



Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.

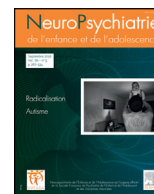


Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Article original

Les enfants suivis en psychiatrie infanto-juvénile ont-ils connu la dégradation redoutée pendant la période de confinement liée à la pandémie COVID-19 ?



Did child-psychiatry patients really experience the dreaded clinical degradation during the COVID-19 pandemic lockdown?

N. Lavenne-Collot^{a,*,b}, P. Ailliot^c, S. Badic^a, A. Favé^a, G. François^a, S. Saint-André^a,
A. Thierry^a, G. Bronsard^{a,d}

^a Service hospitalo-universitaire de psychiatrie infanto-juvénile, CHRU de Brest, Brest, France

^b Inserm UMR 1101 LaTIM

^c Université de Bretagne Occidentale Brest, CNRS, LMBA - UMR, 6205, Brest, France

^d SPURBO, EA7479

INFO ARTICLE

Mots clés :
Confinement
Enfant
Adolescent
Pédopsychiatrie
COVID-19

RÉSUMÉ

Objectifs. – La période de confinement qui s'est déroulée en France de la mi-mars à la mi-mai 2020, à l'occasion de la pandémie COVID-19, soulève d'importantes questions sur ses effets psychologiques directs et indirects chez les enfants et adolescents. Considérée intuitivement comme nuisible, voire traumatisante dans le discours médiatique, nous avons tenté de mieux qualifier ses effets à partir de deux démarches complémentaires. D'une part, nous avons réalisé une revue de la littérature sur le sujet, d'autre part, nous y avons associé une objectivation de l'évolution de l'état clinique global des enfants au sein de la file active du service de psychiatrie infanto-juvénile du CHRU de Brest pendant la période de confinement. La revue de la littérature portant sur les effets psychologiques de situations de confinement ou de quarantaine à l'occasion d'épidémies passées ou actuelle de COVID-19, notamment en Chine, rapporte de nombreuses données sur leurs conséquences délétères. Les effets relatés sont de nature variable : symptômes anxieux et dépressifs principalement, mais aussi Stress Post Traumatique, dans des proportions importantes. Cependant, la définition des situations vécues et les contextes dans lesquels se sont déroulées ces études sont en fait peu comparables à la situation française. Par ailleurs, les effets de la peur de la contamination n'y sont pas différenciés de ceux liés au confinement lui-même.

Patients et méthodes. – Parmi les enfants et adolescents suivis dans le service, 354 ont bénéficié d'une mesure de l'impact du confinement sur leur état clinique global évalué à la Clinical Global Impression Improvement (CGI-I) par leur praticien habituel au cours de la période du 16 mars au 11 mai 2020.

Résultats. – Nos résultats mettent en évidence que 50 % des enfants ont connu un état clinique global inchangé en comparaison à leur état avant le confinement, 25 à 30 % ont connu une amélioration et 20 à 25 % ont montré une légère dégradation pendant la période de confinement. L'état décrit est globalement stable dans le temps au cours des huit semaines de la durée du confinement. L'âge ou la sévérité préalable de la pathologie n'a pas d'influence significative, même si on note une amélioration globale plus fréquente chez les adolescents.

* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : nathalie.lavenne-collot@chu-brest.fr (N. Lavenne-Collot).

Conclusion. – Ces résultats sont assez discordants avec le discours général. Plusieurs hypothèses sont discutées pour expliquer les raisons de cette absence de dégradation qui pourrait éventuellement être étendue aux enfants et adolescents en général pendant cette période.

© 2021 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

A B S T R A C T

Keywords:
Lockdown
Children
Adolescent
Child psychiatry
COVID-19

Background. – The general lockdown period during the COVID-19 pandemic which covered mid-March to mid-May 2020 in France raised important questions about the direct and indirect psychological effects on children and adolescents. Perceived intuitively as harmful and even traumatic in the media's discourse, we tried to better qualify its effects from two complementary approaches. We carried out a review of the literature on the subject to which we associated a regular assessment of the children's global clinical state in the entire active file of the child-psychiatry department of the Centre Hospitalier Universitaire de Brest throughout the lockdown period.

The findings of the literature review on the psychological effects of lockdowns or quarantines during past or current epidemics, in particular in China, report many deleterious and variable effects such as symptoms of anxiety, depression, as well as Post Traumatic Stress Disorder, at a significant rate. However, the definition of the situations experienced and the contexts in which those studies took place appear to be not truly comparable to the French situation. Moreover, the effects of the fear of contamination are not differentiated from those linked to confinement itself.

Patients and methods. – Among children and adolescents under the care of the above department, 354 underwent an assessment of the impact of lockdown on their global clinical condition using the Clinical Global Impression Improvement (CGI-I) performed by their usual practitioner during the period from March 16 to May 11, 2020.

Results. – Our results highlight that 50% of children remained in stable condition, 25 to 30% improved and 20 to 25% experienced a slight degradation. The evolution of the clinical status appeared stable over time during the eight weeks. The initial age or severity of mental disorder had no significant influence, although there was a slightly more frequent improvement in adolescents.

Conclusion. – These results are quite inconsistent with general discourse and common expectations. Several psychopathological hypotheses are discussed to support this absence of psychological degradation which might even be extended to children and adolescents in the general population.

© 2021 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

La France, comme la majeure partie des pays du globe, connaît actuellement un contexte inédit en lien avec la pandémie de SARS-Cov-2 appelée communément COVID-19, responsable de plus de 480 000 morts [1].

Pour tenter d'enrayer cette pandémie, les autorités publiques ont mis en place des mesures sanitaires inédites, atteignant un point culminant dans la mise en place à partir du 17 mars 2020 d'un confinement généralisé qui prévoit un maintien à domicile de l'ensemble de la population [2]. Les enfants et adolescents ont par ailleurs été soumis de façon brutale et non anticipée à une fermeture généralisée des lieux d'accueil collectifs ainsi que des écoles, laquelle n'a pas de précédent dans l'histoire de l'éducation nationale. Parents et enfants se retrouvent ainsi confinés à domicile, privés de leurs activités habituelles, avec une restriction majeure des libertés d'aller et venir et d'entretenir des liens sociaux dont on sait l'importance dans le développement psycho-affectif de l'enfant.

Si les enfants sont plutôt préservés par les risques somatiques en lien avec l'épidémie [3], il se pourrait qu'ils constituent une population à risque sur le plan psychique compte tenu des bouleversements majeurs induits par le confinement, que ce soit en population générale mais peut-être plus encore en cas de facteurs de vulnérabilités psychiques préexistants. C'est en tout cas ce qui est majoritairement diffusé et redouté, des effets délétères sur la santé mentale étant pressentis [4] mais encore insuffisamment objectivés [5].

Sur le plan épidémiologique, la région Bretagne apparaît comme une région préservée par la première vague de l'épidémie, offrant ainsi un contexte propice pour évaluer plus spécifiquement les

effets propres de ce repli inédit, contraint et durable de l'enfant chez lui tel qu'il est imposé par le confinement, séparément des répercussions psychiques potentielles directes de l'épisode épidémique.

Pour mieux objectiver les effets psychologiques du confinement chez les enfants, nous avons mesuré la tendance évolutive de l'état clinique global de l'ensemble des patients suivis dans le service hospitalo-universitaire du CHRU de Brest pendant la période de confinement. Nous présentons les résultats après une revue de la littérature sur le sujet.

2. Revue de la littérature

2.1. Confinement et quarantaine

La littérature disponible pour approcher les effets du confinement comporte essentiellement des éléments de deux ordres :

- D'une part, celle qui concerne les effets du confinement ou plutôt de la quarantaine lors de précédents épisodes d'épidémies dont nous verrons les limites de l'extrapolation à la situation actuelle française;
- D'autre part, celle, encore récente, qui concerne les répercussions psychiques de l'épidémie actuelle de COVID-19 avec très peu d'études portant spécifiquement sur les effets du confinement et encore moins chez les enfants.

Devant l'aspect inédit de cette situation de confinement, nous élargirons cette revue à l'étude des risques psychiques secondaires aux principaux enjeux du confinement, en particulier la question de la distorsion tempo-spatiale et de l'isolement social.

En ce qui concerne les études relatives aux effets du confinement lors d'épidémies antérieures, une méta-analyse parue dans le *Lancet* en mars 2020 analyse 24 études évaluant les effets psychiques de situation de quarantaine dans des contextes épidémiques présentés comme comparables (mais cependant non similaires) à la situation entraînée par le COVID-19 dans 10 pays au cours des épidémies de SARS, Ebola, H1N1, MERS. Ses conclusions appellent à la prudence quant aux risques d'effets psychiques immédiats et à distance de la quarantaine avec identification de facteurs prédictifs négatifs et de facteurs protecteurs [6].

Il convient cependant de préciser que cette méta-analyse s'intéresse à des sujets en situation de quarantaine ou d'isolement infectieux, situation bien différente du confinement généralisé. En effet la quarantaine consiste à séparer une personne potentiellement infectée du reste de sa communauté (que ce soit à son domicile ou dans un lieu dédié de quarantaine). L'isolement, quant à lui, consiste à mettre de côté un sujet de la communauté après avoir été diagnostiqué positif pour la maladie.

