



Évaluation standardisée des troubles psychiatriques dans une cohorte de patients consultant en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent en région PACA pendant et après le confinement lié à la pandémie de COVID-19

Ariel Revah

► To cite this version:

Ariel Revah. Évaluation standardisée des troubles psychiatriques dans une cohorte de patients consultant en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent en région PACA pendant et après le confinement lié à la pandémie de COVID-19. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03472527

HAL Id: dumas-03472527

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03472527>

Submitted on 9 Dec 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Évaluation standardisée des troubles psychiatriques dans
une cohorte de patients consultant en psychiatrie de
l'enfant et de l'adolescent en région PACA pendant et après
le confinement lié à la pandémie de COVID-19**

Thèse d'exercice de Médecine

Présentée et soutenue publiquement le 20 octobre 2021 à la Faculté de Médecine de Nice

Par Monsieur **Ariel REVAH**

Né le 26 février 1992 à Marseille

Pour l'obtention du **diplôme d'Etat de Docteur en Médecine**

Spécialité : **Psychiatrie**

Membres du jury :

Présidente : Madame le Professeur ASKENAZY-GITTARD Florence

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur FERNANDEZ Arnaud

Assesseurs : Monsieur le Professeur BENOIT Michel

Monsieur le Professeur POINSO François

Monsieur le Professeur Émérite RUFO Marcel



Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

Pr. BAQUÉ Patrick

Vice-doyens

Pédagogie

Pr. ALUNNI Véronique

Recherche

Pr. DELLAMONICA Jean

Etudiants

M. JOUAN Robin

Chargé de mission projet Campus

Pr. PAQUIS Philippe

Conservateur de la bibliothèque

Mme AMSELLE Danièle

Directrice administrative des services

Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

M. RAMPAL Patrick

M. BENCHIMOL Daniel



Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52.03)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	QUATREHOMME Géraud	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)



Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GUÉRIN Olivier	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Médecine d'urgence (48.05)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)



Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BERTHET Jean-Philippe	Chirurgie Thoracique (51.03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54.02)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
Mme	ESTRAN-POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M	FAVRE Guillaume	Physiologie (44.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48.04)
Mme	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	ORBAN Jean-Christophe	Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (48.01)
M.	ROHRICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	VANBIERVIET Geoffroy	Gastro-entérologie (52.01)



Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	CAMUZARD Olivier	Chirurgie Plastique (50-04)
Mme	CONTENTI-LIPRANDI Julie	Médecine d'urgence (48-04)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	LOTTE Romain	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière (45.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
M.	MASSALOU Damien	Chirurgie Viscérale (52-02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
M.	SQUARA Fabien	Cardiologie (51.02)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	THUMMLER Susanne	Pédopsychiatrie (49-04)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	TRAN Antoine	Pédiatrie (54.01)



Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

Mme GROS Auriane Orthophonie (69)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)
M. SICARD Antoine Néphrologie (52-03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles Médecine Générale (53.03)
Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03)
M. GASPERINI Fabrice Médecine Générale (53.03)
M. HOGU Nicolas Médecine Générale (53.03)



Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

M. AMIEL Jean	M. GÉRARD Jean-Pierre
M. ALBERTINI Marc	M. GIBELIN Pierre
M. BALAS Daniel	M. GILLET Jean-Yves
M. BATT Michel	M. GRELLIER Patrick
M. BLAIVE Bruno	M. GRIMAUD Dominique
M. BOQUET Patrice	M. HOFLIGER Philippe
M. BOURGEON André	M. JOURDAN Jacques
M. BOUTTÉ Patrick	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LAZDUNSKI Michel
Mme BUSSIÈRE Françoise	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LE FICHOUX Yves
M. CANIVET Bertrand	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CASSUTO Jill-patrice	M. MARIANI Roger
M. CHATEL Marcel	M. MASSEYEFF René
M. COUSSEMENT Alain	M. MATTEI Mathieu
Mme CRENESSE Dominique	M. MOUIEL Jean
M. DARCOURT Guy	Mme MYQUEL Martine
M. DELLAMONICA Pierre	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DELMONT Jean	M. PRINGUEY Dominique
M. DEMARD François	M. SANTINI Joseph
M. DESNUELLE Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DOLISI Claude	M. SCHNEIDER Maurice
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	M. THYSS Antoine
M. FENICHEL Patrick	M. TOUBOL Jacques
M. FUZIBET Jean-Gabriel	M. TRAN Dinh Khiem
M. FRANCO Alain	M. VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. FREYCHET Pierre	
M. GASTAUD Pierre	

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques	M. GIUDICELLI Jean
M. BASTERIS Bernard	M. MAGNÉ Jacques
M. BENOLIEL José	Mme MEMRAN Nadine
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie	M. MENGUAL Raymond
Mme DONZEAU Michèle	M. PHILIP Patrick
M. EMILIOZZI Roméo	M. POIRÉE Jean-Claude
M. FRANKEN Philippe	Mme ROURE Marie-Claire
M. GASTAUD Marcel	



Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	LEBOEUF Mathieu	gynécologie- obstétrique
Mme	NADEAU Geneviève	uro-gynécologie
M.	ODIN Guillaume	Chirurgie maxilo-faciale
M.	PEYRADE Frédéric	Onco-Hématologie
M.	PICCARD Bertrand	Psychiatrie
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

Remerciements

A Madame le Professeur Florence Askenazy, présidente du jury :

Je tiens à vous remercier de m'avoir accueilli dans cette belle discipline qu'est la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Vos enseignements, cliniques et théoriques, sont des jalons dans mon parcours. J'ai, en particulier, appris de vous la constante nécessité de remettre en question son raisonnement et d'explorer les hypothèses alternatives. Merci de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse.

A Monsieur le Professeur Michel Benoit, membre du jury :

C'est dans vos services qu'a débuté mon internat et que m'est apparu clairement que le choix de la psychiatrie était le bon pour moi. Merci de m'avoir accompagné avec bienveillance dans la construction de mon internat. Je vous remercie de me faire l'honneur de votre présence à ce jury de thèse.

A Monsieur le Professeur François Poinso, membre du jury :

Je suis reconnaissant d'avoir pu suivre vos enseignements le temps d'un semestre. La participation à vos consultations en binôme et à vos consultations commentées a été pour moi un enseignement riche et stimulant. Je vous remercie de m'avoir permis d'apprendre en vous observant et d'avoir aiguisé mon sens clinique. Merci de me faire l'honneur de votre participation à ce jury de thèse.

A Monsieur le Professeur Émérite Marcel Rufo, membre du jury :

Il fallait bien que j'écoute le conseil avisé de notre ami commun, afin de vous rencontrer et d'assister à vos consultations. Et voilà que je m'apprête à poursuivre l'aventure un semestre durant. Merci de me permettre de bénéficier de votre grande expérience, source d'inspiration dans ma pratique clinique. Je vous remercie de l'honneur que vous me faites par votre participation à ce jury de thèse.

A Monsieur le Docteur Arnaud Fernandez, directeur de thèse :

Cher Arnaud, tous mes remerciements pour l'aide et le soutien dont tu m'as gratifié pour la réalisation de ce travail de thèse ainsi que pour tout le temps que tu y as consacré. Au-delà de ce travail spécifique, tu as été pour moi un exemple et un modèle de choix qui m'a permis de progresser dans ma pratique professionnelle au cours des dernières années. Je te suis très reconnaissant pour tout ce que tu m'as apporté.

A tous ceux qui ont participé à la réalisation de ce travail et en particulier à toute l'équipe du CE2P : Michele Battista, Laura Brocart, Marie-Line Menard, Anamaria Bogdan, Morgane Gindt, Ophélie Nachon, Aurélien Richez, Anne-Lise Tosello, Marie Cayre, Mahe Tric, Oriane Chartier, Floriane Vallee, Lea Bruni et Sabrina Jordan.

Au Docteur Jokthan Guivarch, et à Manon Lucibello, pour la participation de Marseille et d'Avignon.

A Gaëlle Laure pour son aide précieuse dans mes différents projets de thèse.

A Roxane Fabre, pour sa contribution sur le volet statistique.

Au Docteur Jean-Marc Chabannes qui, un jour d'examen clinique de 5^{ème} année, m'a encouragé dans la voie de la psychiatrie.

Au Docteur Michael Guetta, l'ami qui m'a permis d'assister à mes premières consultations de psychiatrie et plus tard à d'autres ...

Au Docteur Anna Bensussan, la meilleure cheffe de clinique que l'on puisse espérer avoir pour débiter son internat. Merci pour cette brillante initiation à la sémiologie psychiatrique.

Aux Docteurs Véronique Belmas et Capucine Marquis, piliers du CH Sainte Marie.

Au Docteur Justin Mary : quel plaisir de travailler et d'échanger avec toi ! Un humaniste idéaliste comme je les aime.

Aux Docteurs Faredj Cherick, Collette Gerbeaux et à Alain Philippe : merci pour la découverte du monde de l'addictologie.

Aux Docteurs Marie-Ange Michaud et Anne Peigne : merci de m'avoir enseigné l'examen du nourrisson et de m'avoir fait parcourir le merveilleux département des Alpes-Maritimes.

Au Docteur Michel Dugnat, homme passionné et passionnant, père de la psypérinatalité, qui s'attache à faire vivre les pères et les mères dans leurs fonctions. Quelle chance de t'avoir rencontré !

Au Docteur Michele Battista, pour ses leçons de vivacité, de dynamisme et de sagacité.

A feu l'UPAG et au CE2P : merci à tous les membres de l'équipe sans exception. Cela a été un plaisir de travailler avec vous.

Aux équipes médicales et soignantes de tous mes terrains de stage. J'ai appris au contact de chacun d'entre vous.

A mes co-internes qui ont partagé avec moi de près ou de loin ces dernières années : Victoria, Sacha, Julia, Izza, Robin, Claudiu, Anthony, Céline, Marion, Margaux, Camille, Paul, Gabor, Alexia, Anne-Sophie, Eugénie, Pauline et Tiphaine, entre autres.

A mes amis, d'horizons variés :

- Aux EEIF et plus particulièrement à la grande famille de Marseille Robert Gamzon : Dan, Jérémy, Yonathan, Hanna, Elsa, Lola et Lionel, Jess et Kevin, Molo, toute l'assemblée des sachems qui veille et au reste de la famille. Merci pour le vivre ensemble et toutes les valeurs partagées. Merci pour ces souvenirs inoubliables et pour la suite des aventures à venir.
- Aux amis de Yavné qui ont partagé cette période extraordinaire : Ben G, Meryl, Iris, Benjys, Jonathan, Sacha, Dov, Ilan et tant d'autres.
- A Lionel, mon grand ami et soutien des années de fac de médecine. Le chemin a parfois été dur, tu m'as permis de l'adoucir. Merci pour ton amitié.
- A Manu, faux frère mais véritable ami, la distance nous sépare mais l'amitié ne faiblit pas.
- Aux amis voyageurs, à Yaniv le péruvien #Vaday2k17 et à Jérémie le colombien #Columbia2019.

