de comparer les résultats selon la structure de soin comme cela était initialement envisagé (uniquement 3 réponses de jeunes adressés par le Centre Ressource Autisme, uniquement une réponse de parent suivi par le service de psychiatrie de liaison

⁴ A la question « Pendant la période de confinement, qu'est-ce qui vous a le plus aidé à vous sentir bien » une mère a déclaré à propos de son enfant que « *fortnite a aidé, car, par ce biais, il a pu discuter avec ses copains de collègue* ».

adulte). Cette population est hétérogène et il est probable que les peurs et comportements diffèrent selon les profils de vulnérabilité (Cohen 2020).

Troisièmement, ce questionnaire était long comme l'on fait remarquer plusieurs familles. Il a pu y avoir un biais de méthode, en particulier si les questions concernant la période évaluée (3 mois précédant la crise vs. les 2 dernières semaines) n'étaient pas suffisamment bien expliquées. Cela pourrait expliquer le résultat surprenant d'une absence de différence significative dans le niveau d'émotions négatives à trois mois et à deux semaines. Pour les jeunes âgés de moins de 13 ans, le questionnaire a été rempli par un membre de la famille ce qui a pu également créer un biais de mesure.

Quatrièmement, l'absence de groupe contrôle (par exemple de jeune sans antécédent psychiatrique) complique l'interprétation des chiffres obtenus.

4.3 Implication

Ces jeunes font face à de nombreuses peurs et inquiétudes (peur qu'un proche soit contaminé, peur des changements dans les relations familiale ou amicales, peur de l'avenir) qui contribuent à leur état émotionnel négatif.

Dans cette population, les interruptions des prises en charges médicales et de rééducations habituelles mais aussi celles des autres sources de soutien de la famille (soutien scolaire, éducateur) influençaient fortement le vécu de ces jeunes (**Tableau 7**). Il est probable que les opportunités de maintien du lien grâce aux outils numériques, comme les téléconsultations, aient permis de modérer ce risque. D'autres auteurs soulignent l'importance de développer des alternatives aux consultations en présentiel allant de la prise de contact, aux thérapies structurées (Reay 2020). De telles approches sont encore peu développées en France. Bien sûr, il faut aussi pouvoir garder en tête que ces interventions ne conviennent pas nécessairement à tous les jeunes et que cela ne doit pas empêcher la réouverture des services de soins ambulatoires.

Notre étude renforce l'idée que le maintien des investissements familiaux et extra-familiaux malgré les mesures de confinement joue un rôle protecteur essentiel sur la survenue de symptômes de détresse dans cette population vulnérable. La distanciation physique ne signifie pas nécessairement pas une distanciation sociale. Les verbatim des participants montrent bien l'importance des liens avec les jeunes de leur âge, qui dans ce contexte particulier s'est davantage exprimé sur les réseaux sociaux

ou les jeux en réseau. Le maintien par le jeune de cette sphère d'intimité dans le domicile a globalement fait partie des recommandations des Sociétés Savantes de Pédopsychiatrie.

A partir du 2 septembre 2020, les jeunes reprennent le chemin de leur établissement scolaire. Le contexte actuel est marqué par des inquiétudes de la part des adultes concernant non seulement le déroulement de cette reprise (arriveront-ils à se remettre au travail ?) mais aussi au risque d'une recrudescence des contagions, voire d'une seconde vague de l'épidémie. Les jeunes avec des besoins accrus de santé mentale peuvent être anxieux compte tenu de l'incertitude qui pèse sur les répercussions de la pandémie et les questions liées au retour à la vie normale.

5. CONCLUSION

Dans cette étude, les facteurs de risque associés à un moins bon état émotionnel étaient l'état émotionnel antérieur, la mise en place de cours en ligne et l'interruption de soutien scolaire, un stress lié aux changements familiaux et des troubles du sommeil. L'usage du jeux vidéo était associée à des scores moins élevés d'état émotionnel négatif. Des recherches complémentaires sont nécessaires afin de mieux comprendre ces facteurs de risques et de protection.