Ainsi la multiplicité des termes utilisés parfois de façon interchangeable recouvre des situations bien différentes avec des répercussions psychiques non généralisables à l'ensemble. L'impact des situations de quarantaine est en effet aisément imaginable pour des individus potentiellement malades, marqué par une anxiété importante à l'idée de développer les symptômes de la maladie, pour eux-mêmes et pour leur groupe familial [7]. On comprend par ailleurs aisément le poids des facteurs de stigmatisation inhérents aux situations de quarantaine qui apparaissent inadaptés à celle du confinement qui s'impose à tous, sans discrimination. Certaines études portent quant à elles sur des individus placés en quarantaine dans un lieu dédié ou sur leur lieu de travail, séparés de leur famille, situation bien différente de celle de se trouver à domicile.

Aussi, la méthodologie utilisée dans ces études permet certes d'apprécier le statut de santé mentale de la population étudiée, cependant elle ne permet pas de conclure quant aux causes de la symptomatologie et en particulier de savoir si la symptomatologie est secondaire à l'épidémie en elle-même (ou à d'autres aspects de la crise) ou la conséquence propre du confinement. Par ailleurs, la plupart des études portent sur des effectifs de petite taille, certaines s'intéressent à des populations qui présentent des risques spécifiques, notamment la majorité est réalisée auprès de professionnels de santé. De ce fait, leurs résultats ne sont pas généralisables à l'ensemble de la population.

2.2. La question du traumatisme psychique

La question du traumatisme et de ses conséquences psychiques potentielles en termes d'État de Stress Post Traumatique (ESPT), apparaît de façon récurrente dans le discours médiatique et même scientifique, à la fois au sujet des conséquences possibles de l'épidémie mais aussi, et c'est là bien plus étonnant, du confinement en lui-même.

Au cours de l'épidémie H1N1, une étude a rapporté une prévalence de 28 % de trouble de stress post-traumatique (TSPT) chez des sujets en quarantaine soit 4 fois plus que chez ceux qui n'étaient pas en quarantaine [8]. De la même façon, au début de l'épidémie de COVID-19, Wang a retrouvé 4,6 % de haut niveau de symptômes de stress post traumatique en population générale chinoise, cependant il n'a pas différencié l'impact du confinement de celui de la crise [9].

Si l'épidémie peut comporter en elle-même les déterminants d'un événement potentiellement traumatique, en particulier pour les sujets confrontés au « réel de la mort » (soignants, malades du COVID et leurs proches), il convient de souligner que le confinement en lui-même ne répond pas aux spécificités d'un événement traumatique au regard du critère A du DSM V [10], même si on a vu s'opérer un glissement entre les versions successives du DSM

témoignant d'une véritable émancipation du traumatisme psychique depuis la conception princeps du trauma pour le référencer au stress [11].

Par ailleurs, ce trouble présente pour caractéristique importante de reposer sur un très large éventail de symptômes, ce qui pourrait conduire à des conclusions erronées dans les recherches épidémiologiques concernant l'ESPT [12]. Notamment, il n'est pas du tout sûr que ce soit les déterminants même du confinement qui puissent faire l'objet des symptômes du critère B qui concerne les reviviscences et qui apparaît pourtant comme le plus pathognomonique de la clinique de l'ESPT [12]. Un certain nombre d'études de la méta-analyse de Brooks utilisent des échelles en lien avec la recherche de symptômes d'ESPT pour approcher les effets psychiques de la quarantaine, certaines études utilisent notamment l'IES qui n'est pas suffisante pour porter un diagnostic d'ESPT [5,6]. Un dernier élément relativisant par ailleurs la question du risque de psychotrauma dans le contexte actuel du confinement lié au COVID, vient de l'enquête longitudinale COCONEL qui témoigne qu'une proportion très faible de sujets d'un échantillon représentatif de la population générale a été confrontée de façon directe ou même indirecte (par le biais d'un proche) à la maladie COVID et que pour la plupart (80 %) le vécu de l'épidémie est avant tout virtuel [13]. Or le DSM précise bien que le contact avec le facteur initiateur traumatique ne peut, par définition, être limité à une exposition à distance (notamment par le biais des médias) même si on s'accorde sur les effets anxiogènes de l'exposition aux médias depuis le début de la crise sanitaire [9].

2.3. Les effets potentiels du confinement

Du fait des limites précédemment évoquées de l'extrapolation des éléments issus de la littérature concernant les effets propres du confinement lors d'épidémies antérieures, nous avons élargi la revue de la littérature à l'étude des effets potentiels des composantes du confinement que sont la distorsion spatio-temporelle et l'isolement social.

En premier lieu, le confinement représente avant tout un phénomène spatial marqué par une restriction de l'espace vital. Dans l'étude de Wang, au cours de l'épidémie COVID, 85 % des sujets passaient 20 à 24 h au domicile [9], soulevant les risques liés à la réduction de l'activité physique, elle-même facteur protecteur contre le stress [14]. Dans le contexte de l'épidémie COVID, Zhang a montré que cette réduction est d'autant plus pénible que les sujets sont habitués à avoir une activité physique importante [15]. Cette situation de claustration pose également la question d'une moindre exposition à la lumière, impliquée dans la sécrétion de sérotonine et la survenue de troubles émotionnels [16].

Le confinement implique aussi une distorsion dans la perception du temps avec la perception d'un flux temporel continu. Plusieurs éléments participent à cette perception du temps : peu d'événements qui jalonnent la journée et les semaines, l'estimation du temps passé est en effet dépendante du nombre d'événements dont on se souvient [17], le manque de marqueurs temporels, de synchroniseurs externes [18], mais aussi le rôle potentiel de l'anxiété qui modifie la perception subjective du temps [19].

Ces modifications de rythme participent, en plus de l'impact direct du stress, à l'induction de troubles du sommeil soulignés comme très fréquents depuis le début de l'épidémie [9] avec des conséquences sûrement non négligeables compte tenu des liens entre les altérations du sommeil et la survenue de troubles émotionnels mais aussi troubles du comportement, notamment impulsifs, de troubles dépressifs et anxieux ou encore de troubles addictifs [20].

Cette distorsion du temps amène avec elle la question de l'ennui, identifié par Brooks comme facteur prédictif négatif associé à la survenue de troubles psychiques en situation de quarantaine [5,6].

L'ennui dispose cependant d'une double valence bien illustrée par les réactions opposées qu'il a pu susciter depuis le début du confinement. Pour certains, un ennui fécond, créateur, propice au retour sur soi voire une forme de spiritualité. Pour d'autres, un ennui synonyme de désœuvrement, qui pourrait exposer à l'oisiveté, voire au vice.

Dans le contexte du confinement, ce sont les risques liés à cette valence négative de l'ennui qui sont redoutés du fait des effets directs du désœuvrement et de l'inactivité participant à un sentiment d'inutilité. Zhang et al. ont mis en évidence que les sujets ayant arrêté leur travail au cours du confinement avaient une santé mentale globale moins bonne que ceux qui continuaient à travailler, que ce soit à leur bureau ou à domicile [15]. Cette valence négative de l'ennui pourrait en effet favoriser les addictions, comportements impulsifs et de recherche de sensations [5,21]. Les premières données issues de Chine révèlent une prévalence du mésusage d'alcool jusqu'à 30 %, risque particulièrement élevé chez les hommes et les jeunes [22]. Ces données doivent cependant être analysées au regard du moindre accès aux substances en lien avec la fermeture des lieux de consommation récréative. Chez les adolescents, le confinement pourrait induire une moindre consommation de cannabis en lien avec l'usage essentiellement groupal du produit. En ce qui concerne les enfants, cette gestion de l'ennui pose la question des risques de sur-exposition aux écrans.

Aux antipodes de la question des répercussions de l'ennui, le confinement a entraîné pour certains, notamment parents, une situation de surmenage afin de pouvoir assurer le télétravail, le travail scolaire des enfants et leurs loisirs ainsi que l'intendance de la maison sans pouvoir compter sur l'étayage de relais amicaux ou familiaux, notamment les grands-parents considérés à risque [23]. Les conséquences de ces situations s'apparentent possiblement à des « burn out parentaux » [24] restent à évaluer et pourraient au moins égaler celles des répercussions de l'ennui.

En ce qui concerne les effets de l'isolement et de la déconnexion sociale, Reynolds a constaté que la solitude était signalée chez 38,5 % et l'isolement social chez 60,6 % des personnes mises en quarantaine [25]. Cet isolement constitue un facteur de risque qui exacerbe les toutes les vulnérabilités individuelles et collectives, tout en limitant les possibilités de soutien [26]. Les individus souffrant de pathologies psychiatriques chroniques sont aussi à risque, notamment parce que les mesures de quarantaine pourraient favoriser l'interruption d'un suivi ou traitement psychiatrique.

2.4. Études portant spécifiquement sur les enfants

Si les éléments précédents sont issus d'études portant essentiellement chez les adultes, elles présentent néanmoins un intérêt dans le cadre de notre travail au regard de l'impact de la psychopathologie parentale sur l'enfant.