A toute ma famille exceptionnelle,

A mes parents que j'aime , qui m'aiment et qui m'accordent leur confiance. Merci à vous pour l'amour dont vous m'avez toujours entouré et qui m'a permis de grandir et d'avancer avec sérénité. Je suis pleinement conscient de la chance que j'ai de toujours pouvoir compter sur vous. Merci de m'accompagner et de me soutenir dans tous mes projets. Mes réussites sont les vôtres. Je continuerai à faire tout mon possible pour vous rendre heureux et fiers.

A Mamie Lucette et Papy Raymond (Z 'L) : merci de toujours avoir été des grands-parents extraordinaires pour moi. L'absence de Papy me pèse, il me manque beaucoup. J'aurais tellement aimé qu'il soit là pour assister à ce moment. Je lui dédie ce travail. Je suis reconnaissant pour tous les bons moments que nous avons passés ensemble. Chère Mamie, merci pour ton amour. Je nous souhaite de pouvoir partager ensemble encore de nombreuses joies à l'avenir.

A Gaby ma grand-mère bien-aimée et à grand-père (Z'L) : merci pour ton amour et ta générosité, merci pour tes histoires qui bercent mon imaginaire et qui entretiennent le souvenir de grand-père. Merci de faire vivre la notion de famille qui m'est si chère.

A ma sœur Raphaëlle, qui bavait sur son grand frère et qui s'occupe maintenant d'essuyer la bave de la mignonissime Rina. Merci à David pour sa participation à la mise au monde de ce bout de chou.

A mes frères Eithan et Benjamin, pas exempts de toute responsabilité dans la genèse de cette thèse. J'aurais même pu faire un sujet sur les jumeaux, une prochaine fois peut-être. Continuez à bien grandir, je veille et surveille.

A mes cousines, presque sœurs, Yonna, Thalie, Illana et Sarah, avec qui j'ai grandi, partagé Dragor et les petites canailles et chez qui je projetais de construire un tunnel ou une tyrolienne reliant nos habitations.

A mes tantes, Danielle et Joëlle : merci de m'avoir fourni de super partenaires de jeu et d'avoir pris soin de moi, surtout quand j'étais jeune et mauvais perdant (j'ai trouvé la parade depuis).

A ma belle-famille qui m'a accueilli avec beaucoup de chaleur et de bienveillance. Je ne pouvais pas mieux tomber qu'avec vous. Merci pour votre gentillesse et surtout, merci beaucoup d'avoir précieusement couvé Déborah et de lui avoir permis de devenir l'exceptionnelle femme qu'elle est. Vous avez toute ma reconnaissance.

A Madame Youyou, pour son travail de relecture ... et ses cigares au miel.

A ma femme chérie, Déborah, que j'aime et qui me comble de bonheur. Merci pour ton soutien sans failles dans tous les domaines. Merci d'avoir enduré et permis la rédaction de ce travail chronophage qui n'aurait pas vu le jour sans ton soutien. Merci d'avoir fait de moi un « riche heureux » (bien que je n'aie jamais été un « pauvre malheureux » contrairement à certaines croyances).



Crédit AFJK

« ***Vous dites :***

— *C'est épuisant de s'occuper des enfants.*

Vous avez raison.

Vous ajoutez :

— *Parce que nous devons nous abaisser à leur niveau. Nous baisser, nous pencher, nous courber, nous rapetisser.*

Là, vous vous trompez.

Ce n'est pas cela qui nous fatigue, mais c'est le fait que nous devons nous élever jusqu'à la hauteur de leurs sentiments. Nous élever, nous étirer, nous mettre sur la pointe des pieds, nous tendre vers eux.

Pour ne pas les blesser. »

Janusz KORCZAK (1878-1942), *Quand je redeviendrai petit*, 1925

Évaluation standardisée des troubles psychiatriques dans une cohorte de patients consultant en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent en région PACA pendant et après le confinement lié à la pandémie de COVID-19

I. RESUME, MOTS-CLES	15
II. LISTE DES ABREVIATIONS	16
III. INTRODUCTION	17
IV. MATERIEL ET METHODE	20
A. POPULATION	20
1. CRITERES D'INCLUSION ET DE NON-INCLUSION	20
B. SCHEMA DE L'ETUDE	20
C. OUTILS D'EVALUATION	21
D. PROCESSUS DE COLLECTE DES DONNEES	22
E. MODALITES ETHIQUES	22
F. TECHNIQUES STATISTIQUES	23
G. CRITERES DE JUGEMENT	23
V. RESULTATS	24
A. POPULATION	24
B. ÉVALUATION CATEGORIELLE DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES (FREQUENCE DES TROUBLES)	25
C. FREQUENCE ET INTENSITE DES SYMPTOMES SOMATIQUES RAPPORTES	27
D. COMPARAISON ENTRE LES SOUS-GROUPES AVEC OU SANS ANTECEDENTS	28
1. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES ET SYMPTOMES IMMEDIATS	28
2. SYMPTOMES DIFFERES	32
3. ÉVOLUTION ENTRE LES SYMPTOMES IMMEDIATS ET DIFFERES	34
VI. DISCUSSION	36
A. TROUBLES PSYCHIATRIQUES CATEGORIELS	36
B. SYMPTOMES SOMATIQUES	39
C. COMPARAISON ENTRE LES SOUS-GROUPES AVEC OU SANS ANTECEDENTS	40
VII. CONCLUSION	42
VIII. REFERENCES	43
IX. ANNEXE	47

I. Résumé, mots-clés

Objectifs. – La pandémie de coronavirus a entraîné des mesures de confinement en France. Plusieurs études ont montré que les épidémies et les mesures sanitaires associées (quarantaine, confinement) provoquent une augmentation des troubles de stress aigu, des troubles de stress post-traumatique, de l'anxiété et de la dépression dans la population adulte. Dans la population pédiatrique, peu d'études ont été réalisées à ce sujet. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer les troubles psychiatriques (DSM-5) dans une population pédiatrique consultant en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent en région PACA pendant et après le confinement lié à la pandémie de COVID-19. L'objectif secondaire était d'évaluer les symptômes de somatisation dans cette population.

Méthodes. – Cette étude observationnelle prospective multicentrique a inclus ses participants lors du confinement entre le 17 mars et le 11 mai 2020. Au moins un mois après l'inclusion nous avons réalisé des entretiens psychiatriques semi-dirigés adaptés à l'âge (K-SADS-PL et DIPA) ainsi que le PHQ-13 qui recueille les symptômes somatiques. Le protocole a été approuvé par le Comité d'éthique de l'Université Côte d'Azur (CERNI).

Résultats. – Les entretiens psychiatriques semi-dirigés (n = 25) identifient des troubles anxieux (76,0%), des troubles de stress post-traumatique (36,0%), et des troubles dépressifs (28,0%). Le PHQ-13 détecte une sensation de fatigue (72,0%), des troubles du sommeil (56,0%), des maux de tête (56,0%) et des douleurs à l'estomac (56,0%).

Conclusions. – Notre étude observe la présence significative de troubles anxio-dépressifs et de troubles de stress post-traumatique (DSM-5). En outre, notre population d'étude a développé des symptômes de somatisations anxieuses pendant ou après le confinement.

Le nombre important des perdus de vue et le faible effectif limitent la généralisation de nos résultats. Les évaluations standardisées ont permis une caractérisation de notre population ; leur utilisation à plus grande échelle constitue un enjeu pour la recherche clinique.

Mots-clés : COVID-19 ; confinement ; enfants et adolescents ; troubles psychiatriques ; somatisations.

II. Liste des abréviations

ARS : Agence Régionale de Santé

CERNI : Comité d'Éthique pour les Recherches Non Interventionnelles

CE2P : Centre Expert du Psychotraumatisme Pédiatrique

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMP : Centre Médico-Psychologique

COVID-19 : *Corona Virus Disease 2019*

DIPA : Diagnostic Infant and Preschool Assessment

DSM-5 : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5ième édition)

K-SADS-PL : *Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Present and Lifetime version*

MERS : *Middle East Respiratory Syndrome*

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur (région)

PHQ-13 : *Patient Health Questionnaire-13*

SARS-CoV-2 : *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*

SUPEA : Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent

TCA : Trouble du Comportement Alimentaire

TAH : Trouble Déficit Attention/Hyperactivité

TOC : Trouble Obsessionnel Compulsif

TSA : Trouble du Spectre Autistique

TSPT : Trouble de Stress Post-Traumatique

UCA : Université Côte d'Azur

III. Introduction

La COVID-19 (*Corona Virus Disease 2019*) est une maladie infectieuse, hautement contagieuse, causée par le SARS-CoV-2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*) (1). L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a annoncé, le 30 janvier 2020, que la COVID-19 était une urgence de santé publique de portée internationale.

Dans ce contexte de pandémie, de nombreuses mesures de distanciation physique extraordinaires ont été mises en place de par le monde pour ralentir la propagation du virus.

En France, le gouvernement a décidé d'un confinement à domicile pendant près de deux mois, du 17 mars au 11 mai 2020, ce qui a constitué une première historique à l'échelle nationale. Par la suite, d'autres mesures ont été mises en place : un deuxième confinement national conservant les écoles ouvertes du 30 octobre au 14 décembre 2020, laissant place à un couvre-feu national, puis à des confinements localisés comme à Nice à partir du 26 février 2021, puis un confinement à nouveau national à partir du 3 avril 2021.

Plusieurs études ont montré que les épidémies et les mesures sanitaires associées (quarantaine, confinement) entraînent une augmentation des troubles de stress aigu, des troubles de stress post-traumatique (TSPT), de l'anxiété et de la dépression dans la population adulte (2), (3).

De vastes études chinoises, portant sur 52 730 participants âgés de 18 ans et plus, ont récemment rapporté qu'à la suite de la pandémie de COVID-19 et du confinement, 35% des participants présentent un stress modéré, tandis que 5 % présentent un stress sévère (4). De plus, les adultes présentent de la peur (22%), de la nervosité (18%), de la tristesse (18 %) et de la culpabilité (10 %) (5).

Il existe une vulnérabilité particulière de la population porteuse de troubles psychiatriques, lors d'un confinement lié à une maladie contagieuse, comme cela avait été montré durant l'épidémie de MERS (*Middle East Respiratory Syndrome*) (6).

Dans la population pédiatrique, peu d'études ont été réalisées sur les troubles psychiatriques pendant et après les épidémies et leurs mesures associées (7).

De premiers résultats provenant d'une étude réalisée entre le 20 février et le 5 mars 2020 sur 2144 enfants confinés à Wuhan, rapportent de l'anxiété (45%), de l'insomnie (22%), des symptômes dépressifs (13%), des plaintes somatiques (13%) et d'autres problèmes (8%) (8).