6. BIBLIOGRAPHIE

- Brooks S.K., Webster R.K., Smith L.E., Woodland L., Wessely S., Greenberg N., James R.G. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*. 395(10227):912-920. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8
- Cohen D. (2020). Appréhender le COVID-19 au fil de l'eau en tant que psychiatre d'enfant et d'adolescent. *Encephale*. 46(3): S99–S106. doi :10.1016/j.encep.2020.05.005
- Cole H., Griffiths M.D. (2007). Social interactions in massively multiplayer online role-playing gamers. *Cyberpsychology Behavior*. 10(4):575-83. doi: 10.1089/cpb.2007.9988
- Colizzi M., Sironi E., Antonini F., Ciceri M.L., Bovo C., Zocante L. (2020). Psychosocial and Behavioral Impact of COVID-19 in Autism Spectrum Disorder: An Online Parent Survey. *Brain Sciences*. 10(6):341. doi: 10.3390/brainsci10060341
- Constantino J.N., Sahin M., Piven J., Rodgers R., Tschida J. (2020). The Impact of COVID-19 on Individuals With Intellectual and Developmental Disabilities: Clinical and Scientific Priorities. *American Journal of Psychiatry*. Appiajp202020060780. doi: 10.1176/appi.ajp.2020.20060780
- Cortese S, Asherson P, Sonuga-Barke E, Banaschewski T, Brandeis D, Buitelaar J, Coghill D, Daley D, Danckaerts M, Dittmann RW, Doepfner M, Ferrin M, Hollis C, Holtmann M, Konofal E, Lecendreux M, Santosh P, Rothenberger A, Soutullo C, Steinhaus HC, Taylor E, Van der Oord S, Wong I, Zuddas A, Simonoff E (2020). ADHD management during the COVID-19 pandemic: guidance from the European ADHD Guidelines Group. *Lancet Child Adolescent Health*. 4(6):412-414. doi: 10.1016/S2352-4642(20)30110-3
- Cucinotta D., Vanelli M. (2020). WHO declares COVID-19 a pandemic. *Acta Biomedica*. 91(1):157-160. doi: 10.23750/abm.v91i1.9397
- De Girolamo G., Cerveri G., Clerici M., Monzani E., Spinogatti F., Starace F., Giambattista T., Vita A. (2020). Mental Health in the Coronavirus Disease 2019 Emergency-The Italian Response. *JAMA Psychiatry*. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2020.1276
- Golberstein E., Wen H., Miller B.F. (2020). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and Mental Health for Children and Adolescents. *JAMA Pediatrics*. doi: 10.1001/jamapediatrics.2020.1456
- Jiao W.Y., Wang L.N., Liu J., Fang F.S., Jiao F.Y., Pettoello-Mantovani M., Somekh E. (2020). Behavioral and Emotional Disorders in Children during the COVID-19 Epidemic. *The Journal of Pediatrics*. 221:264-266. doi: 10.1016/j.jpeds.2020.03.013
- Jones C.M., Scholes L., Johnson D., Katsikitis M., Carras M.C. (2014). Gaming well: links between videogames and flourishing mental health. *Frontiers in Psychology*. 31;5:260. doi: 10.3389/fpsyg.2014.00260
- Kılınçel Ş., Kılınçel O., Muratdağı G., Aydın A., Barış U.M. (2020). Factors affecting the anxiety levels of adolescents in home-quarantine during COVID-19 pandemic in Turkey. *Asia Pacific Psychiatry*. E12406. doi: 10.1111/appy.12406
- Loades M.E., Chatburn E., Higson-Sweeney N., Reynolds S., Shafran R., Brigden A., Linney C., Niamh McManus M., Borwick C., Crawley E. (2020). Rapid Systematic Review: The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. S0890-8567(20)30337-3. doi: 10.1016/j.jaac.2020.05.009
- Mindell J.A., Meltzer L.J. (2008). Behavioural sleep disorders in children and adolescents. *Annals of the Academy of Medicine of Singapore*. 37(8):722-8
- Moreno C., Wykes T., Galderisi S., Nordentoft M., Crossley N., Jones N., Cannon M., Correll C.U., Byrne L., Carr S., Chen E.Y.H., Gorwood P., Johnson S., Kärkkäinen H., Krystal J.H., Lee J., Lieberman J., López-Jaramillo C., Männikkö M., Phillips M.R., Uchida H., Vieta E., Vita A., Arango C. (2020). How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*. 7(9): 813–824. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30307-2