Notamment, une étude rétrospective auprès de 586 parents dans les régions concernées par de forts taux de morbidité et mortalité pédiatriques pendant les épidémies SRAS et H1N1 a retrouvé une corrélation entre les symptômes parentaux et ceux de l'enfant [8]. En effet, chez les adultes qui répondent aux critères de stress post traumatique, 86 % des enfants répondent également aux critères. Cependant, l'évaluation de l'enfant était réalisée par hétéroévaluation rétrospective par le parent avec un possible biais négatif.

Au cours de l'épidémie de COVID-19, l'évaluation du statut anxieux et dépressif chez des enfants ayant vécu en moyenne 33 jours de confinement retrouve respectivement 22 % et 18 % de symptômes dépressifs et anxieux dans deux provinces chinoises [27]. Une corrélation importante est par ailleurs mise en évidence avec les inquiétudes au sujet de la maladie. Cela pose donc la question de savoir si la symptomatologie anxiodépressive ne serait pas

d'avantage en lien avec la peur de l'épidémie plutôt qu'avec les effets propres du confinement.

Une autre étude a réalisé un screening de troubles émotionnels et comportementaux chez 320 enfants et adolescents de 3 à 18 ans de la Province de Shaanxi par tranche d'âge et retrouve un impact plus important chez les plus jeunes [28]. La population 3-6 ans apparaît en effet comme la plus symptomatique avec notamment des attitudes de « collage » de l'adulte observées chez des jeunes enfants. Ces éléments pourraient être cohérents avec l'étude de Wang qui identifie que les femmes enceintes ou avec des enfants jeunes sont également plus à risque de troubles anxieux [9].

Cependant, l'extrapolation des effets du confinement à partir de données chinoises doit être prudente dans la mesure où il s'agit d'un contexte particulièrement anxiogène, épicerie de l'épidémie, avec des conditions de confinement possiblement différentes de la situation française. Liu met notamment en exergue les risques psychiques secondaires aux séparations brutales entre parents et enfants occasionnées par l'isolement ou la quarantaine dans des centres dédiés tel qu'il est pratiqué en Chine [29].

Par ailleurs, les données chinoises restent encore récentes, si elles mettent en évidence un état de stress aigu, elles ne permettent pas de conclure quant aux effets à long terme sur la santé mentale des enfants qu'il conviendra de savoir repérer [29]. Wang souligne quant à lui la nécessité de déployer des stratégies globales et des ressources notamment numériques pour tenter de diminuer les effets délétères du confinement sur la santé physique et mentale des enfants en Chine et ailleurs [30].

Considérer les effets du confinement chez l'enfant implique également d'explorer les effets de la fermeture généralisée des écoles. Les rares données disponibles dans la littérature sur cette question portent essentiellement sur les effets de fermetures ponctuelles et localisées dans des contextes de conditions météorologiques extrêmes. Elles mettent en évidence des répercussions négatives dans le domaine des apprentissages [31]. Au-delà de l'effet sur les apprentissages, la fermeture des écoles comporte également des risques en lien avec d'autres aspects développementaux et adaptatifs importants permis par l'école : vecteur de socialisation, développement du sentiment d'appartenance au groupe ou encore lieu d'identification.

Les conséquences sont redoutées en population générale mais aussi peut être plus encore chez certains jeunes présentant des troubles psychiques pour lesquels les routines scolaires pourraient constituer des stratégies de coping importantes. Ces répercussions psychiques sont d'autant plus à redouter dans certains pays, comme les États Unis, où les soins psychiques sont massivement dispensés autour de la scolarité, perturbant ainsi l'accès habituel aux soins.

Le confinement pose aussi la question de l'exacerbation des situations de violences intrafamiliales et notamment de violence sur enfants possiblement en lien avec l'exacerbation des facteurs de risque dont certains pourraient être en lien direct avec le confinement (isolement social, étroitesse des locaux, perte de revenus) [32].

D'autres études pourraient suggérer l'existence de possibles facteurs protecteurs chez les enfants et adolescents à l'égard des risques du confinement. Par définition l'enfant n'évolue pas seul mais dans un groupe familial (avec au moins un parent ou représentant légal) ce qui pourrait apparaître protecteur sur le plan de l'isolement et du risque de solitude. Les résultats des études sont variables : plusieurs ne retrouvent pas de corrélation entre la symptomatologie (anxiodépressive essentiellement) et le nombre de personnes partageant le foyer [6]. Cependant, une étude met en lumière l'existence de symptômes moindres chez les sujets ayant 3 enfants ou plus qui pourrait plaider en faveur du rôle protecteur du groupe familial [33].

Par ailleurs, une étude réalisée auprès de 52000 personnes de 36 provinces de Chine mesurant un large panel de symptômes

psychologiques (anxiété, dépression, compulsion) met en évidence que les sujets en dessous de 18 ans sont ceux qui présentent les scores les plus faibles d'index de détresse péri traumatique à la CPDI. Les auteurs concluent que ces derniers ont probablement été protégés par le faible taux de morbidité touchant les plus jeunes ainsi que par l'exposition limitée à l'épidémie due aux mesures de quarantaine, laissant entrevoir ici un effet possiblement protecteur du confinement sur l'enfant [34].

Enfin, une étude évaluant les effets de la quarantaine chez un groupe d'étudiants avec un groupe contrôle au cours de l'épidémie H1N1, ne retrouve pas de différence significative entre les 2 groupes en termes de symptômes de stress post traumatique ni de bien être [35]. Les auteurs concluent que leur moindre niveau de responsabilités les protège probablement par rapport aux adultes. Cet élément apparaît intéressant dans la mesure où ce constat qui pourrait être généralisé aux enfants et adolescents qui n'assument pas directement le poids des facteurs économiques.

À l'issue de cette revue de la littérature, les conséquences du confinement chez l'enfant restent encore à approfondir. Par ailleurs il n'existe aucune étude sur les conséquences du confinement chez les enfants présentant des vulnérabilités ou troubles psychiatriques préexistants qui constituent notre population d'étude.

3. Matériel et méthode

3.1. Objectifs

Afin d'objectiver les effets immédiats du confinement ainsi que leur évolution au cours du temps, il a été proposé aux praticiens du service de mesurer l'état clinique global des enfants suivis par le service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du CHRU de Brest dès le début du confinement et jusqu'à la levée de ce dernier, soit du 17 mars au 11 mai 2020.

3.2. Population étudiée

Les enfants étaient ceux suivis pour des problématiques psychopathologiques ou développementales diverses, en consultations ambulatoires (CMP), en CATTP, en HDJ, Unité d'intervention développementale précoce, en SESSAD autisme, consultation ambulatoire spécialisée Troubles du comportement alimentaire (TCA), ou en Équipe Mobile, soit des enfants connus des cliniciens. Les enfants hospitalisés en temps plein n'ont pas été inclus car le confinement était au moins partiellement vécu par eux au sein de l'hôpital. De même, n'ont pas été inclus la file active de l'unité d'évaluation de l'autisme mais aussi les patients rencontrés au cours de l'activité de la liaison (urgences, pédiatrie générale, périnatalité) car il s'agissait de liens cliniques ponctuels auprès de patients non connus auparavant.

Les enfants inclus étaient âgés de 3 à 18 ans. Les enfants âgés de 0 à 3 ans et donc en amont de la scolarisation n'ont pas été inclus du fait de la difficulté d'évaluer l'état clinique global de très jeunes enfants à distance ainsi que de la diversité de leurs modes de garde habituels affectés de façon hétérogène par le confinement.

3.3. Données recueillies

Pour suivre l'évolution de l'état clinique des enfants au cours de la période du confinement, la Clinical Global Impression Improvement (CGI-I) a été utilisée lors de chaque consultation. En plus du score CGI-I correspondant au changement mesuré au cours du confinement, l'état clinique de l'enfant avant le confinement a été mesuré au début de l'observation par l'utilisation de la CGI-sévérité (CGI-S).

La CGI a été développée par Guy [36]. Il s'agit d'un instrument de mesure qui traduit l'impression globale d'un clinicien face à des

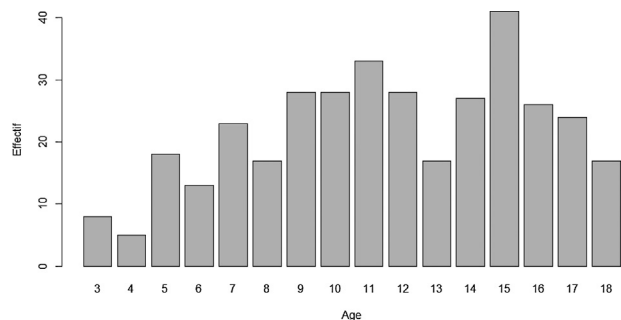


Fig. 1. Répartition des 354 enfants suivis selon l'âge.

patients porteurs de pathologies variées et notamment de troubles psychiatriques. L'échelle CGI mesure la sévérité du trouble sur une échelle de Likert allant de 1 (normal, pas du tout malade) à 7 (parmi les patients les plus malades). L'échelle CGI-I n'est côtée qu'à partir de la deuxième évaluation CGI et propose à l'investigateur d'évaluer l'amélioration globale du patient par comparaison à son état lors de la première CGI sur une échelle de 1 (très fortement amélioré) à 7 (très fortement aggravé).