Une revue de littérature de Nearchou *et al.* (9) n'a trouvé que 12 enquêtes sur la santé mentale des enfants et des adolescents pendant la pandémie de COVID-19, en analysant huit bases de données (PsycINFO, MEDLINE, CINAHL, Scopus, PubMed, EMBASE, ERIC et la base de données de l'OMS sur la COVID-19). Toutes étaient des études transversales de type quantitatif. Deux de ces 12 études ont utilisé les parents comme informateurs (10), (11), quatre ont également utilisé des adultes dans leurs échantillons et l'échantillon de mineurs n'a pas dépassé $n = 34$ (12), (13), (14), (15) et seulement deux études en Chine ont évalué des enfants (16), (17), et quatre (aux Etats-Unis, en Turquie et en Chine) des adolescents (18), (19), (20), (21). Des recherches supplémentaires apparaissent donc nécessaires dans ce domaine.

En outre, des facteurs de stress spécifiques liés au confinement, tels que la perte de la routine habituelle (22), la réduction des contacts sociaux (23) ou l'augmentation des addictions (jeux vidéo, télévision, cannabis, tabac, alcool) (24), (25) peuvent entraîner des troubles psychiatriques dans la population pédiatrique (26). La peur d'être infecté ou de transmettre l'infection, un deuil inhabituel, le retour à la " vie normale " avec ses anciennes peurs (anxiété de séparation, phobie scolaire, anxiété sociale, etc.) (27), l'exposition aux médias rapportant des nouvelles stressantes, peuvent s'ajouter aux facteurs de stress précédents (28), (29).

Du fait de son émergence récente, cette pandémie de COVID-19 (et ses différentes conséquences) était en cours d'exploration sur le versant psychiatrique chez les enfants et adolescents à l'heure du premier confinement en France.

C'est dans ce contexte que le protocole CoCo20 (30) a été élaboré. Il s'agit d'une étude pilote dont le but est d'évaluer de façon prospective l'impact de la pandémie de coronavirus et du confinement sur le développement des troubles psychiatriques en population pédiatrique en France.

Notre étude est une étude ancillaire du protocole CoCo20. Il s'agit d'une étude de cohorte prospective multicentrique dont l'objectif principal est d'**évaluer les troubles psychiatriques (DSM-5), dans une population pédiatrique consultant en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent en région PACA, pendant et après le confinement lié à la pandémie de COVID-19.**

Les objectifs secondaires sont l'évaluation des symptômes de somatisation et l'étude des antécédents comme potentiels modulateurs du risque de développer des symptômes ou troubles psychiatriques.

Notre étude a donc pour finalité de contribuer à une meilleure connaissance des conséquences psychiatriques du confinement lié à la pandémie de COVID-19 en population pédiatrique, ce qui permettrait d'adapter et d'améliorer notre pratique clinique (dépistage, diagnostic et traitement) et de participer à la dispensation de conseils et de recommandations adaptés en lien avec cette période inédite.

Nous formulons les hypothèses suivantes :

- 1/ Le confinement lié à la pandémie de COVID-19 est un facteur de risque de développement de troubles psychiatriques en population pédiatrique, en particulier de troubles anxieux, de troubles dépressifs et de troubles de stress post-traumatique.
- 2/ Le confinement lié à la pandémie de COVID-19 est un facteur de risque de développement de manifestations de somatisation anxieuse chez les enfants et les adolescents.
- 3/ Les antécédents d'exposition à un événement traumatique ou de suivi psychiatrique ou paramédical sont des facteurs de vulnérabilité quant au développement de symptômes ou de troubles psychiatriques pendant et après le confinement lié à la pandémie de COVID-19.

IV. Matériel et Méthode

A. Population

L'étude est proposée aux enfants et adolescents consultant dans les CMP (Centre Médico-Psychologique) d'Avignon et de Marseille ou au CE2P (Centre Expert du Psychotraumatisme Pédiatrique) à Nice, pendant le confinement du 17 mars au 11 mai 2020.

Les centres recruteurs (Avignon, Marseille et Nice) appartiennent au Centre Régional Psychotraumatisme PACA Corse (France), basé à l'Université Côte d'Azur (UCA).

Il peut s'agir de consultations de suivi ou de premières consultations faisant suite à une demande téléphonique sur un numéro d'urgence mis en place spécialement pendant le confinement.

1. Critères d'inclusion et de non-inclusion

Critères d'inclusion :

- Age compris entre 0 et 18 ans.
- Etre confiné.
- Affiliation à un régime de sécurité sociale.
- Bonne maîtrise du français.
- Accord des parents pour la participation à l'étude (recueil des consentements éclairés).

Critères de non-inclusion :

- Enfants et adolescents porteurs de troubles psychiatriques documentés entravant la compréhension du but de l'étude et son déroulement (trouble de la communication ou trouble cognitif sévères et urgences psychiatriques).
- Personne privée de libertés par décision judiciaire ou administrative.
- Personne soumise à une période d'exclusion pour une autre recherche.
- Un participant peut être retiré de l'étude à tout moment si l'enfant ou son parent retire son consentement.

B. Schéma de l'étude

Il s'agit d'une étude ancillaire du protocole CoCo20 (30). Notre étude est une étude observationnelle de cohorte prospective multicentrique.

Tous les participants ont été inclus lors du confinement entre le 17 mars et le 11 mai 2020 de manière consécutive.

À l'inclusion (T0), nous avons recueilli les consentements éclairés, les données sociodémographiques [âge, sexe, centre d'inclusion, antécédent de suivi psychiatrique ou paramédical (psychologique, psychomoteur ou orthophonique) et antécédent d'exposition à un évènement traumatique] et nous avons réalisé un entretien semi-dirigé d'urgence permettant de collecter les symptômes psychiatriques immédiats (*cf.* annexe).

Une semaine après l'inclusion (T1), nous avons réalisé un entretien semi-dirigé d'urgence permettant de collecter les symptômes psychiatriques différés (*cf.* annexe).

Au moins un mois après l'inclusion (T2), nous avons réalisé des entretiens psychiatriques semi-dirigés à l'aide d'outils adaptés à l'âge (K-SADS-PL (31), (32) et DIPA (33), (34)) ainsi que le PHQ-13 qui recueille les symptômes somatiques (*cf.* annexe).

C. Outils d'évaluation

- Entretien semi-dirigé d'urgence : c'est un entretien semi-dirigé réalisé en deux temps : au moment du traumatisme et quelques jours plus tard. Il permet d'identifier les symptômes immédiats et différés de la réponse au stress chez l'enfant, en fonction de son âge. Cet entretien a été élaboré par l'équipe du CE2P de Nice et autorisé par l'Agence Régionale de Santé (ARS Provence Alpes Côte d'Azur) (*cf.* annexe).
- *Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Present and Lifetime version* (K-SADS-PL). C'est un entretien semi-dirigé, conçu pour les enfants de plus de 7 ans. Il est effectué en interrogeant les parents et l'enfant. Il couvre à la fois l'évaluation des troubles psychiatriques actuels et l'évaluation des épisodes antérieurs du trouble (31), (32).
- *Diagnostic Infant and Preschool Assessment* (DIPA) : c'est un entretien psychiatrique semi-dirigé, réalisé avec les parents d'enfants de moins de 7 ans. Le DIPA évalue la présence, la fréquence et l'intensité des symptômes de l'enfant à travers l'observation des parents (33), (34).
- *Patient Health Questionnaire (PHQ) -13* : c'est un questionnaire qui évalue les symptômes physiques chez les enfants et les adolescents. Il est adapté du PHQ-15, une échelle d'auto-évaluation en 15 questions (*DSM5—level2—somatic symptom—parent/guardian*) (35). Les participants doivent évaluer l'ampleur des symptômes somatiques, durant le dernier mois sur

une échelle en 3 points : "pas du tout gêné" (valeur = 0), "un peu gêné" (valeur = 1) et "beaucoup gêné" (valeur = 2). Les scores PHQ-15 de 5, 10, 15 représentent respectivement les cutoff pour une sévérité faible, moyenne et élevée des symptômes somatiques. (cf. annexe).

Les troubles psychiatriques qui seront diagnostiqués par le K-SADS-PL et le DIPA seront regroupés par catégorie de trouble, conformément à la classification du DSM-5 (36).

Notons que, du fait des différences qui existent entre le K-SADS-PL et le DIPA, certains troubles catégoriels ne sont pas évalués par l'un ou par l'autre de ces deux entretiens semi-dirigés. C'est pourquoi nous préciserons les fréquences des troubles rapportées à leurs effectifs respectifs.

D. Processus de collecte des données

Pour les enfants de moins de 6 ans, des entretiens sont réalisés avec les parents/responsables de l'enfant. Ce sont eux qui répondent aux entretiens et remplissent les questionnaires sur les comportements et les symptômes des enfants.

Pour les enfants âgés de 6 à 12 ans, les entretiens sont réalisés soit avec l'enfant seul, soit en présence de l'enfant et du parent si l'enfant en a besoin (par exemple, si cela permet à l'enfant de se sentir plus en sécurité). Le clinicien évaluateur reformule les questions jusqu'à ce que l'enfant les comprenne.

Pour les adolescents, les entretiens se font directement avec eux, puis dans un second temps avec les parents.

Les entretiens ont été conduits en présentiel ou à distance via des téléconsultations selon les situations.

Chaque investigateur des différents centres de l'étude est responsable de la collecte et de la saisie des données après les évaluations. L'analyse statistique sera réalisée par le Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (SUPEA) de Nice.

E. Modalités éthiques

Le protocole CoCo20 a été approuvé par le Comité d'éthique de l'Université Côte d'Azur (CERNI) (numéro 2020-59). Tous les patients et leurs représentants légaux ont signé un consentement éclairé écrit lors de l'inscription à l'étude.

Les inclusions ont commencé en mars 2020.

F. Techniques statistiques

Des statistiques descriptives incluant des paramètres de position seront réalisées (moyenne, écart type, min, max, médiane) pour les variables quantitatives ainsi que des calculs de fréquences et de pourcentages pour les variables qualitatives.

Des analyses de sous-groupes seront réalisées entre les sous-groupes « antécédent de suivi psychiatrique ou paramédical » *versus* « pas d'antécédent de suivi psychiatrique ou paramédical » et entre les sous-groupes « antécédent d'exposition à un évènement traumatique » *versus* « pas d'antécédent d'exposition à un évènement traumatique » afin d'explorer l'impact de ces antécédents sur le développement des symptômes ou des troubles psychiatriques.

Les comparaisons entre les sous-groupes seront effectuées à l'aide du test T de Student pour les variables quantitatives et du test exact de Fisher ou du test du Khi2 pour les variables qualitatives. L'évolution des symptômes entre T0 et T1 sera appréciée grâce au test de Mc Nemar.

On fixe le risque alpha à 5%.

Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel R-4.0.5.

G. Critères de jugement

- Le critère de jugement principal sera **l'évaluation catégorielle des différents troubles psychiatriques (fréquence des troubles)**, évaluée lors des entretiens semi-dirigés par le K-SADS-PL ou le DIPA à T2.
- Les critères de jugements secondaires seront :
 - L'étude des réponses au PHQ-13 (fréquence et intensité des symptômes somatiques rapportés).
 - La comparaison entre les sous-groupes avec ou sans antécédents, concernant les caractéristiques sociodémographiques, les symptômes à T0 et T1, et l'évolution entre T0 et T1).