- Narzisi A. (2020). Handle the autism spectrum condition during coronavirus (COVID-19) stay at home period: ten tips for helping parents and caregivers of youngchildren. *Brain Sciences*. 1;10(4). doi: 10.3390/brainsci10040207
- Reay R.E., Looi J.C., Keightley P. (2020). Telehealth mental health services during COVID-19: summary of evidence and clinical practice. *Australasian Psychiatry*. 28;1039856220943032. doi: 10.1177/1039856220943032
- Sprang G., Silman M. (2013). Posttraumatic stress disorder in parents and youth after health-related disasters. *Disaster Medicine Public Health Preparedness*.7(1):105-10. doi: 10.1017/dmp.2013.22
- Usher K., Jackson D., Durkin J., Gyamfi N., Bhullar N. (2020). A rapid review of pandemic-related behaviours and psychological outcomes. *International Journal of Mental Health Nursing*. doi: 10.1111/inm.12790
- Wu Z., McGoogan J.M. (2020). Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*. doi: 10.1001/jama.2020.2648
- Young Minds (2020). Coronavirus: Impact on young people with mental health needs

7. ANNEXES

Table S1. Variables socio-démographiques

Genre	p = 0.787	T-test
Age	p= 0.725	Pearson correlation
Région (Somme, Oise, Aisne, Autres)	p= 0.082	ANOVA
Adressé par	p= 0.459	ANOVA
Statut professionnel de la mère	p= 0.934	T-test (dichotomisé travail ou non)
Statut professionnel du père	p= 0.073	T-test (dichotomisé travail ou non)
Lieu d'habitation	p= 0.197	ANOVA
Nombre de personne au domicile	p= 0.162	Pearson correlation
Nombre de pièce au domicile	p= 0.694	Pearson correlation
Fratrerie à la maison	p= 0.665	T-test
Type de scolarité	p= 0.459	ANOVA

Table S2. Antécédents et inquiétudes

Niveau de santé physique perçue	p= 0.813	T-test (dicho.)
Antécédent de problème psychique	P= 0.309	T-test
Niveau de santé psychique perçue	p= 0.954	T-test (dicho.)
expo à quelqu'un avec un test positif	p= 0.960	T-test
Diagnostic de COVID	p= 0.999	T-test
Even. stressant : Tomber malade physiquement	p= 0.667	T-test
Even. stressant : Hospitalisé	p= 0.999	T-test
Even. stressant : Mise en quarantaine avec symptômes	p= 0.923	T-test
Even. stressant : Mise en quarantaine pour exposition	p= 0.999	T-test
Even. stressant : Perte d'emploi	p= 0.999	T-test
Even. stressant : A gagné moins d'argent	p= 0.357	T-test
Even. stressant : Décédé	p= 0.999	T-test
Peur d'être infecté	p= 0.131	T-test (dicho.)
Peur qu'une personne soit infectée	p= 0.135	T-test (dicho.)
Peur que la santé physique soit influencée par le COVID	p= 0.103	T-test (dicho.)
Peur que la santé psychique soit influencée par le COVID	p= 0.0067*	T-test (dicho.)
Lecture sur le COVID	p= 0.2467	T-test (dicho.)
Effets positifs	p= 0.0853	T-test (dicho.)

Table S3. Activités scolaires et extra-scolaires

Accès cours en ligne	p= 0.018*	T-test Plus de symptômes si accès cours en ligne
Suivi en ligne	p= 0.703	T-test
Accès à internet	p= 0.613	T-test
Devoir à faire	p= 0.999	T-test
Temps passé à l'extérieur	p= 0.581	T-test (dicho.)
Stress lié aux restrictions de sortie	p= 0.001*	T-test (dicho.)
Nombre de contact avec l'extérieur	p= 0.888	T-test (dicho.)
Stress lié aux mesures de distanciation sociale	p= 0.230	T-test (dicho.)
Changement dans les relations familiales	p= 0.104	T-test (dicho.)
Stress lié aux changements dans les relations familiales	p= 0.001*	T-test (dicho.)
Changement dans les relations amicales	p= 0.001*	T-test (dicho.)
Stress lié aux changements dans les relations amicales	p= 0.002*	T-test (dicho.)
Stress lié à l'annulation d'événements prévus	p= 0.008*	T-test (dicho.)
Optimisme	p= 0.813	T-test (dicho.)