Les cotations de la CGI sévérité initiale et des CGI-I correspondant au changement pendant le confinement étaient réalisées pour chaque patient par le même médecin psychiatre, référent de l'enfant. Cette cotation permettait ainsi de fournir une mesure récapitulative globale tenant compte de toutes les informations disponibles, y compris une bonne connaissance des antécédents du patient, des circonstances psychosociales, des symptômes, du comportement, ainsi que de l'impact des symptômes sur la capacité du patient à fonctionner.

Cette cotation était réalisée en présentiel pour les enfants et adolescents ayant continué à se rendre sur leur unité de prise en charge, au moins partiellement, pendant la période du confinement, en particulier pour les enfants fréquentant les CATTP et HDJ. Pour les autres, elle était réalisée lors d'une téléconsultation par téléphone ou visioconsultation remplaçant la consultation initialement prévue en présentiel. Cette téléconsultation comprenait, selon l'âge, un entretien avec l'enfant ou l'adolescent, et/ou un entretien avec le parent (ou assistant familial de l'enfant).

En plus du maintien du calendrier des consultations prévues, les situations génératrices d'inquiétudes toutes particulières pour des raisons liées à l'enfant et/ou à la fragilité de son environnement familial, ont fait l'objet de contacts anticipés par leur praticien habituel.

Les familles ont donné leur consentement pour l'utilisation des données recueillies.

4. Résultats

12 médecins du service ont utilisé l'ICG et 354 enfants ont pu bénéficier d'au moins une cotation de la CGI-I pendant la période du confinement soit de la semaine du 16 au 22 mars (semaine 1) à celle du 4 au 10 mai 2020 (semaine 8).

La Fig. 1 représente la répartition de la population étudiée selon l'âge.

4.1. Évolution clinique des enfants au cours du confinement

Parmi ces 354 patients, l'effectif total des enfants évalués au cours de chaque semaine varie de 329 (semaine 1) à 199 (semaine 8). Cette dispersion correspond à l'espacement des consultations dont la fréquence n'était pas hebdomadaire pour l'ensemble des enfants.

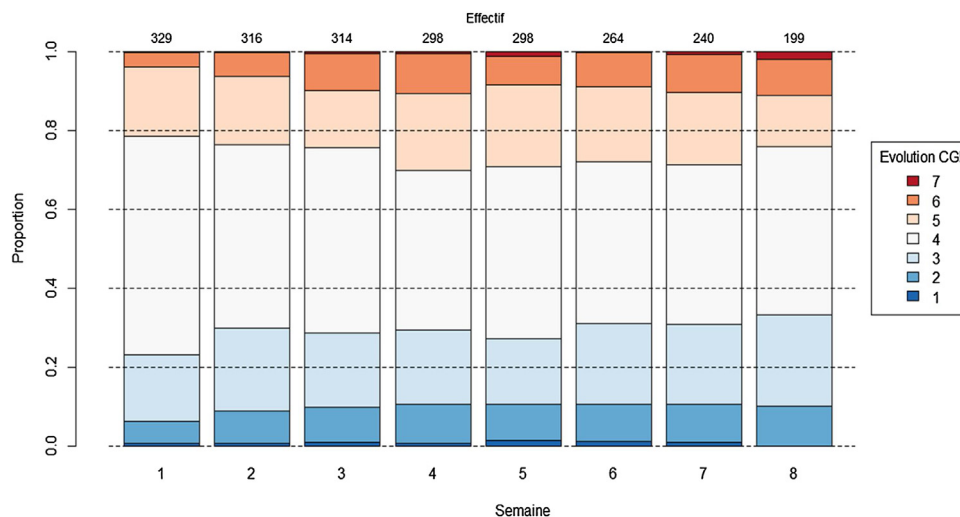


Fig. 2. Scores CGI-I des 354 enfants suivis au cours des 8 semaines du confinement. (1 très forte amélioration à 7 très forte dégradation. 4 correspondant à un état inchangé).

La Fig. 2 représente l'évolution des scores CGI-I au cours de chacune des 8 semaines du confinement pour l'ensemble des enfants suivis.

Ces résultats mettent en évidence une majorité d'enfant dont l'état clinique global est stable (score 4), oscillant entre 40 et 55 % de l'effectif chaque semaine.

On note par ailleurs une amélioration qui concerne 23 à 33 % des enfants avec une majorité de d'amélioration mineure (score 3).

Une détérioration est observée pour 22 à 30 % des enfants, il s'agit pour la plupart d'une dégradation mineure (score 5).

4.2. Analyse par sous-populations selon l'âge et la sévérité initiale des troubles

Une analyse des scores CGI-I a été réalisée par tranches d'âge. Elle ne retrouve pas de différence significative entre le pourcentage d'enfants dont l'état s'améliore (score CGI-I ≤ 3) et ceux dont l'état se dégrade (score CGI-I ≥ 5) en dehors de la population des 14-16 ans pour laquelle on note une amélioration plus importante. Cette différence est statistiquement significative pour la seconde semaine du confinement avec significativement plus d'amélioration que de dégradation pour les 14-16 ans sur cette période (p = 0,017) (Fig. 3).

À noter que cette tranche d'âge est particulièrement représentée dans l'effectif total (en particulier pour les sujets âgés de 15 ans) (Fig. 1), possiblement en lien avec la facilité d'accès direct aux adolescents via leur téléphone portable pour réaliser les téléconsultations.

Une analyse des scores CGI-I au cours du confinement a été réalisée en fonction du score de sévérité initial évalué à la CGI-S afin de rechercher un effet différentiel du confinement selon la gravité des troubles de l'enfant (indépendamment du diagnostic nosographique). Elle ne retrouve pas de différence significative entre le pourcentage d'enfants dont l'état s'améliore (score CGI-I ≤ 3) et ceux dont l'état se dégrade (score CGI-I ≥ 5) en fonction des scores de sévérité initiale des troubles à la CGI-S.

L'ensemble de ces éléments va dans le sens de l'hypothèse selon laquelle le confinement n'a pas conduit à une dégradation globale des enfants suivis dans le service.

4.3. Trajectoire de changement dans le temps

Afin d'évaluer la trajectoire de changement de l'état clinique des enfants au cours des semaines successives de confinement, nous

avons estimé une matrice de transition (stochastique ou de Markov) permettant d'évaluer les probabilités de transition d'un score CGI-I à un autre d'une semaine (t) à la semaine suivante (t + 1) (Fig. 4).

Si l'on considère la quatrième ligne, on peut voir les probabilités de passer d'un score CGI-I de 4 aux autres scores au cours de la semaine suivante. Ainsi, pour un enfant qui obtient un score CGI-I de 4 à la semaine t, il a une probabilité de 7 % d'être d'obtenir un score de 3 la semaine suivante, une probabilité de 79 % de conserver un score CGI-I à 4, et une probabilité de 12 % d'obtenir un score de 5.

Cela nous permet de dégager les constats suivants concernant l'adaptation au confinement au cours des différentes semaines successives :

- Les différents états sont relativement stables au cours des 8 semaines du confinement. En effet, les enfants conservent le même score CGI-I d'une semaine à l'autre, et s'ils changent de score, ils obtiennent un score proche (typiquement un écart de +1 ou -1 à la CGI-I) ;
- Il est possible de passer d'un état amélioré (note ≤ 3) à un état dégradé (note ≥ 5) mais cette probabilité est très faible ;
- Enfin, si l'on considère la diagonale de la matrice, qui indique les probabilités de conserver un même score CGI-I, on constate que les états liés à une amélioration (scores 1 à 3) apparaissent plus stables que les états liés à une dégradation. Ainsi, un nombre significatif d'enfants semble osciller entre les scores 4, 5 et 6 tandis que ceux qui obtiennent un score de 1, 2 ou 3 varient peu d'une semaine à l'autre. En effet, la probabilité de conserver un score CGI-I de 5 n'est que de 49 % alors que la probabilité de conserver un score de 3 est de 76 %.

5. Discussion

Nos résultats divergent donc de ceux de la littérature et de l'intuition largement partagée d'une dégradation psychique annoncée secondaire au confinement puisqu'ils mettent en effet en évidence, dans notre population d'enfants vulnérables suivis en pédopsychiatrie, une très large majorité d'enfants dont l'état clinique est inchangé voire pour certains même légèrement amélioré pendant cette période. Par ailleurs, cette tendance reste stable pendant toute la durée du confinement, sans dégradation secondaire au cours du temps.

Nos résultats permettent d'objectiver les constats cliniques énoncés par Clemens qui met en évidence, en population

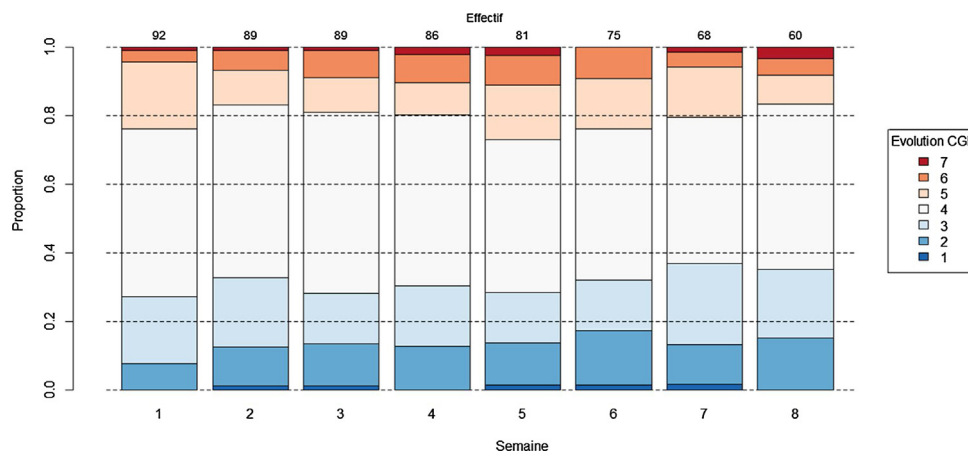


Fig. 3. Scores CGI-I de la population 14/16 ans au cours des 8 semaines du confinement.