V. Résultats

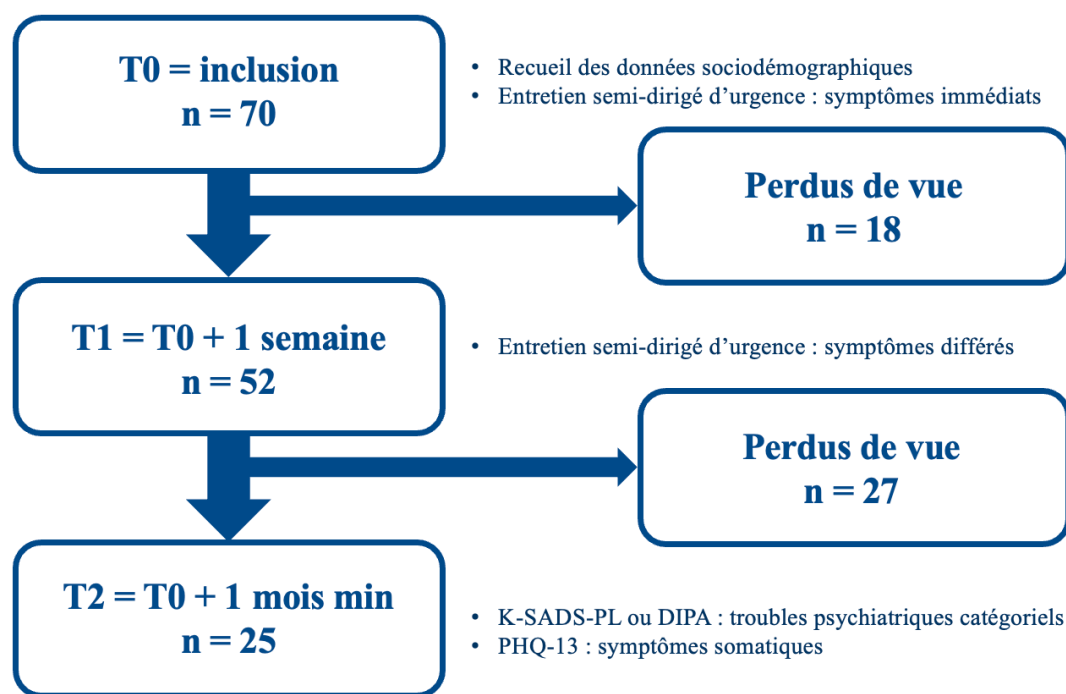


Fig. 1 : Diagramme de flux

A. Population

A T0, 70 participants ont intégré l'étude. A T2, il restait 25 participants soit 45 perdus de vue constituant une perte expérimentale de 64,3%.

Parmi les 45 perdus de vue, 34 (75,6%) n'ont pas d'antécédent de suivi psychiatrique ou paramédical et 35 (77,8%) n'ont pas d'antécédent d'exposition à un événement traumatique contre respectivement 2 (8,0%) et 8 (32,0%) parmi les 25 participants ayant poursuivi le protocole.

Les caractéristiques sociodémographiques de notre population à T0, T1 et T2 sont présentées dans le Tableau 1.

Données sociodémographiques	T0 = Inclusion (n = 70)	T1 = T0 + 1 semaine (n = 52)	T2 = T0 + 1 mois min (n = 25)
	n (%)	n (%)	n (%)
Age Moy. [± SD]	10,1 [± 4,4]	10,2 [± 4,0]	10,5 [± 4,5]
Sexe			
Féminin	37 (52,9%)	26 (50,0%)	13 (52,0%)
Masculin	33 (47,1%)	26 (50,0%)	12 (48,0%)
Centre d'inclusion			
Nice	60 (85,7%)	42 (80,8%)	15 (60,0%)
Avignon	8 (11,4%)	8 (15,4%)	8 (32,0%)
Marseille	2 (2,9%)	2 (3,8%)	2 (8,0%)
Antécédent de suivi psychiatrique ou paramédical	34 (48,6%)	32 (61,5%)	23 (92,0%)
Antécédent d'exposition à un évènement traumatique	27 (38,6%)	25 (48,1%)	17 68,0%)

Tab 1 : caractéristiques sociodémographiques à T0, T1 et T2.

B. Évaluation catégorielle des troubles psychiatriques (fréquence des troubles)

Les entretiens psychiatriques semi-dirigés ont été réalisés chez 25 participants à T2 : 19 K-SADS-PL (DSM-5) pour des enfants ou adolescents à partir de 7 ans et 6 DIPA pour des enfants de moins de 7 ans. Les résultats sont présentés dans les figures 2 et 3.

On observe des troubles anxieux chez 19 (76,0%) participants, des Troubles de Stress Post Traumatique chez 9 (36,0%) participants et des troubles dépressifs chez 7 (28,0%) participants.

Les troubles de l'alternance veille-sommeil ont été évalués chez les 6 participants ayant bénéficié du DIPA et concernent 5 (83,3%) de ces participants.

Parmi les troubles anxieux, on observe des phobies spécifiques chez 10 (40,0%) participants, l'anxiété de séparation chez 4 (16,0%) participants, l'anxiété généralisée chez 4 (16,0%) participants. Les troubles anxieux non spécifiés et les troubles paniques, évalués seulement par le K-SADS-PL concernent respectivement 5 (26,3%) et 3 (15,8%) participants.

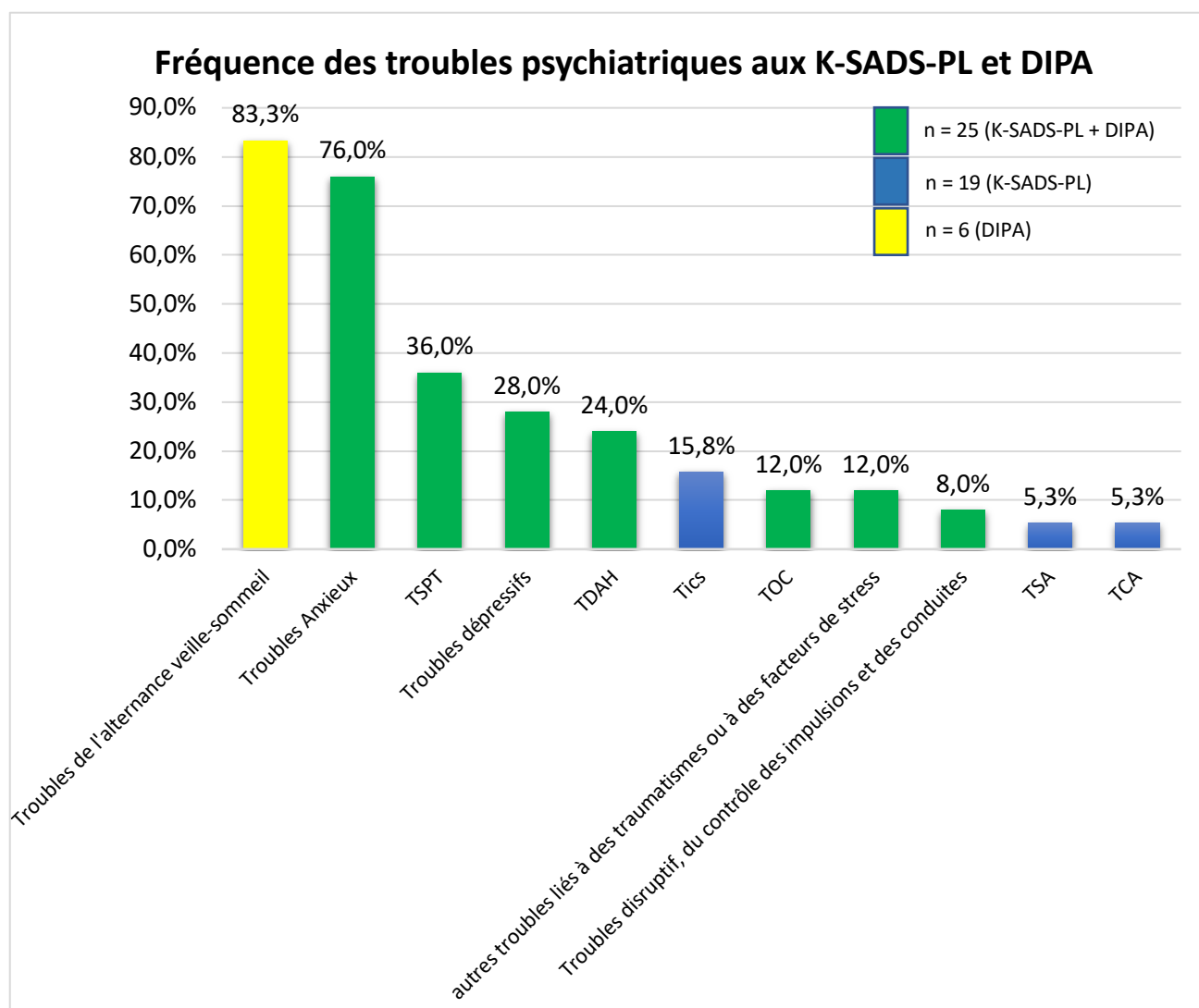


Figure 2 : **Fréquence des troubles psychiatriques aux K-SADS-PL et DIPA.**

(TSPT : Trouble de Stress Post-Traumatique ; TDAH : Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité ; TOC : Trouble Obsessionnel Compulsif ; TSA : Trouble du Spectre Autistique ; TCA : Trouble du Comportement Alimentaire)

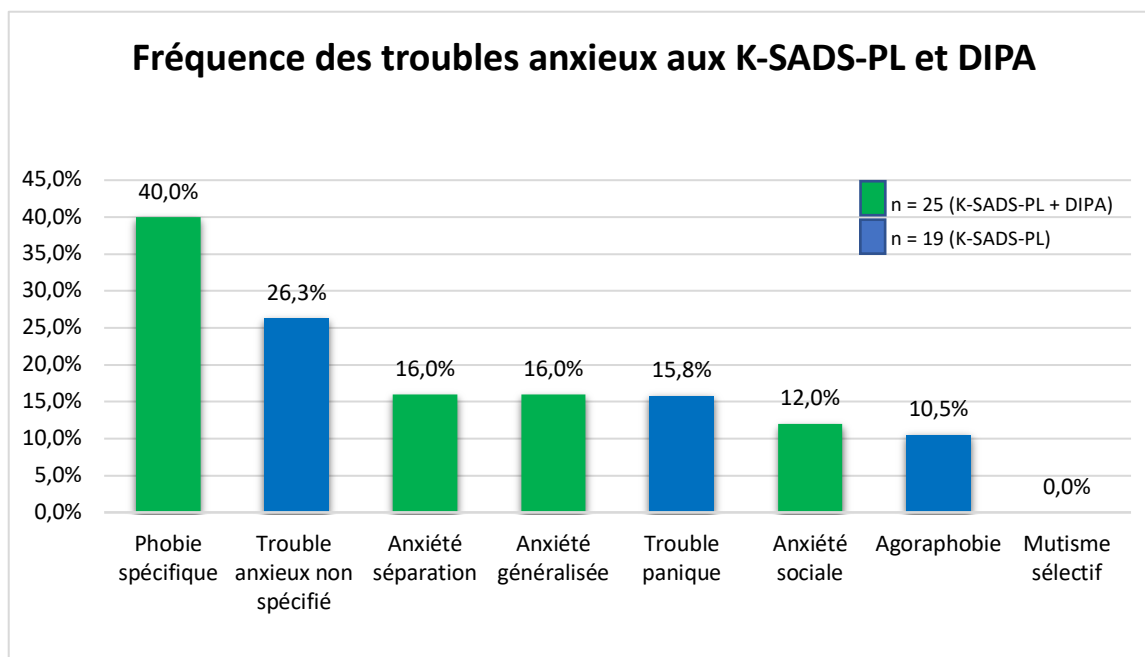


Figure 3 : **Fréquence des troubles anxieux aux K-SADS-PL et DIPA.**

C. Fréquence et intensité des symptômes somatiques rapportés

Le PHQ-13 a été réalisé chez 25 participants à T2.