Table S4. Comportements habituels (trois derniers mois)

Heure du coucher week-end	p= 0.271	T-test (dicho.)
Heure du coucher en semaine	p= 0.496	T-test (dicho.)
Nombre d'heure de sommeil week-end	p= 0.076	T-test (dicho.)
Nombre d'heure de sommeil semaine	p= 0.944	T-test (dicho.)
Sorties à l'extérieur	p= 0.994	T-test (dicho.)
Utilisation de la télévision	p= 0.587	T-test (dicho.)
Utilisation des réseaux sociaux	p= 0.097	T-test (dicho.)
Utilisation des jeux vidéo	p= 0.037*	T-test (dicho.)

Note : trop peu de sujets avec un abus de substance pour faire des analyses bivariés

Table S5. Comportements récents (deux dernières semaines)

Heure du coucher week-end	p= 0.003	T-test (dicho.)
Heure du coucher en semaine	p= 0.003	T-test (dicho.)
Nombre d'heure de sommeil week-end	p= 0.100	T-test (dicho.)
Nombre d'heure de sommeil semaine	p= 0.752	T-test (dicho.)
Sorties à l'extérieur	p= 0.149	T-test (dicho.)
Utilisation de la télévision	p= 0.773	T-test (dicho.)
Utilisation des réseaux sociaux	p= 0.559	T-test (dicho.)

Utilisation des jeux vidéo	p= 0.155	T-test (dicho.)
----------------------------	----------	-----------------

Note : trop peu de sujets avec un abus de substance pour faire des analyses bivariées

Table S6. Structure de soutien ou de soins réduit ou interrompu pendant la crise de COVID

a. Ressources	p= 0.141	T-test (dicho.)
b. Tutorat – soutien scolaire (entre-aides entre élèves, AVS...)	p= 0.008*	T-test (dicho.)
c. Programmes d'activités et de soutien après l'école	p= 0.100	T-test (dicho.)
d. Activités sportives	p= 0.549	T-test (dicho.)
e. Psychomotricité, Ergothérapie	p= 0.009*	T-test (dicho.)
f. Kinésithérapie	p= 0.032*	T-test (dicho.)
g. Orthoptie	p= 0.016*	T-test (dicho.)
h. Orthophonie	p= 0.042*	T-test (dicho.)
i. Psychothérapie (psychiatre, psychologue)	p= 0.047*	T-test (dicho.)
j. Educateur spécialisé	p= 0.041*	T-test (dicho.)
k. Traitement psychiatrique médicamenteux	p= 0.033*	T-test (dicho.)
l. Hospitalisation de jour (psychiatrique)	p= 0.002*	T-test (dicho.)
m. Hospitalisation à temps complet (psychiatrique)	p= 0.008*	T-test (dicho.)
n. Visites généraliste / médecin traitant	p= 0.006*	T-test (dicho.)
o. Visites médecin spécialiste	p= 0.228	T-test (dicho.)
p. Soins médicaux pour les maladies chroniques	p= 0.214	T-test (dicho.)
q. Autre	p= 0.550	T-test (dicho.)

Table S7. Verbatim pour la question PRE01 « Veuillez décrire tout autre chose qui vous préoccupe concernant l'impact du Coronavirus / COVID-19 sur vous, vos amis ou votre famille »