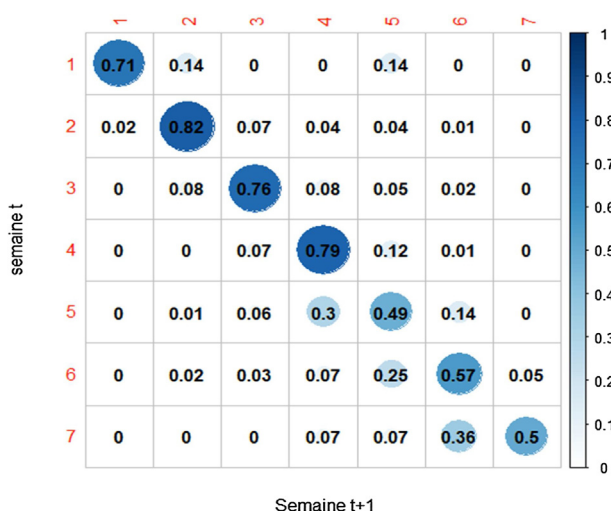


Fig. 4. Transition des scores CGI de la semaine t à la semaine t + 1.

générale, une typologie d'enfants constituée de trois groupes : un premier pour lequel le confinement semble avoir eu un impact positif, un second modérément affecté, et un troisième affecté plus nettement par le contexte du confinement [23]. Ils sont par ailleurs cohérents avec les résultats de l'analyse du vécu du confinement dans une population d'enfants porteurs de Trouble déficit d'attention hyperactivité (TDAH) qui conclut à l'absence de dégradation prépondérante voire à des améliorations cliniques au cours du confinement [37].

Ces résultats nous invitent à discuter l'existence de plusieurs facteurs protecteurs ayant pu contribuer à prévenir cette dégradation pourtant redoutée.

5.1. De confiner ... à contenir : dialectique dedans/dehors

Le premier point susceptible d'expliquer nos résultats réside dans la sensation de protection individuelle et familiale face à l'épidémie permise par le confinement [38].

En effet, se confiner apparaît comme un moyen certes archaïque mais bel est bien efficace pour se protéger et circonscrire le mal, le tenir à distance, dans un lieu familial plus ou moins choisi puisque la menace est perçue comme extérieure et au moins partiellement contrôlable en restant chez soi, loin du vécu d'effroi et d'impuissance qui caractérise le trauma [12].

La traduction littérale anglaise du terme confinement est « containment » qui se rapproche du terme « contenir » modalité

thérapeutique largement utilisée dans les soins en psychiatrie pour diminuer l'anxiété et permettre un apaisement, notamment par le biais d'une hospitalisation y compris sous la contrainte. Cette séparation dedans/dehors amène des limites physiques figurant des barrières protectrices. L'existence d'un ennemi invisible mais extérieur renforce cette opposition entre un intérieur protecteur et un extérieur menaçant. Les sorties du domicile soumises à dérogations écrites contribuent également à formaliser cette transition entre un intérieur rassurant et un extérieur plus ouvert mais aussi plus dangereux.

Par ailleurs, dans cette dialectique dedans/dehors augurée par la situation de confinement, percevoir la situation de confinement comme « toxique » reviendrait à imaginer que l'ennemi est intérieur et la menace interne, inhérente au sujet ou au groupe familial. Concevoir ainsi que des contacts contigus, rapprochés et permanents puissent engendrer des effets psychiques délétères voire traumatiques représente une façon inquiétante de considérer le groupe familial à l'exception cependant des situations effectives de violences intrafamiliales où la menace est en effet bien interne mais qui ne constitue absolument pas, fort heureusement, la majorité des systèmes familiaux.

5.2. Dépassement de la contrainte temporo-spatiale

Le second point qui pourrait permettre d'expliquer nos résultats nous semble tenir au dépassement possible des contraintes du confinement via notamment le développement des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) qui ont pris une part importante dans le contexte de l'épidémie COVID-19, première pandémie de l'ère du numérique.

Si pour certains la réduction spatiale « confine » à des conditions « d'enfermement ». Il convient cependant d'en relativiser les effets sans pour autant les banaliser.

En effet, il nous semble que nous sommes loin des effets psychopathologiques de l'enfermement et du « gate fever » rappelés par Englebert « Je me souviens de détenus qui sortaient de prison sans avoir connaissance de l'existence du gsm et de l'euro. Ce qui pose toute la question de la désocialisation de l'enfermement » [39].

Cette menace de désocialisation nous semble en effet inappropriée au contexte du confinement compte tenu des possibilités d'organiser librement le contenu du quotidien, des dérogations de sorties possibles, même si elles sont limitées dans le temps et l'espace, ainsi que de la persistance d'afférentes reçues depuis « le monde extérieur » via notamment les médias et l'usage des technologies de l'information et de la communication (TIC).

Concernant les conditions de vie de notre population, l'accès à un espace extérieur est par ailleurs fréquent dans notre région

rurale avec peu d'habitats regroupés et une moindre problématique de logements surpeuplés et de promiscuité. Les familles ont d'ailleurs beaucoup souligné l'importance de cet accès à l'espace extérieur en particulier pour les enfants présentant une composante d'hyperactivité. Par ailleurs, un élargissement des droits de sortie a été permis pour les enfants porteurs de handicap à partir du début du mois d'avril. Nous devons cependant poursuivre l'analyse pour savoir si le cadre de vie a eu une importance significative sur l'absence de dégradation psychique constatée.

Il convient par ailleurs de rappeler que la mise en place du confinement a été assortie de la possibilité d'en choisir de lieu. C'est ainsi que, selon les premiers éléments de l'enquête COCONEL, 91 % auraient été confinés dans leur domicile habituel, 1 % dans leur résidence secondaire et 7 % chez un membre de leur famille [13]. Le statut majoritairement représenté du confinement « chez soi » apparaît éminemment différent des situations de quarantaine dans des lieux dédiés. Le domicile représente à la fois la permanence et la singularité de l'identité, le lieu des initiatives personnelles (la décoration, les horaires, la manière de vivre), il est le témoin de l'expression d'une liberté qui persiste malgré les entraves liberticides du confinement. Il est également le lieu de la sécurité, offrant la protection d'un environnement connu, familial et d'un espace maîtrisé.

En ce qui concerne la dimension temporelle, il semblerait, sur un plan phénoménologique, que le confinement ait permis pour certains l'avènement d'une nouvelle dialectique temps/espace, comme si l'immobilité dans l'espace était remplacée par une mobilité dans le temps. En effet, avant le confinement, l'impression générale dominante était celle d'un temps qui avançait de façon autonome et bien souvent nous devançait, sans emprise possible. La mise en place d'un confinement à l'échelle de la moitié de l'humanité a conduit au ressenti d'un ralentissement voire d'une « suspension » quasi-universelle du temps, laquelle confère une sensation inédite de pouvoir se libérer de son étreinte et d'en reprendre la maîtrise.

En particulier, un certain nombre de familles ont pu bénéficier sous l'effet d'un confinement d'une diminution de la « pression temporelle » qui s'impose dans nos sociétés modernes, dans sa double composante à la fois cognitive, le sentiment de manque de temps (time shortage), mais aussi plus émotionnelle, le sentiment récurrent de précipitation (being rushed). Les corrélats de cette pression temporelle qui s'apparente à état de stress chronique sont non négligeables pour les sujets : sensation de perte de contrôle, inquiétude, anxiété, frustration [40].

Cela a également permis une moindre pression temporelle directement exercée sur l'enfant, marqué par un meilleur respect de ses rythmes physiologiques et développementaux : différer certaines attentes ou exigences vis à vis de l'enfant, respecter des temps de pause, alterner des activités directives avec des temps plus libres favorisant jeu autonome et autorégulation pour les plus jeunes mais aussi autonomie pour les plus grands. Ce ralentissement a sûrement profité à certaines populations, notamment aux enfants présentant des troubles du neurodéveloppement, en particulier de type troubles du spectre autistique (TSA), pour lesquels on s'accorde sur le fait que « le monde de va trop vite » et de la nécessité de ralentir les éléments les stimuli de l'environnement [41]. Nous réaliserons sur ce sujet aussi une analyse plus fine par groupes de pathologies.

Par ailleurs, chez l'enfant, il convient de souligner la valence positive, créative et le travail psychique fécond de l'ennui, à la fois dans le développement de l'enfant mais aussi pour l'adolescent chez qui recherche de solitude et repli témoignent du travail psychique à l'œuvre.