Le score moyen est de 7,1 ($\pm$ 4,5) avec un minimum de 0 et un maximum de 18.

7 (28,0%) participants ont un score supérieur ou égal à 10 (cutoff).

Les symptômes somatiques les plus fréquemment déclarés sont la sensation de fatigue : 18 (72,0%) participants, les troubles du sommeil : 14 (56,0%) participants, les maux de tête : 14 (56,0%) participants et les douleurs à l'estomac : 14 (56,0%) participants.

La fréquence et l'intensité des symptômes somatiques sont présentées dans la figure 4.

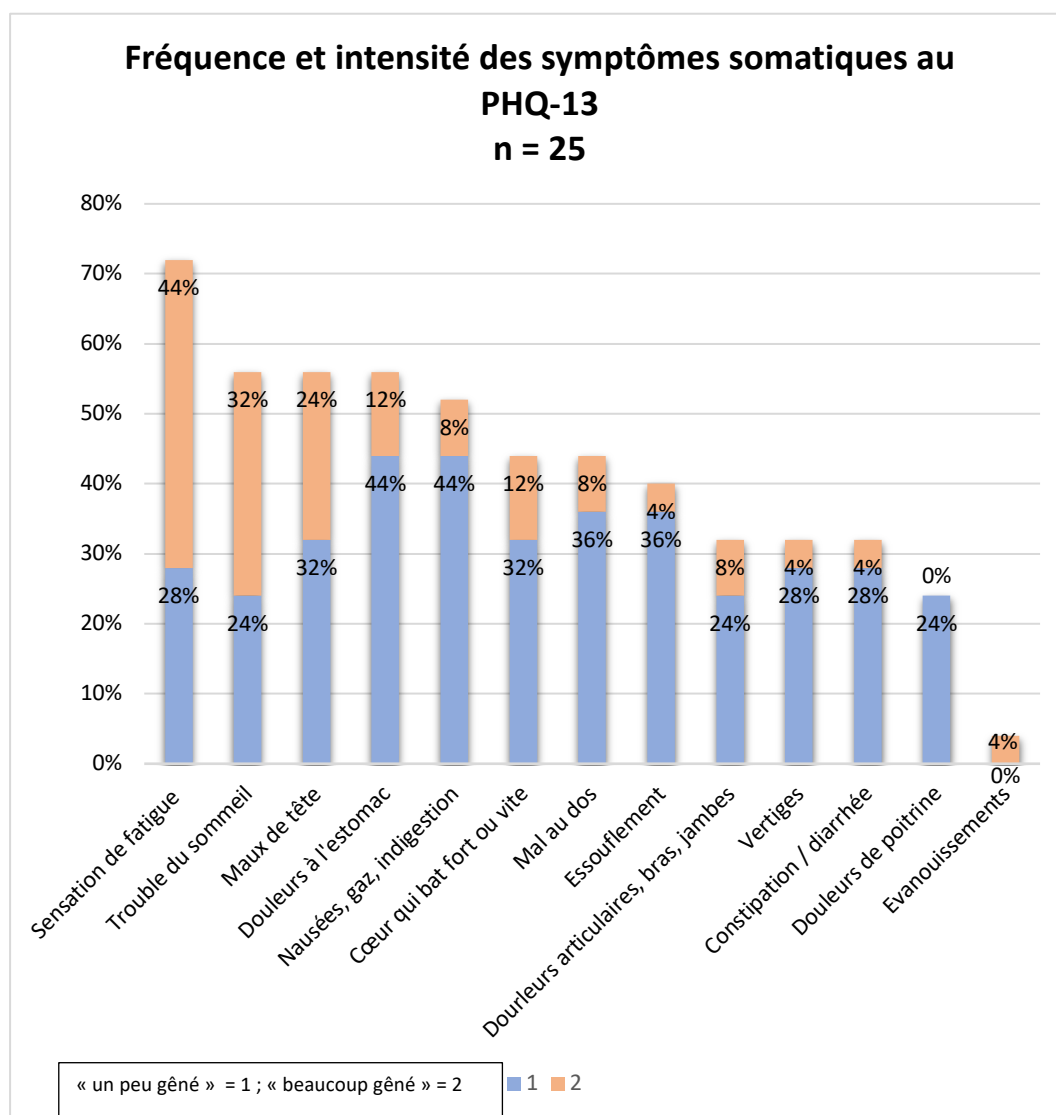


Figure 4 : **Fréquence et intensité des symptômes somatiques.**

D. Comparaison entre les sous-groupes avec ou sans antécédents

1. Caractéristiques sociodémographiques et symptômes immédiats

- La comparaison des caractéristiques sociodémographiques et des symptômes immédiats mesurés à T0, entre les sous-groupes avec (n = 34) et sans (n = 36) antécédent de suivi psychiatrique ou paramédical est présentée dans le Tableau 2.

Concernant les caractéristiques sociodémographiques, on observe que les participants sans antécédent de suivi psychiatrique ou paramédical, ont tous été recrutés par le centre de Nice.

Les participants avec antécédent de suivi psychiatrique ou paramédical ont significativement plus d'antécédent d'exposition à un événement traumatique (n = 25 ; 73,5% participants) et

poursuivent mieux le protocole (n = 23 ; 67,6% participants) que ceux sans antécédent de suivi psychiatrique ou paramédical, respectivement 2 (5,6%) et 2 (5,6%) participants.

On n'observe pas de différence significative entre ces deux sous-groupes pour les symptômes immédiats exprimés.

	Pas d'antécédent de suivi psychiatrique ou paramédical - n=36	Antécédent de suivi psychiatrique ou paramédical - n=34	
	moy. SD	moy. SD	p-value
Age	9,75 [4,49]	10,56 [4,29]	0,441
	n (%)	n (%)	p-value
Sexe			0,345
Féminin	21 (58,3)	16 (47,1)	
Masculin	15 (41,7)	18 (52,9)	
Centre d'inclusion			<,001
Avignon	0 (0,0)	8 (23,5)	
Marseille	0 (0,0)	2 (5,9)	
Nice	36 (100,0)	24 (70,6)	
Antécédent d'exposition à un évènement traumatique			<,001
Non	34 (94,4)	9 (26,5)	
Oui	2 (5,6)	25 (73,5)	
Accomplissement du protocole			<,001
Perdus de vue	34 (94,4)	11 (32,4)	
Per Protocol	2 (5,6)	23 (67,6)	
Angoisse / Anxiété			0,794
Non	17 (47,2)	15 (44,1)	
Oui	19 (52,8)	19 (55,9)	
Pleurs / Tristesse			0,448
Non	19 (52,8)	21 (61,8)	
Oui	17 (47,2)	13 (38,2)	
Mutisme / Isolement			0,282
Non	27 (75,0)	29 (85,3)	
Oui	9 (25,0)	5 (14,7)	
Passivité			0,099
Non	32 (88,9)	25 (73,5)	
Oui	4 (11,1)	9 (26,5)	
Agitation / Panique / Désorganisation			0,584
Non	21 (58,3)	22 (64,7)	
Oui	15 (41,7)	12 (35,3)	
Somatisations			0,676
Non	26 (72,2)	23 (67,6)	
Oui	10 (27,8)	11 (32,4)	

Régression /			
Dépendance aux parents			0,490
Non	22 (61,1)	18 (52,9)	
Oui	14 (38,9)	16 (47,1)	
Opposition / Agressivité			0,501
Non	19 (67,9)	22 (75,9)	
Oui	9 (32,1)	7 (24,1)	
Verbalisation de peurs multiples			0,354
Non	24 (66,7)	19 (55,9)	
Oui	12 (33,3)	15 (44,1)	
Troubles du sommeil			0,498
Non	10 (27,8)	12 (35,3)	
Oui	26 (72,2)	22 (64,7)	

Tab. 2 : Comparaison des caractéristiques sociodémographiques et des symptômes immédiats entre les sous-groupes avec et sans antécédent de suivi psychiatrique ou paramédical.

- La comparaison des caractéristiques sociodémographiques et des symptômes immédiats mesurés à T0, entre les sous-groupes avec (n = 27) et sans (n = 43) antécédent d'exposition à un événement traumatique est présentée dans le Tableau 3.

Les participants avec antécédent d'exposition à un événement traumatique ont significativement plus d'antécédent de suivi psychiatrique ou paramédical (n = 25 ; 92,6% participants) et poursuivent mieux le protocole (n = 17 ; 63,0% participants) que ceux sans antécédent d'exposition à un événement traumatique, respectivement 9 (20,9%) et 8 (18,6%) participants.

On n'observe pas de différence significative entre ces deux sous-groupes pour les symptômes immédiats exprimés.

	Pas d'antécédent d'exposition à un événement traumatique - n=43	Antécédent d'exposition à un événement traumatique - n=27	
	moy. [SD]	moy. [SD]	p-value
Age	9,59 [4,49]	11,03 [4,14]	0,184
	n (%)	n (%)	p-value
Sexe			0,108
Féminin	26 (60,5)	11 (40,7)	
Masculin	17 (39,5)	16 (59,3)	
Centre d'inclusion			<,001
Avignon	3 (7,0)	5 (18,5)	
Marseille	1 (2,3)	1 (3,7)	

Nice	39 (90,7)	21 (77,8)	
Antécédent de suivi psychiatrique ou paramédical			<,001
Non	34 (79,1)	2 (7,4)	
Oui	9 (20,9)	25 (92,6)	
Accomplissement du protocole			<,001
Perdus de vue	35 (81,4)	10 (37,0)	
Per Protocol	8 (18,6)	17 (63,0)	
Angoisse / Anxiété			0,190
Non	17 (39,5)	15 (55,6)	
Oui	26 (60,5)	12 (44,4)	
Pleurs / Tristesse			0,436
Non	23 (53,5)	17 (63,0)	
Oui	20 (46,5)	10 (37,0)	
Mutisme / Isolement			0,806
Non	34 (79,1)	22 (81,5)	
Oui	9 (20,9)	5 (18,5)	
Passivité			0,210
Non	37 (86,0)	20 (74,1)	
Oui	6 (14,0)	7 (25,9)	
Agitation / Panique / Désorganisation			0,476
Non	25 (58,1)	18 (66,7)	
Oui	18 (41,9)	9 (33,3)	
Somatisations			0,260
Non	28 (65,1)	21 (77,8)	
Oui	15 (34,9)	6 (22,2)	
Régression / Dépendance aux parents			0,832
Non	25 (58,1)	15 (55,6)	
Oui	18 (41,9)	12 (44,4)	
Opposition / Agressivité			0,660
Non	23 (69,7)	18 (75,0)	
Oui	10 (30,3)	6 (25,0)	
Verbalisation de peurs multiples			0,834
Non	26 (60,5)	17 (63,0)	
Oui	17 (39,5)	10 (37,0)	
Troubles du sommeil			0,786
Non	13 (30,2)	9 (33,3)	
Oui	30 (69,8)	18 (66,7)	

Tab. 3 : Comparaison des caractéristiques sociodémographiques et des symptômes immédiats entre les sous-groupes avec et sans antécédent d'exposition à un évènement traumatique.