HYGIENE
Sur mes loisirs
Le Covid m'inquiète beaucoup.
ce qui me préoccupe le plus c'est la reprise scolaire après le confinement.
Inquiète dans l'ensemble
À quand je pourrais revoir mes proches
1) Je n'ai plus aucune nouvelles de mes soins de santé (pédiatre, pédopsychiatre, orthodontie) 2) Durant la crise, la pollution avait visiblement réduit. Maintenant que la situation repart à la normal, l'être humain retrouve ses mauvaises habitudes, voir pire.
j'ai peur qu'une personne de mon entourage soit infectée
Le divorce de mes parents, moi, j'ai perdu 2 amies très toxiques, je suis très exigeant envers moi-même et je suis très déprimé.
Qu'il touche mes grands parents Faire face à un second confinement
Ne pas voir ma famille
Les personnes âgées et à risques Devrons toujours être vigilants
La crise du coronavirus ne m'a pas été bénéfique, je n'avais plus grand chose à penser, donc plus souvent d'angoisse suite aux Troubles du Comportement Alimentaire donc plus d'activité sportive et plus de mal pour me nourrir .
Pas de prise en charge de notre fils qui est autiste, aucune prise en charge pendant le confinement, il a fallu que l'on bataille pour que son éducateur spé intervienne a la maison dans le respect des mesures sanitaire bien sûr.
Il a commencé à grignoter le soir, de façon compulsive, et a pris du poids.
Mon enfant est en phobie scolaire donc il se sent mieux sans école.
Cette période de confinement a permis à mon fils de faire beaucoup de progrès dans de nombreux domaines mais principalement dans la confiance en lui et l'estime de lui même. Par contre habituellement anxieux, il l'a été d'avantage car je (sa mère) suis à risque, nous avons donc du respecter un confinement strict. Pour le moment il ne peut pas reprendre l'école pour cette même raison de maman à risque. D'autre part il est resté 3 mois sans voir ses grands parents auxquels il est très attaché. Ce qui en dernier devenait très difficile pour lui à gérer sur le plan émotionnel même si nous avons maintenu un lien téléphonique et également par visio. Il ne donne pas l'impression d'avoir souffert du manque de ses camarades d'école, encore moins de son enseignante (qui lui met la pression alors qu'il a constamment besoin d'être rassuré).
.tant sa mère et ayant eu le coronavirus durant le confinement mon enfant nie toujours que j'avais attrapé le coronavirus, la peur et l'agressivité a décuplé et il avait creusé au font du jardin une tranchée pour se protéger contre une invasion et se défouler ne pouvant plus aller à la gym (compétition 3 fois par semaine arrêté) , le manque de contact physique l'a fortement perturbé (quand j'étais malade), et depuis régression il redort avec moi, car angoisse. Mais positif les liens avec ses amis via réseaux sociaux
avant le covid mon fils a commencé à souffrir de la maladie de son père (cancer) avec des crises de nerfs, de la violence le confinement n'a rien arrangé les rapports parents enfant étaient tendus depuis le retour à l'école c'est un peu mieux
Malgré leur cour de la maison cette situation de crise a été très particulièrement difficile pour mes trois enfants et nous parents

Tableau S8. Verbatim pour la question PRE02 « Veuillez fournir tout commentaire que vous souhaiteriez sur cette enquête et/ou sur des sujets analogues »

TROP LONGUE
rien
C'est bien d'avoir pensé à faire cela
questionnaire très vague et questions très répétitives, on ne sait pas toujours quoi répondre
Beaucoup de personnes m'ont manquées mais surtout 1 qui m'a extrêmement fait mal est que j'ai réalisé l'impossibilité de cette "relation" pendant le confinement.
Questionnaire après confinement
En espérant que a l'avenir les personnes qui prennent des décisions a l'ARS réfléchisse en amont avant de confiner dans la panique! tout les enfants en situation de Handicap, car le confinement a été plus destructeurs (impact psychologique énorme)qu'avec des mesures barrières (travail avec de petits groupes)qui aurait du être pris avant puisque cette situation était prévisible.

Tableau S9. Verbatim pour la question PSY96BIS « Pourriez-vous décrire en quelques lignes les éventuels autres points positifs et négatifs [par rapport aux consultations téléphoniques] ?»

Accentuation des troubles
On ressent une distance avec le clinicien.
Ma psychologue ne m'a pas appelé depuis 1 mois.
Je ne saurais pas vous dire
Le fait de tout garder pour soi.
Moins gênée de discuter par visio
Mon enfant était rassuré de savoir que la psychologue continuait son suivi habituel et n'oubliait pas son appel.
Pas de suivi donc on va être obligé de repartir à zéro
PORT DU MASQUE, RDV PLUS ESPACES
Plus irritable