Les parents ont par ailleurs pu s'appuyer sur des ressources et recommandations largement diffusées pour occuper le temps, en population générale mais également dans des populations

spécifiques comme les TSA qui nécessitent une grande structuration du temps, mettre en place des routines, respecter des macrorhythmes (sommeil, repas), mais aussi limiter l'exposition aux écrans [42,43].

5.3. Les alternatives à la privation des contacts sociaux

Le confinement illustre un paradoxe entre une société mondialisée hyper-connectée ayant conduit à une propagation rapide de l'épidémie, et le risque d'une « épidémie » de solitude. Si, pour certains, le confinement a conduit à un isolement et une solitude effective, pour d'autres, il a imposé surtout, plus qu'une abolition, un réaménagement des contacts sociaux et des liens interindividuels.

Notamment, même si le confinement fait l'effet d'un prisme révélateur de la fracture numérique, à l'heure où une très large majorité de foyers est équipée, les outils de communication numériques apparaissent comme susceptibles de permettre de continuer à communiquer tout en tenant compte des contraintes du confinement, que ce soit via les appels téléphoniques mais aussi par un recours à la « visio », avec un développement massif des applications numériques telles que WhatsApp, Zoom, Facetime. Le contexte du confinement a par ailleurs vu émerger un intérêt particulier pour le phénomène du « Split screen » (écran partagé). Cette technologie bien connue des « gamers » qui prévoit l'usage d'un écran divisé entre différents protagonistes constitue une illustration parfaite d'une tentative de « séparation reliée ». Il est intéressant de constater qu'il ne s'agit pas là seulement d'une finalité de communication à distance mais vraisemblablement plutôt de reproduire une co-présence simultanée de protagonistes dans le temps et l'espace pour annihiler les contraintes du confinement.

En ce qui concerne les enfants, les enseignants ont fait preuve d'efforts conséquents pour se former de façon très rapide à l'usage de plateformes numériques d'enseignement et de communication à distance, permettant aux enfants de maintenir des liens avec les enseignants mais également avec leurs pairs. Classes virtuelles pour dispenser les apprentissages pour les adolescents, ou simplement voir l'enseignant et les camarades pour les plus jeunes, préserver un sentiment d'appartenance au groupe, blogs, diffusion de photos, travail collaboratif à distance, mais aussi mail et pour certains appels téléphoniques personnalisés. Les études montrent que le lien affectif si fondamental entre l'enseignant et l'apprenant peut être entretenu, au moins partiellement, dans les dispositifs d'e-learning en particulier ceux délivrant un enseignement synchrone et recourant à l'humour (usage d'émoticônes, etc.) [44].

5.4. Diminution du poids de facteurs de stress environnementaux et effet de normalisation du confinement

Le quatrième élément permettant de soutenir nos résultats pourrait tenir paradoxalement à la diminution de facteurs de stress environnementaux voire à la suppression de certains dont le poids, sans doute plus négligeable en population générale, voire disposant d'une valence positive, prennent une part importante pour les enfants et adolescents suivis en psychiatrie infanto-juvénile.

En effet, un des paradoxes du confinement est celui d'une opposition majeure entre une actualité stressante, urgente, et la tranquillité apparente dans l'environnement immédiatement perçu, en particulier à l'interface immédiat dedans/dehors. La période de début de printemps a pu favoriser également cette impression de quiétude ambiante ainsi que l'impact non négligeable d'une météo printanière très favorable.

Du côté de l'enfant, le contexte du confinement a entraîné une diminution des stimulations notamment en lien avec l'arrêt de la fréquentation de l'école, la suspension des activités extra scolaires, des prises en charge en rééducation parfois très nombreuses,

ainsi qu'une diminution des transitions entre les différents lieux habituellement fréquentés par l'enfant mais également moins de situations de séparation d'avec les parents.

En ce qui concerne les enfants suivis en protection de l'enfance, une note de l'Observatoire National de la Protection de l'Enfance (ONPE) évoque aussi une absence de dégradation voire une amélioration clinique chez un certain nombre d'enfants placés en lien avec une stabilisation dans un lieu de vie qui apparaît cohérente avec nos résultats [45]. En effet, la plupart des enfants en danger ou à risque de danger connus de la pédopsychiatrie bénéficiaient déjà, avant la mise en place du confinement, d'une mesure éducative voire d'un placement ayant permis de prévenir l'acutisation possible de violences dans le contexte du confinement. Il se peut ainsi que nos résultats reflètent l'évolution de ces enfants sans rendre compte des effets délétères de violences sur des situations non connues qu'il conviendra de repérer et prendre en charge. La situation est évidemment plus inquiétante pour les enfants confiés à la Protection de l'Enfance qui ont dû réintégrer des familles dysfonctionnelles sans liens consistants avec les professionnels [23].

En ce qui concerne par ailleurs la levée de facteurs de stress sous l'effet du confinement, l'arrêt de la fréquentation de l'école est un élément particulièrement notable pour les enfants et adolescents suivis en pédopsychiatrie. Les services accompagnent en effet de nombreuses situations d'enfants et adolescents pour lesquels la scolarité constitue un enjeu complexe, pouvant aller jusqu'au refus scolaire qui concerne jusqu'à 8 % de ceux consultant en pédopsychiatrie et en constante augmentation [46].

En effet l'environnement scolaire sollicite de nombreux aspects et compétences développementales et adaptatives mises en tension chez les sujets présentant des troubles psychiques ou neurodéveloppementaux, de façon transnosographique. De ce fait, l'école représente à la fois un terrain d'expression privilégié dans certaines catégories de troubles, facteur déclenchant ou aggravant de la psychopathologie, ou simplement lieu d'expression du mal être et de stigmatisation ; voilà autant d'éléments qui se trouvent apaisés par la situation de confinement et pourraient contribuer à l'absence de dégradation voire à des améliorations symptomatiques constatées dans nos résultats.

La scolarisation représente aussi un enjeu narcissique important pour les parents des enfants présentant des troubles psychiques et la revendication largement médiatisée autour de l'inclusion scolaire témoigne de l'importance de cet aspect.

Depuis le début du confinement, certains parents dont les enfants sont partiellement scolarisés voire complètement déscolarisés du fait de leurs troubles, pourraient ressentir que la fermeture généralisée des écoles les amène, pour la première fois, à une forme de « normalisation ». Cet effet de normalisation sous l'effet du confinement a pu être perceptible également chez certains sujets anxieux présentant des TOC quasi normalisés par la généralisation des mesures d'hygiène sanitaires.

Ainsi s'il est communément admis et majoritairement énoncé que le confinement est pourvoyeur d'inégalités, nos résultats suggèrent que dans les situations d'enfants et parents vulnérables que nous prenons en charge, et qui pourraient vivre habituellement une forme d'exclusion ou de stigmatisation en lien avec les troubles ou leurs conséquences, cette crise pourrait paradoxalement agir comme une « révolution égalitaire », ayant un impact possiblement positif sur les familles suivies au sein du service.

Enfin, nos résultats pourraient au moins en partie tenir aux ressources et stratégies adaptatives déployées en cette période inédite par les enfants et leurs parents permettant des réaménagements notables lesquels ont conduit à des effets positifs manifestes sur l'enfant.

5.5. Les stratégies d'adaptation et ressources déployées par les enfants et leurs parents

Comme toute situation de crise, celle du COVID-19 a entraîné une mise à jour de capacité de résilience, stratégies d'adaptation ou coping chez les enfants mais également chez les parents.

La plupart des enfants semblent avoir bien intégré le contexte en fonction toutefois de leur niveau de développement et de leurs capacités cognitives. Des ressources ont par ailleurs été proposées pour aider les parents à expliquer le « récit de l'épidémie » ainsi que les mesures de distanciation sociale, autant d'éléments importants pour que l'enfant puisse se forger une théorie profane au sujet de l'arrivée de la maladie, la rendre appréhensible, diminuer ainsi l'angoisse et se figurer l'invisible. Pour exemple, l'illustrateur Florian Proust et la Société de l'Information Psychiatrique (SIP) se sont associés pour réaliser un album visant à expliquer le coronavirus aux enfants suivis en pédopsychiatrie et à accompagner au mieux leurs parents pendant cette période [47].

Certaines données commencent également à émerger concernant le vécu de l'enfant et son adaptation à l'école à distance depuis le début du confinement. Pascal Haag, chercheuse à l'EHESS a réalisé un questionnaire en ligne à destination des enfants et adolescents. Ses premiers résultats soulignent de nombreux aspects très positifs chez 672 participants du CP à la Terminale puisque 66 % rapportent que des éléments positifs peuvent être retirés de l'expérience du confinement. Certaines tendances se dessinent en fonction de l'âge : les enfants d'élémentaire évoquent ainsi davantage la famille et le plaisir d'être chez soi, tandis que les collégiens et les lycéens soulignent davantage le gain d'autonomie [48].

En ce qui concerne les parents, il nous semble que le contexte du confinement vient souligner leur rôle prépondérant auprès de l'enfant, mettant en lumière les fonctions principales de la parentalité, au premier rang desquelles figure celle de protéger l'enfant contre « les risques de la vie ». Le confinement matérialise en effet que c'est auprès d'eux, à la maison, que l'enfant est le plus en sécurité. Sans minimiser le contexte actuel dramatique, il semblerait qu'il ne vienne pas contrecarrer le besoin essentiel de protection et de proximité avec le/s parent(s) qui caractérise les enfants. Il est par ailleurs possible que cette position en elle-même ait permis une renarcissisation de certains parents fragiles, en doute sur leurs capacités parentales, profil qui constitue une partie non négligeable des parents accompagnés par les services de soins psychiques pour enfants.