2. Symptômes différés

• La comparaison des symptômes différés mesurés à T1, entre les sous-groupes avec (n = 32) et sans (n = 20) antécédent de suivi psychiatrique ou paramédical, est présentée dans le Tableau 4.

On n'observe pas de différence significative entre ces deux sous-groupes pour les symptômes différés exprimés.

	Pas d'antécédent de suivi psychiatrique ou paramédical - n=20	Antécédent de suivi psychiatrique ou paramédical - n=32	p-value
	n (%)	n (%)	
Angoisse / Anxiété			0,111
Non	10 (50,0)	9 (28,1)	
Oui	10 (50,0)	23 (71,9)	
Pleurs / Tristesse			0,693
Non	14 (70,0)	24 (75,0)	
Oui	6 (30,0)	8 (25,0)	
Mutisme / Isolement			0,066
Non	16 (80,0)	31 (96,9)	
Oui	4 (20,0)	1 (3,1)	
Reviviscences / Reminiscences / Jeux répétitifs			0,664
Non	17 (85,0)	29 (90,6)	
Oui	3 (15,0)	3 (9,4)	
Émoussement affectif			0,664
Non	17 (85,0)	29 (90,6)	
Oui	3 (15,0)	3 (9,4)	
Évitement			0,183
Non	16 (80,0)	20 (62,5)	
Oui	4 (20,0)	12 (37,5)	
Culpabilité / Honte			1,000
Non	17 (85,0)	26 (81,3)	
Oui	3 (15,0)	6 (18,8)	
Confusion cognitive / altération cognitive			0,143
Non	18 (90,0)	32 (100,0)	
Oui	2 (10,0)	0 (0,0)	
Hypervigilance			0,439
Non	13 (65,0)	24 (75,0)	
Oui	7 (35,0)	8 (25,0)	
Troubles du sommeil			0,228
Non	6 (30,0)	15 (46,9)	
Oui	14 (70,0)	17 (53,1)	
Phobies			0,719
Non	16 (80,0)	27 (84,4)	
Oui	4 (20,0)	5 (15,6)	

Opposition / Agressivité			0,235
Non	15 (75,0)	29 (90,6)	
Oui	5 (25,0)	3 (9,4)	
Déficit attentionnel			0,694
Non	18 (90,0)	27 (84,4)	
Oui	2 (10,0)	5 (15,6)	

Tab 4 : Comparaison des symptômes différés entre les sous-groupes avec et sans antécédent de suivi psychiatrique ou paramédical.

• La comparaison des symptômes différés mesurés à T1, entre les sous-groupes avec (n = 25) et sans (n = 27) antécédent d'exposition à un événement traumatique, est présentée dans le Tableau 5. On observe une différence significative de la fréquence des symptômes d'évitement en faveur du sous-groupe avec antécédent d'exposition à un événement traumatique : 11 (44,0%) contre 5 (18,5%) participants.

	Pas d'antécédent d'exposition à un événement traumatique - n=27	Antécédent d'exposition à un événement traumatique - n=25	p-value
Angoisse / Anxiété			0,071
Non	13 (48,1)	6 (24,0)	
Oui	14 (51,9)	19 (76,0)	
Pleurs / Tristesse			0,866
Non	20 (74,1)	18 (72,0)	
Oui	7 (25,9)	7 (28,0)	
Mutisme / Isolement			0,352
Non	23 (85,2)	24 (96,0)	
Oui	4 (14,8)	1 (4,0)	
Reviviscences / Reminiscences / Jeux répétitifs			1,000
Non	24 (88,9)	22 (88,0)	
Oui	3 (11,1)	3 (12,0)	
Émoussement affectif			0,670
Non	23 (85,2)	23 (92,0)	
Oui	4 (14,8)	2 (8,0)	

Évitement			0,047
Non	22 (81,5)	14 (56,0)	
Oui	5 (18,5)	11 (44,0)	
Culpabilité / Honte			0,722
Non	23 (85,2)	20 (80,0)	
Oui	4 (14,8)	5 (20,0)	
Confusion cognitive / altération cognitive			0,491
Non	25 (92,6)	25 (100,0)	
Oui	2 (7,4)	0 (0,0)	
Hypervigilance			0,897
Non	19 (70,4)	18 (72,0)	
Oui	8 (29,6)	7 (28,0)	
Troubles du sommeil			0,282
Non	9 (33,3)	12 (48,0)	
Oui	18 (66,7)	13 (52,0)	
Phobies			1,000
Non	22 (81,5)	21 (84,0)	
Oui	5 (18,5)	4 (16,0)	
Opposition / Agressivité			0,705
Non	22 (81,5)	22 (88,0)	
Oui	5 (18,5)	3 (12,0)	
Déficit attentionnel			0,241
Non	25 (92,6)	20 (80,0)	
Oui	2 (7,4)	5 (20,0)	

Tab 5 : Comparaison des symptômes différés entre les sous-groupes avec et sans antécédent d'exposition à un évènement traumatique.

3. Évolution entre les symptômes immédiats et différés

- La comparaison de l'évolution entre les symptômes immédiats et différés entre T0 et T1, dans les sous-groupes avec (n = 32) et sans (n = 20) antécédent de suivi psychiatrique ou paramédical, est présentée dans le Tableau 6.

On n'observe pas d'évolution significative en une semaine d'intervalle.

		Pas d'antécédent de suivi psychiatrique ou paramédical - n=20		Antécédent de suivi psychiatrique ou paramédical - n=32	
		n (%)	p-value	n (%)	p-value
Angoisse / Anxiété	T0	11 (55,0)	1,000	19 (59,4)	0,423
	T1	10 (50,0)		23 (71,9)	
Pleurs / Tristesse	T0	10 (50,0)	0,289	13 (40,6)	0,228
	T1	6 (30,0)		8 (25,0)	
Mutisme / Isolement	T0	6 (30,0)	0,617	5 (15,6)	0,134
	T1	4 (20,0)		1 (3,1)	
Troubles du sommeil	T0	18 (90,0)	0,134	20 (62,5)	0,505
	T1	14 (70,0)		17 (53,1)	
Opposition / Agressivité	T0	4 (23,5)	1,000	6 (22,2)	0,134
	T1	5 (25,0)		3 (9,4)	

Tab 6 : Comparaison de l'évolution entre les symptômes immédiats et différés dans les sous-groupes avec et sans antécédent de suivi psychiatrique ou paramédical.

- La comparaison de l'évolution entre les symptômes immédiats et différés entre T0 et T1, dans les sous-groupes avec (n = 25) et sans (n = 27) antécédent d'exposition à un événement traumatique, est présentée dans le Tableau 7.

On n'observe pas d'évolution significative en une semaine d'intervalle.

		Pas d'antécédent d'exposition à un événement traumatique - n=27		Antécédent d'exposition à un événement traumatique - n=25	
		n (%)	p-value	n (%)	p-value
Angoisse / Anxiété	T0	18 (66,7)	0,289	12 (48,0)	0,070
	T1	14 (51,9)		19 (76,0)	
Pleurs / Tristesse	T0	13 (48,1)	0,149	10 (40,0)	0,450
	T1	7 (25,9)		7 (28,0)	
Mutisme / Isolement	T0	7 (25,9)	0,371	4 (16,0)	0,248
	T1	4 (14,8)		1 (4,0)	
Troubles du sommeil	T0	21 (77,8)	0,450	17 (68,0)	0,221
	T1	18 (66,7)		13 (52,0)	
Opposition / Agressivité	T0	6 (27,3)	0,450	4 (18,2)	0,480
	T1	5 (18,5)		3 (12,0)	

Tab. 7 : Comparaison de l'évolution entre les symptômes immédiats et différés dans les sous-groupes avec et sans antécédent d'exposition à un événement traumatique.

VI. Discussion

A. Troubles psychiatriques catégoriels

Notre objectif était de déterminer les catégories et fréquences de troubles psychiatriques présents chez les enfants et adolescents consultant en pédopsychiatrie pendant et après le confinement lié à la pandémie de COVID-19.

Notre étude retrouve principalement des troubles anxieux (76,0%), des TSPT (36,0%) et des troubles dépressifs (28,0%).

La revue de littérature de Nearchou *et al.*, (9) rapporte chez les enfants et adolescents chinois confinés des prévalences de symptômes dépressifs comprises entre 22.6% et 43.7% et de symptômes anxieux entre 18.9% et 37.4%. Ma *et al.*, (37) rapporte une prévalence de TSPT de 20,7% chez les 7-15 ans en Chine.

Nos résultats sont donc cohérents avec ceux de la population pédiatrique générale en Chine concernant les troubles dépressifs. Cependant, il semble que les troubles anxieux et des TSPT soient surreprésentés dans notre échantillon.

Il est important de souligner que notre évaluation a été effectuée sur un échantillon s'apparentant à une population clinique avec des antécédents de suivi psychiatrique ou paramédical (92,0%) et des antécédents d'exposition à des événements traumatiques (68,0%). Notre échantillon se distingue ainsi de la population générale et nos résultats n'y sont donc pas extrapolables.

Les conditions de confinement et l'impact de la pandémie de COVID-19 étant différents d'un pays à l'autre, il nous apparaît important de pouvoir comparer nos résultats à ceux d'autres études en France. Une autre étude prospective en population clinique a été réalisée en France pendant le premier confinement. Entre le 16 mars et le 11 mai 2020, une évaluation de l'évolution de l'état clinique global de 354 enfants et adolescents de la file active du service de psychiatrie infanto-juvénile du CHRU de Brest, met 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 (38). Les auteurs concluent cependant à des résultats assez discordants avec la littérature.

L'apport original de notre étude réside dans le fait qu'elle est la seule, à notre connaissance à ce jour, à viser une évaluation des troubles psychiatriques à l'aide d'entretiens semi-dirigés validés (39) permettant d'établir un diagnostic psychiatrique conforme au DSM-5 (36). Ceci permet une évaluation catégorielle plus fine (31), (33) que le recours à des recueils systématiques de symptômes comme le proposent la plupart des études (notamment via des évaluations « en ligne »). Il résulte de notre choix l'évaluation d'un échantillon de taille modeste et donc une puissance également modeste, dû en particulier au temps nécessaire à la passation d'un K-SADS-PL ou d'un DIPA, environ 90 minutes.