Tableau S10. Verbatim pour la question PSY98BIS « Pourriez-vous décrire en quelques lignes les éventuels autres points positifs et négatifs [par rapport aux consultations avec visioconférences] ? »

j'ai ressenti moins de proximité
C'était bien
déjà dit au dessus.
Moins gênée de discuter
Il ne s'exprime déjà que peu en temps normal.
Positif : C était et c est toujours rassurant pour nous, parents, de privilégier les consultations par téléphone et visio plutôt que de se déplacer à l'hôpital.
Gain de temps : pas de déplacement et pas de attente. L enfant peut choisir l endroit où il se sent bien pour échanger avec le thérapeute
Sa aurait pu peut mieux à. Gérer c est crise

Tableau S11 Verbatim pour la question PSY99B « Pendant cette période de confinement, selon vous qu'est-ce qui vous a le plus aidé à vous sentir bien ? »

La musique
Ma famille
Ne pas être obligée de sortir
Etre avec ma famille. M'occuper de mon chien.
fortnite et tik tok
mon bro
le fait de rester avec mes proches
Les visio cours
Mes amis sur Internet Dessiner Écrire Jouer Dormir
Mes proches.
Rêver.
Le téléphone avec mes amis
Les appelle avec mon copain
D avoir un jardin et de vivre à la campagne
Le soutien de mes proches et les RDV par visioconférences.
De façon surprenante, Fortnite l'a aidé, car, par ce biais, il a pu discuter avec ses copains de collège, pour au moins 6 d'entre eux, et d'autres connaissances.
Qu il n y ait pas d école.
Se sentir entouré de ses frère et soeurs et le suivi psychologique qui n a pas été interrompu.
la famille la maison avec son jardin
ce qui a le plus aidé c'est d'avoir un jardin et pouvoir sortir sans restriction . de maintenir les gardes alterne avec l 'autre parent
Rien

RÉSUMÉ

La pandémie de COVID-19 peut contribuer à exacerber des difficultés psychiatriques existantes dans un contexte où les ressources du système de soin sont plus limitées. Les enfants et adolescents déjà suivis pour des difficultés psychologiques constituent une population vulnérable. Une enquête évaluant l'impact de la crise du coronavirus sur l'état psychologique de la population a été proposée aux jeunes actuellement ou habituellement suivis dans une structure de soin de la région d'Amiens durant la période de confinement. Au total, 67 questionnaires étaient exploitables. Chez les participants (âge moyen $14,61 \pm 0,77$ ans, 49% de filles) 55% percevaient leur état de santé psychique ou émotionnel comme moyen ou mauvais. Les facteurs influençant le plus l'état émotionnel négatif étaient : l'état émotionnel antérieur, l'accès en ligne à l'école, l'interruption du soutien scolaire, le stress lié aux changements dans les relations familiales, et les troubles du sommeil. L'utilisation des jeux vidéo est associée à un score d'état émotionnel négatif moins élevé. Les expériences de téléconsultations (téléphone et visioconférence) ont majoritairement été jugés utiles. Ces jeunes font donc face à de nombreuses inquiétudes qui contribuent à leur état émotionnel négatif. L'interruption des prises en charges médicales, des rééducations et des autres sources de soutien influencent fortement ce vécu. Les opportunités de maintien du lien grâce aux outils numériques ont permis de modérer ce risque.

RESUME

The COVID-19 pandemic may contribute to a surge in psychological distress in a context of limited mental health care providers. Children and adolescents with preexisting psychological difficulties can be seen as a high risk population. A internet anonymized survey assessing the impact of the current crisis on well-being and emotional symptoms was conducted among young currently or usually followed in one of the mental health structures around Amiens during the containment period. A total of 67 questionnaires were analyzed. Among the participants (average age 14.61 ± 0.77 years, 49% girls) 55% perceived their psychological or emotional health status as average or poor. The predictors for a negative emotional state were: emotional state prior the current crisis, online access to school, interruption of school support, stress related to changes in family relationships, and delayed sleep-onset during week. The use of video games was negatively associated with a negative emotional state. The use of phone and visioconference (to keep contact with mental health professionals were found helpful. In a context of fast-changing environment these youth faced many concerns that may account for their negative emotional state. A break in medical care, rehabilitation and other sources of support strongly influence this experience. The opportunities to maintain contact using digital tools helped to moderate this risk.