Ce contexte viendrait ainsi, pour certains, soutenir la fonction parentale et faire que ces pères et mères parfois disqualifiés soient les premiers acteurs, cela en s'appuyant sur leurs capacités plutôt qu'en pointant leurs manques et leurs difficultés, soulignant ainsi la dimension d'empowerment de la famille.

Ce qui est notable par ailleurs dans cette crise c'est qu'elle a entraîné de nécessaires réaménagements de l'organisation familiale, et en particulier une possible redistribution des prérogatives entre les deux parents. Mère, père et enfants, ont été tenus de rester à la maison, additionnant au même endroit, au même moment, ces charges domestiques, parentales, professionnelles... Dans la plupart des systèmes familiaux, le confinement a ainsi permis une plus grande disponibilité et un relais entre les deux parents, en dehors des situations de familles monoparentales possiblement sources d'épuisement sur la durée. Ces réaménagements familiaux n'ont sans doute pas été sans effet sur les enfants dans leur adaptation à la situation de confinement. En particulier pour les parents d'enfants avec troubles psychiques, il existe souvent un aidant familial principal (majoritairement la mère) et on s'accorde sur le rôle important du soutien apporté par l'autre parent qui apparaît comme un facteur protecteur de l'altération de la qualité de vie liée aux troubles de l'enfant [49].

Par ailleurs, la nécessité du confinement qui s'est imposé positionne les parents dans une situation qui les amène à devoir exercer une parentalité entière, sans délégation ni relai possible à d'autres adultes. Habituellement, les parents ne sont jamais seuls à s'occuper de leurs enfants. De tout temps, cette parentalité est partagée avec d'autres : nourrices, famille proche ou élargie, enseignants et même rééducateurs, soignants. Lorsqu'un enfant est suivi par une équipe de soins, on aperçoit un pan de cette parentalité partielle souvent bien difficile à vivre pour les parents sur le plan narcissique [50].

On a vu sous l'effet du confinement évoluer ces relations avec notamment une forme de symétrisation du lien. En effet, dans ce contexte inédit, les barrières tombent, le parent devient enseignant, l'école est à la maison, les soignants sont eux même à risque d'être malades, parfois ils sont en télétravail, eux même avec leurs propres enfants à charge. En découle une modification de la relation parfois marquée par une tonalité plus familière des échanges lors des téléconsultations. Les parents ont pu de ce fait se sentir rassurés, revalorisés, renarcissés. Ils peuvent retrouver une énergie nouvelle auprès des professionnels dans une relation moins asymétrique, et plus égalitaire. Les effets de ces modifications des liens ne sont sans doute pas négligeables car le jeu des identifications parents/soignants et même parents/enseignant a pu s'en trouver favorisé et ainsi profiter à l'enfant.

6. Limites

Notre travail comprend plusieurs limites.

En premier lieu, nos résultats concernent des enfants présentant des troubles psychiques connus, déjà suivis en pédopsychiatrie et qui ont été en contact avec leur praticien habituel pendant la période du confinement. De ce fait, ils ne sont pas généralisables à l'ensemble de la population ni même à l'ensemble des enfants présentant des troubles psychiques dont certains sont encore non connus et non pris en charge.

Cependant, notre population d'étude correspondait à un échantillon de la file active du service recrutée auprès de 12 cliniciens exerçant au sein d'unités variées. Au delà de l'activité prévue, une prise de contact a été initiée par ces cliniciens dans les situations pour lesquelles les conséquences du confinement étaient les plus redoutées. Cet élément, associé à la présence étendue des familles et enfants à leur domicile, facilitant l'aboutissement de ces contacts, a contribué à limiter l'existence de potentiels perdus de vue, y compris au sein des familles dans lesquelles une dégradation de l'enfant n'aurait pas abouti à une demande spontanée.

Notre population était donc composée d'enfants présentant des profils variés, allant de simples difficultés ou troubles passagers à des pathologies plus sévères et durables, et évoluant au sein de situations familiales très contrastées.

Par ailleurs, l'activité du service au cours de cette période a dû être réorganisée dans l'urgence, en tenant compte des limitations et contraintes sanitaires, avec un impact non négligeable sur la fréquence, la nature et la qualité des interventions qui ont été délivrées.

Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, nos résultats pourraient ainsi rendre compte des effets du confinement au sein d'un échantillon assez représentatif d'enfants dans une perspective observationnelle plus qu'interventionnelle.

Une seconde limite de cette étude réside dans le fait que la majorité des enfants ont été évalués par le biais d'une téléconsultation. En effet, en dehors des enfants ayant continué à se rendre ponctuellement sur leur unité de prise en charge (souvent enfants présentant les troubles les plus sévères), cette évaluation et notamment la cotation du score à la CGI-I a reposé sur un entretien par téléphone ou visioconsultation avec l'enfant et/ou le parent en

fonction de l'âge. Cela pose la question d'un possible biais d'évaluation. Notamment, on peut s'interroger sur le fait que certains parents aient pu sous-estimer voire méconnaître des signes de détresse psychique du fait du manque de spécificité de certains symptômes anxieux et/ou dépressifs chez l'enfant et l'adolescent. Cependant, ce biais nous semble amoindri par deux éléments : d'une part, les enfants sont suivis dans le service et donc les parents disposent déjà d'une certaine connaissance de leur enfant, de ses troubles et de leurs manifestations, certains parents bénéficiant même de groupes d'éducation thérapeutique dans quelques unités. D'autre part, les enfants ont été évalués par leur psychiatre référent habituel, ce dernier disposant d'une bonne connaissance de l'enfant et de sa situation familiale, y compris de la fidélité de l'évaluation parentale de l'état clinique de l'enfant, réduisant ainsi les biais de cotation de la CGI-I à distance.

Enfin, l'évaluation des enfants a été réalisée sur la durée des 8 semaines du confinement. Elle ne permet donc pas d'en évaluer les effets potentiels à plus long terme.

7. Conclusion

Ce travail illustre le fait que la crise semble avoir entraîné un biais cognitif de négativité conduisant à appréhender les effets du confinement majoritairement sous l'angle des risques psychiques. Nos résultats issus des suivis d'enfants pris en charge en service de psychiatrie infanto-juvénile ne confirment pas cette intuition : le repli de l'enfant dans sa famille, contraint et durable mais cependant limité dans le temps, n'apparaît pas pourvoyeur d'une dégradation clinique inéluctable.

La stabilisation, voire peut être même plus encore les états d'amélioration objectivés chez certains enfants au cours du confinement, posent cependant la question des effets que pourra entraîner le déconfinement. On peut notamment supposer que les enfants ayant connu une amélioration clinique induite pas le retrait de certains facteurs environnementaux pourraient, au moment de la remise en place de ces mêmes facteurs, dans un contexte rendu encore plus anxiogène, connaître une perte de cette amélioration, voire même éventuellement un effet rebond. Pour ces derniers, comme pour les autres, les conséquences à distance de la période du confinement restent ainsi encore à évaluer.

Remerciements

Nous remercions tous les cliniciens et toutes les équipes du service pour leur contribution à ce travail ainsi que les patients et leur famille.

Déclaration de liens d'intérêts

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

Références

- [1] Coronavirus Resources Center, Johns Hopkins University of Medicine. Available at <https://coronavirus.jhu.edu/map.html> (Accessed on 25 may 2020).
- [2] Adhikari SP, Meng S, Wu Y-J, Mao Y-P, Ye R-X, Wang Q-Z, et al. Epidemiology, causes, clinical manifestation and diagnosis, prevention and control of coronavirus disease (COVID-19) during the early outbreak period: a scoping review. *Infect Dis Poverty* 2020;17(9):29.
- [3] Jiehao Cai, Jing Xu, Daojiong Lin, Zhi Yang, Lei Xu, Zhenghai Qu, et al. A Case Series of children with 2019 novel coronavirus infection: clinical and epidemiological features. *Clinical Infectious Diseases* 2020, <http://dx.doi.org/10.1093/cid/ciaa198>.
- [4] Shigemura J, Ursano RJ, Morganstein JC, Kurosawa M, Benedek DM. 2020. Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV): mental health consequences and target populations. *Psychiatry Clin Neurosci* 2020, <http://dx.doi.org/10.1111/pcn.12988>.
- [5] Mengin AM, Alle MJ, Rolling J, et al. Conséquences psychopathologiques du confinement. *Encephale* 2020, <http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.007>.