Parmi les 19 (76,0%) troubles anxieux, on distingue 10 (40,0%) phobies spécifiques dont 2 (8,0%) phobies spécifiques centrées sur une peur de contamination de la COVID-19. Les 8 (32,0%) autres sont des phobies spécifiques de thématiques diverses et classiques. Les phobies spécifiques sont attendues comme les troubles anxieux les plus fréquents (40).

Les fréquences et les catégories des troubles anxieux diagnostiqués, dans notre échantillon clinique, traduisent un niveau élevé d'anxiété chez les enfants et les adolescents confinés, comme décrit largement par ailleurs dans la littérature (41).

L'étude de Duan, *et al.*, (42) indique, à l'aide de la Spence Child Anxiety Scale (SCAS), un niveau élevé d'anxiété chez les enfants (moy. = 21,68, SD = 25,88) et les adolescents (moy. = 25,56, SD = 19,32). Chez les enfants, on retrouve une forte anxiété de séparation (moy. = 4,4 ; SD = 3,3). Chez les adolescents, des troubles paniques (moy. = 4,25 ; SD = 5) et de l'anxiété généralisée (moy. = 4,61 ; SD = 3,49) sont observés. Enfin, pour les deux groupes d'âge, le score pour les phobies sociales est important (enfant : moy. = 4,15 ; SD = 3,24 et adolescent : moy. = 5,60 ; SD = 4,03).

Il est une donnée acquise de la science que les événements stressants tels que les catastrophes naturelles et les traumatismes d'origine humaine peuvent avoir un impact important sur la santé mentale et entraîner des troubles tels que le TSPT et la dépression (43), (44).

Après l'épidémie à SARS en 2003, 29 % de symptômes de stress post-traumatique modérés à sévères, au décours immédiat du confinement, étaient retrouvés dans un échantillon de 129 personnes vivant à Toronto (3). Concernant l'épisode de grippe H1N1, les critères pour un TSPT étaient retrouvés pour 30 % d'enfants confinés et 25 % de leurs parents au cours de la période de confinement (45).

La fréquence de TSPT dans notre échantillon (36,0%) s'inscrit dans la lignée des résultats précédents. D'autant plus que notre échantillon est composé à 68,0% d'enfants ou d'adolescents ayant un antécédent d'exposition à un événement traumatique.

Il faut prendre en compte que pour de nombreux enfants, la pandémie actuelle entraîne des risques de traumatismes cumulatifs. La réponse d'un enfant à une situation de crise dépend de son exposition antérieure à des événements traumatiques (25), (46). Pour les enfants de la région niçoise (60,0% de notre échantillon), la crise sanitaire actuelle et les mesures de quarantaine qui en ont résulté peuvent entraîner une réactivation de la peur et des symptômes de TSPT qui peuvent s'être manifestés au lendemain de l'attentat terroriste du 14 juillet 2016, lequel a représenté un traumatisme de masse (47).

Les troubles dépressifs dans notre échantillon (28,0%) sont comorbides des troubles anxieux ou des TSPT dans 5 cas sur 7 (71,4%).

La comparaison avec la prévalence estimée des troubles dépressifs avant la pandémie chez les adolescents (12,9%) (48) suggère que la fréquence des troubles dépressifs pendant la pandémie de COVID-19 a possiblement doublée. La pandémie de COVID-19, ainsi que les restrictions et les conséquences qui y sont associées, semblent avoir eu un impact considérable sur les jeunes et leur bien-être psychologique. La perte d'interactions avec les pairs, l'isolement social et la réduction des contacts avec les soutiens bienveillants (les enseignants par exemple) peuvent avoir précipité la progression de ces troubles (49).

Des taux plus élevés de dépression chez les enfants plus âgés ont été observés dans d'autres études (39) et peuvent être dus à la puberté et aux changements hormonaux (50) ainsi qu'à l'isolement social et de la distance physique qui se sont imposés à ces enfants pour lesquels la socialisation avec les pairs est primordiale (51).

Les troubles de l'alternance veille-sommeil (83,3%) sont évalués chez seulement 6 participants ayant bénéficié d'une évaluation par le DIPA ; le K-SADS-PL ne permettant pas de retenir ce diagnostic catégoriel. Cependant, d'autres données de notre étude permettent d'évaluer l'importante fréquence des troubles du sommeil dans notre échantillon. Les symptômes immédiats recueillis chez 70 participants trouvent 68,6%, les symptômes différés recueillis chez 52 participants trouvent 59,6%, et le PHQ-13 réalisé chez 25 participants détecte 56,0% de troubles du sommeil.

Durant le premier confinement en France, les écoles ont été fermées, ceci a eu un impact majeur sur la structuration de la journée et sur la qualité du sommeil des enfants (52).

Des travaux explorant les périodes sans école comme les week-ends et les vacances d'été, montrent chez les enfants une prise de poids en lien avec une diminution de l'activité physique, des horaires de sommeil irréguliers et des temps plus importants passés devant les écrans (53), (54).

D'un autre côté, l'interruption de la scolarité présentielle a permis à une majorité des 538 enfants ou adolescents avec TDAH, sondés dans l'étude de Bobo *et al.*, de connaître soit un mieux-être soit un état général psychologique stable d'après leurs parents (55). Une diminution de l'anxiété est mise en lien avec l'interruption de la scolarité présentielle et un rythme « sur-mesure ». Pour certains, l'abandon des aménagements et le volume de tâches ont posé problème avec des attitudes d'opposition et d'évitement. Les parents décrivent également une prise de conscience des difficultés de leurs enfants, ce qui ressort comme un élément constructif. Les enfants dont l'état se dégrade ont à la fois des difficultés comportementales et émotionnelles.

Dans notre échantillon clinique, 6 (24,0%) participants sont porteurs d'un TDAH. Nos entretiens cliniques avec ces participants nous laissent percevoir une amélioration globale de leur état psychique.

B. Symptômes somatiques

Chez les 14-24 ans de la population générale, le score moyen au PHQ-15 est de 2,4 ($\pm$ 3,5) (56). Dans notre échantillon, le score moyen au PHQ-13 est de 7,1 ($\pm$ 4,5), ce qui semble indiquer une intensité marquée des symptômes de somatisation.

Dans notre échantillon nous avons notamment détecté la sensation de fatigue (72,0%), les troubles du sommeil (56,0%), les maux de tête (56,0%) et les douleurs à l'estomac (56,0%).

Dans la population adulte générale, les douleurs à l'estomac sont présentes chez 14% des hommes et 22% des femmes alors que les symptômes somatiques les plus fréquents détectés aux PHQ-15 sont les troubles du sommeil (60-76%), les douleurs dorsales (59-67%), la sensation de fatigue (57-67%), les douleurs dans les bras, les jambes et les articulations (55-62%) et les maux de tête (25-45%) (57).

Il apparaît donc une répartition singulière des symptômes de somatisation dans notre échantillon clinique d'enfants et d'adolescents.

Les somatisations déclarées dans notre échantillon correspondent aux symptômes somatiques les plus fréquents chez les enfants et adolescents porteurs de troubles anxieux (58).

Nos résultats semblent donc indiquer la présence de symptômes de somatisations anxieuses chez les enfants et adolescents confinés pendant la pandémie de COVID-19.

C. Comparaison entre les sous-groupes avec ou sans antécédents

Concernant les caractéristiques sociodémographiques, on note que l'intégralité des participants sans antécédent de suivi psychiatrique ou paramédical provient du centre de recrutement de Nice. Cela s'explique par le fait que ces participants ont été recrutés grâce au numéro d'urgence mis en place dans la région niçoise spécialement pendant le confinement. Les participants recrutés par les centres d'Avignon et de Marseille sont exclusivement des patients de leurs files actives.

La poursuite du protocole est nettement supérieure chez les participants avec antécédent de suivi psychiatrique ou paramédical (67,6%) ou antécédent d'exposition à un évènement traumatique (63,0%) que chez les participants sans (respectivement 5,6% et 18,6%).

Au cours de l'étude, la perte expérimentale a été importante (64,3% perdus de vue), en particulier parmi les participants sans antécédent de suivi psychiatrique ou paramédical (94,4% perdus de vue) ou sans antécédent d'exposition à un évènement traumatique (81,4% perdus de vue). Il existe un biais de sélection des participants selon leurs antécédents. D'une part, le suivi des participants avec antécédents était plus simple pour les chercheurs-cliniciens impliqués dans cette étude (car il s'agit de patients réguliers). D'autre part cela suggère que pour les participants indemnes d'antécédents, la poursuite des entretiens d'évaluation (qui de fait sont également des temps de psychothérapie) était moins sollicitée, peut être car le besoin ressenti de soins était moindre.

La comparaison entre les sous-groupes avec et sans antécédent de suivi psychiatrique ou paramédical d'une part, et la comparaison entre les sous-groupes avec et sans antécédent d'exposition à un évènement traumatique d'autre part ne montre pas de différence significative concernant les symptômes immédiats et différés recueillis ni dans l'évolution de ces symptômes ; à l'exception des symptômes d'évitement que l'on retrouve plus fréquemment dans le sous-groupe avec antécédent d'exposition à un évènement traumatique (44,0%) que dans le sous-groupe sans (18,5%). Il s'agit probablement d'une expression de la réactivation traumatique chez ces participants confrontés aux traumatismes cumulatifs (41).

On aurait pu s'attendre à ce que les autres symptômes de TSPT (reviviscences, hypervigilance, altération cognitive, etc.) soient plus fréquents dans le sous-groupe avec antécédent d'exposition à un évènement traumatique. Si notre étude ne met pas à jour une telle différence, c'est probablement par manque de puissance statistique dû à de trop petits effectifs.

L'effectif résiduel de 25 participants à T2 ne permet pas de comparaison pertinente entre les sous-groupes avec ($n = 23$) et sans ($n = 2$) antécédent de suivi psychiatrique ou paramédical et avec ($n = 17$) et sans ($n = 8$) antécédent d'exposition à un événement traumatique.

Nous n'avons donc pas suffisamment d'éléments significatifs pour affirmer que les antécédents d'exposition à un événement traumatique ou les antécédents de suivi psychiatrique ou paramédical sont des facteurs de vulnérabilité de développement de symptômes ou de troubles psychiatriques pendant et après le confinement lié à la pandémie de COVID-19.

VII. Conclusion

On peut conclure que notre étude observe la présence significative de troubles anxio-dépressifs et de TSPT (DSM-5) chez les enfants et adolescents aux antécédents de suivi psychiatrique ou d'exposition à un évènement traumatique qui ont consulté en pédopsychiatrie en région PACA pendant ou après le confinement lié à la pandémie de COVID-19.

En outre, cette population a développé des symptômes de somatisations anxieuses pendant ou après le confinement.