- [6] Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet* 2020;395(10227):912–20, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8).
- [7] Bai Y, Lin C-C, Lin C-Y, Chen J-Y, Chue C-M, Chou P. Survey of stress reactions among health care workers involved with the SARS outbreak. *Psychiatr Serv* 2004;55:1055–7.
- [8] Sprang G, Silman M. Posttraumatic stress disorder in parents and youth after health-related disasters. *Disaster Med Public Health Prep* 2013;7(1):105–10, <http://dx.doi.org/10.1017/dmp.2013.22>.
- [9] Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17(5):E1729.
- [10] American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. American Psychiatric Publishing; 2013.
- [11] Auxéméry Y. L'état de stress post-traumatique en construction et en déconstruction. *L'information psychiatrique* 2013;89(8):641–9, <http://dx.doi.org/10.3917/inpsy.8908.0641>.
- [12] Lebigot F. À l'origine de la névrose traumatique, l'effroi ou le stress. Discussion, approches thérapeutiques. *Ann Med Psychol* 2015;173:819–27.
- [13] Enquête longitudinale Coronavirus Confinement COCONEL, Note de synthèse numéro 1 confinement et conditions de vie (internet) available at <https://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2020/04/Etude-Coconel-Note-n1-confinement-conditions-de-vie-2.pdf> (accessed on 15 April 2020).
- [14] Da Silva MA, Singh-Manoux A, Brunner EJ, et al. Bidirectional association between physical activity and symptoms of anxiety and depression: the Whitehall II study. *Eur J Epidemiol* 2012;27(7):537–46.
- [15] Zhang Y, Ma ZF. Impact of the COVID-19 Pandemic on Mental Health and Quality of Life among Local Residents in Liaoning Province, China: A Cross-Sectional Study. *International journal of environmental research and public health* 2020;17(7):2381, <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17072381>.
- [16] Lambert GW, Reid C, Kaye DM, Jennings GL, Esler MD. Effect of sunlight and season on serotonin turnover in the brain. *Lancet* 2002;360(9348):1840–2, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)11737-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(02)11737-5).
- [17] Friedman WJ. Memory for the time of past events. *Psychological Bulletin* 1993;113:44–66.
- [18] Vecchierini M-F. Le sommeil: régulation et phénoménologie. *Revue des Maladies Respiratoires* 2013;30(10):843–55.
- [19] Mella N, Conty L, Pouthas V. The role of physiological arousal in time perception: psychophysiological evidence from an emotion regulation paradigm. *Brain and cognition* 2011;75(2):182–7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.bandc.2010.11.012>.
- [20] Morin CM, Benca R. Chronic insomnia. *Lancet* 2012;379(9821):1129–41, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60750-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60750-2).
- [21] Rupp D, Vodanovich S. The role of boredom proneness in self-reported anger and aggression. *J Soc Behav Pers* 1997;12(4):925.
- [22] Ahmed MZ, Ahmed O, Aibao Z. Epidemic of COVID-19 in China and associated psychological problems. *Asian J Psychiatry* 2020;51:102092.
- [23] Clemens V, Deschamps P, Fegert JM, Anagnostopoulos D, Bailey S, Doyle M, et al. Potential effects of “social” distancing measures and school lockdown on child and adolescent mental health. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2020;29(6):739–42, <http://dx.doi.org/10.1007/s00787-020->.
- [24] Mikolajczak M, Raes M-E, Avalosse H, Roskam I. Exhausted Parents: Sociodemographic, Child-Related, Parent-Related, Parenting and Family-Functioning Correlates of Parental Burnout. *Journal of Child and Family Studies* 2017;10, <http://dx.doi.org/10.1007/s10826-017-0892-4>.
- [25] Reynolds DL, Garay JR, Deamond SL, Moran MK, Gold W, Styra R. Understanding, compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience. *Epidemiology & Infection* 2008;136:997–1007, <http://dx.doi.org/10.1017/S0950268807009156>.
- [26] Usher K, Bhullar N, Jackson D. Life in the pandemic: Social isolation and mental health. *J Clin Nurs* 2020.
- [27] Xie X, Xue Q, Zhou Y, Zhu K, Liu Q, Zhang J, et al. Mental Health Status Among Children in Home Confinement During the Coronavirus Disease 2019 Outbreak in Hubei Province, China. *JAMA pediatrics* 2020, <http://dx.doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.1619>, e201619 [Advance online publication].
- [28] Jiao WY, Wang LN, Liu J, Fang SF, Jiao FY, Pettoello-Mantovani M, et al. Behavioral and Emotional Disorders in Children during the COVID-19 Epidemic. *The Journal of pediatrics* 2020;221:264–6, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.03.013> [e1].
- [29] Liu JJ, Bao Y, Huang X, Shi J, Lu L. Mental health considerations for children quarantined because of COVID-19. *Lancet Child Adolesc Health* 2020;4(5):347–9, [http://dx.doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30096-1](http://dx.doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30096-1).
- [30] Wang G, Zhang Y, Zhao JJ, Zhang J, Jiang F. Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. *Lancet* 2020;395:945–7, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)3054](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)3054).
- [31] Marcotte, Dave E. and Hemelt, Steven W., *Unscheduled School Closings and Student Performance* (July 2007). IZA Discussion Paper No. 2923. Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=1001409>.
- [32] Bradbury-Jones C, Isham L. The pandemic paradox: the consequences of COVID-19 on domestic violence. *J Clin Nurs* 2020, <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.15296>.
- [33] Hawryluck L. SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerg Infect Dis* 2004;10:1206–12.
- [34] Qiu J, Shen B, Zhao M, Wang Z, Xie B, Xu Y. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *General psychiatry* 2020;33(2), <http://dx.doi.org/10.1136/gpsych-2020-100213>, e100213.
- [35] Wang Y, Xu B, Zhao G, Cao R, He X, Fu S. Is quarantine related to immediate negative psychological consequences during the 2009 H1N1 epidemic? *Gen Hosp Psychiatry* 2011;33(1):75–7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2010.11.001>.
- [36] *Clinical Global Impressions*. Guy W, editor. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology, revised. Rockville, MD: National Institute of Mental Health; 1976.
- [37] Bobo E, Lin LE, Acquaviva E, Caci H, Franc N, Gamon L, et al. Comment les enfants et adolescents avec le trouble déficit d'attention/hyperactivité (TDAH) vivent-ils le confinement durant la pandémie COVID-19? *L'Encéphale* 2020;46(3):S85–92, <http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2020.05.011>.
- [38] Bronsard G. Espace de réflexion éthique de Bretagne (EREB). Le confinement est-il tant à craindre? Effets psychologiques du confinement: Ne pas confondre le mal et son remède available at <https://www.espace-ethique-bretagne.fr/wp-content/uploads/2020/04/Le-confinement-est-il-tant-à-craindre.pdf> (accessed on 2 April 2020).
- [39] Jérôme Englebert. *Psychopathologie de l'homme en situation. Le corps du détenu dans l'univers carcéral*. Paris: Éditions Hermann; 2013.
- [40] Cœugnet S, Charron C, Ribert-Van De Weerd C, Anceaux F, Naveteur J. La pression temporelle: un phénomène complexe qu'il est urgent d'étudier. *Le travail humain* 2011;74(2):157–9.
- [41] Gepner B. Le monde va trop vite pour les personnes autistes ! Hypothèses neurophysiopsychopathogéniques et implications rééducatives. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 2006;54, <http://dx.doi.org/10.1016/j.neurenf.2006.10.012>.
- [42] Fiches pratiques | Pédopsychiatrie, CHU de Robert Debré. Pédopsychiatrie, CHU, <https://www.pedopsydebre.org/fiches-pratiques> (accessed on 13 May 2020).
- [43] Cluver L, Lachman JM, Sherr L, Wessels I, Krug E, Rakotomalala S, et al. Parenting in a time of COVID-19. *Lancet* 2020;395(10231):e64, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30736-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30736-4).
- [44] Giesbers B, Rienties B, Tempelaar D, Gijssels W. Investigating the Relations between Motivation, Tool Use, Participation, and Performance in an E-learning Course Using Web-videoconferencing. *Computers in Human Behavior* 2013;29, <http://dx.doi.org/10.1016/j.chb.2012.09.005>.
- [45] Observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE). Premières observations sur la gestion du confinement/crise sanitaire en protection de l'enfance, available at http://www.infomie.net/IMG/pdf/20200505_premieres_observations_gestion_crise_sanitaire_protection_enfance_onpe_1.pdf (accessed on 25 May 2020).
- [46] Le Galudec M, Richard Y, Saint-André S, Garlandezec A. Les demandes de consultation en pédopsychiatrie: une étude descriptive sur cinq années dans un service universitaire. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 2011;59(1).
- [47] Société de l'Information Psychiatrique. Le coronavirus expliqué par mon pédopsychiatre. Available at <https://sip.sphweb.fr/wp-content/uploads/sites/2/2020/03/Le-Coronavirus-expliqué-par-mon-pédopsychiatre.compressed.pdf> (Accessed on 10 May 2020).
- [48] Haag P. EHESS, Confinement et éducation à distance, le regard des élèves; 2020 [Available at <https://www.ehess.fr/fr/carnet/confinement-et-education-distance-regard-eleves> (accessed on 15 May 2020)].
- [49] Ekas NV, Lickenbrock DM, Whitman TL. Optimism, social support, and well-being in mothers of children with autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord* 2010;40(10):1274–84, <http://dx.doi.org/10.1007/s10803-010-0986-y>.
- [50] Le Run J, Billard A. Les parents à l'hôpital de jour. *Enfances & Psy* 2003;21(1):113–20, <http://dx.doi.org/10.3917/ep.021.0113>.