Ces résultats mettent en lumière la vulnérabilité psychique des enfants et adolescents aux antécédents psychiatriques lors d'une période de crise telle que celle du confinement pendant la pandémie de COVID-19. Cette population devrait alors être considérée comme à risque, retenir toute notre attention et bénéficier de mesures d'accompagnement spécifiques afin de prévenir, de dépister, de diagnostiquer et si besoin de prendre en charge le développement de troubles psychiatriques.

L'évaluation standardisée des troubles psychiatriques, à l'aide d'entretiens semi-dirigés validés permettant d'établir un diagnostic psychiatrique conforme au DSM-5, constitue un enjeu pour la recherche clinique et mériterait d'être répliquée à plus grande échelle, afin de confronter nos résultats obtenus dans une population spécifique de taille modeste et de permettre une extrapolation en population pédiatrique générale.

VIII. Références

1. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *The Lancet*. 15 févr 2020;395(10223):497-506.
2. Peterman A, Potts A, O'Donnell M, Thompson K, Shah N, Oertelt-Prigione S, et al. *Pandemics and violence against women and children*. Vol. 528. Center for Global Development Washington, DC; 2020.
3. Hawryluck L, Gold WL, Robinson S, Pogorski S, Galea S, Styra R. SARS Control and Psychological Effects of Quarantine, Toronto, Canada. *Emerg Infect Dis*. juill 2004;10(7):1206-12.
4. 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. *Gen Psychiatry*. mars 2020;33(2):e100213.
5. Reynolds DL, Garay JR, Deamond SL, Moran MK, Gold W, Styra R. Understanding, compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience. *Epidemiol Infect*. 2008;136(7):997-1007.
6. Jeong H, Yim HW, Song Y-J, Ki M, Min J-A, Cho J, et al. Mental health status of people isolated due to Middle East Respiratory Syndrome. *Epidemiol Health*. 5 nov 2016;38:e2016048.
7. 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):1729.
8. Cui Y, Li Y, Zheng Y. Mental health services for children in China during the COVID-19 pandemic: results of an expert-based national survey among child and adolescent psychiatric hospitals. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. juin 2020;29(6):743-8.
9. Nearchou F, Flinn C, Niland R, Subramaniam SS, Hennessy E. Exploring the Impact of COVID-19 on Mental Health Outcomes in Children and Adolescents: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 16 nov 2020;17(22):8479.
10. 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. *J Pediatr*. juin 2020;221:264-266.e1.
11. Colizzi M, Sironi E, Antonini F, Ciceri ML, Bovo C, Zoccante L. Psychosocial and Behavioral Impact of COVID-19 in Autism Spectrum Disorder: An Online Parent Survey. *Brain Sci*. juin 2020;10(6):341.
12. Casanova M, Bagliacca EP, Silva M, Patriarca C, Veneroni L, Clerici CA, et al. How young patients with cancer perceive the COVID-19 (coronavirus) epidemic in Milan, Italy: Is there room for other fears? *Pediatr Blood Cancer*. 2020;67(7):e28318.
13. Liu X, Luo W-T, Li Y, Li C-N, Hong Z-S, Chen H-L, et al. Psychological status and behavior changes of the public during the COVID-19 epidemic in China. *Infect Dis Poverty*. 2020;9:1-11.
14. Tian F, Li H, Tian S, Yang J, Shao J, Tian C. Psychological symptoms of ordinary Chinese citizens based on SCL-90 during the level I emergency response to COVID-19. *Psychiatry Res*. 1 juin 2020;288:112992.
15. Trzebiński J, Cabański M, Czarnecka JZ. Reaction to the COVID-19 pandemic: the influence of meaning in life, life satisfaction, and assumptions on world orderliness and positivity. *J Loss Trauma*. 2020;25(6-7):544-57.
16. Liu S, Liu Y, Liu Y. Somatic symptoms and concern regarding COVID-19 among Chinese college and primary school students: A cross-sectional survey. *Psychiatry Res*. juill 2020;289:113070.
17. 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 Pediatr*. 1 sept 2020;174(9):898.
18. Zhou S-J, Zhang L-G, Wang L-L, Guo Z-C, Wang J-Q, Chen J-C, et al. Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 1 juin 2020;29(6):749-58.
19. Oosterhoff B, Palmer CA, Wilson J, Shook N. Adolescents' motivations to engage in social

distancing during the COVID-19 pandemic: associations with mental and social health. *J Adolesc Health*. 2020;67(2):179-85.

20. Seğer İ, Ulaş S. An Investigation of the Effect of COVID-19 on OCD in Youth in the Context of Emotional Reactivity, Experiential Avoidance, Depression and Anxiety. *Int J Ment Health Addict* [Internet]. 13 juin 2020 [cité 15 août 2021]; Disponible sur: <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00322-z>

21. Yang H, Bin P, He AJ. Opinions from the epicenter: an online survey of university students in Wuhan amidst the COVID-19 outbreak1. *J Chin Gov*. 2 avr 2020;5(2):234-48.

22. Ghosh R, Dubey MJ, Chatterjee S, Dubey S. Impact of COVID -19 on children: special focus on the psychosocial aspect. *Minerva Pediatr* [Internet]. juin 2020 [cité 12 août 2021];72(3). Disponible sur: <https://www.minervamedica.it/index2.php?show=R15Y2020N03A0226>

23. Witt A, Ordóñez A, Martin A, Vitiello B, Fegert JM. Child and adolescent mental health service provision and research during the Covid-19 pandemic: challenges, opportunities, and a call for submissions. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 11 mai 2020;14:19.

24. Chen I-H, Chen C-Y, Pakpour AH, Griffiths MD, Lin C-Y. Internet-Related Behaviors and Psychological Distress Among Schoolchildren During COVID-19 School Suspension. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1 oct 2020;59(10):1099-1102.e1.

25. Imran N, Zeshan M, Pervaiz Z. Mental health considerations for children & adolescents in COVID-19 Pandemic. *Pak J Med Sci* [Internet]. 19 mai 2020 [cité 12 août 2021];36(COVID19-S4). Disponible sur: <https://www.pjms.org.pk/index.php/pjms/article/view/2759>

26. 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. *The Lancet*. 14 mars 2020;395(10227):912-20.

27. Wade M, Prime H, Browne DT. Why we need longitudinal mental health research with children and youth during (and after) the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Res*. 1 août 2020;290:113143.

28. Garfin DR, Silver RC, Holman EA. The novel coronavirus (COVID-2019) outbreak: Amplification of public health consequences by media exposure. *Health Psychol*. mai 2020;39(5):355-7.

29. Rapa E, Dalton L, Stein A. Talking to children about illness and death of a loved one during the COVID-19 pandemic. *Lancet Child Adolesc Health*. 1 août 2020;4(8):560-2.

30. Gindt M, Fernandez A, Richez A, Nachon O, Battista M, Askenazy F. CoCo20 protocol: a pilot longitudinal follow-up study about the psychiatric outcomes in a paediatric population and their families during and after the stay-at-home related to coronavirus pandemic (COVID-19). *BMJ Open*. 1 avr 2021;11(4):e044667.

31. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, et al. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. juill 1997;36(7):980-8.

32. Thümmler S, Askenazy F. K-SADS-PL DSM-5 French version Mai 2018 (of K-SADS-PL DSM-5 November 2016, Kaufmann J, Birmaher B, Axelson D, Perepletchikova F, Brent D, Ryan N). 2018.

33. Scheeringa MS, Haslett N. The reliability and criterion validity of the Diagnostic Infant and Preschool Assessment: a new diagnostic instrument for young children. *Child Psychiatry Hum Dev*. juin 2010;41(3):299-312.

34. Thümmler S, Gindt M, Battista M, Askenazy F, Baubet T. Diagnostic infant and preschool assessment (DIPA)(French version 19/07/17 of DIPA DSM-5 Scheeringa 08/08/15. 2017.

35. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-15: Validity of a New Measure for Evaluating the Severity of Somatic Symptoms. *Psychosom Med*. mars 2002;64(2):258-66.

36. Association AP, Association AP. DSM 5. *Am Psychiatr Assoc*. 2013;70.

37. Ma Z, Idris S, Zhang Y, Zewen L, Wali A, Ji Y, et al. The impact of COVID-19 pandemic outbreak on education and mental health of Chinese children aged 7–15 years: an online survey. *BMC Pediatr*. déc 2021;21(1):95.

38. Lavenne-Collot N, Ailliot P, Badic S, Favé A, François G, Saint-André S, et al. Les enfants suivis en psychiatrie infanto-juvénile ont ils connu la dégradation redoutée pendant la période de confinement liée à la pandémie COVID-19 ? *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 1 mai 2021;69(3):121-31.

39. Racine N, McArthur BA, Cooke JE, Eirich R, Zhu J, Madigan S. Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19: A Meta-analysis. *JAMA Pediatr* [Internet]. 9 août 2021 [cité 19 août 2021]; Disponible sur: <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.2482>
40. Lépine J-P, Gasquet I, Kovess V, Arbabzadeh-Bouchez S, Nègre-Pagès L, Nachbaur G, et al. Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/ (ESEMeD). *L'Encéphale*. 1 avr 2005;31(2):182-94.
41. Gindt M, Fernandez A, Battista M, Askenazy F. Conséquences psychiatriques de la pandémie de la Covid 19 chez l'enfant et l'adolescent. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. janv 2021;S0222961721000015.
42. Duan L, Shao X, Wang Y, Huang Y, Miao J, Yang X, et al. An investigation of mental health status of children and adolescents in china during the outbreak of COVID-19. *J Affect Disord*. 1 oct 2020;275:112-8.
43. Examining Associations Between Hurricane Sandy Exposure and Posttraumatic Stress Disorder by Community of Residence - Schwartz - 2019 - *Journal of Traumatic Stress - Wiley Online Library* [Internet]. [cité 30 août 2021]. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/jts.22445>
44. Plexousakis SS, Kourkoutas E, Giovazolias T, Chatira K, Nikolopoulos D. School Bullying and Post-traumatic Stress Disorder Symptoms: The Role of Parental Bonding. *Front Public Health*. 9 avr 2019;7:75.
45. Sprang G, Silman M. Posttraumatic Stress Disorder in Parents and Youth After Health-Related Disasters. *Disaster Med Public Health Prep*. févr 2013;7(1):105-10.
46. Stark AM, White AE, Rotter NS, Basu A. Shifting from survival to supporting resilience in children and families in the COVID-19 pandemic: Lessons for informing U.S. mental health priorities. *Psychol Trauma Theory Res Pract Policy*. 2020;12(S1):S133-5.
47. Chauvelin L, Gindt M, Olliac B, Robert P, Thümmel S, Askenazy F. Emergency Organization of Child Psychiatric Care Following the Terrorist Attack on July 14, 2016, in Nice, France. *Disaster Med Public Health Prep*. avr 2019;13(2):144-6.
48. Lu W. Adolescent Depression: National Trends, Risk Factors, and Healthcare Disparities. *Am J Health Behav*. 1 janv 2019;43(1):181-94.
49. Lee J. Mental health effects of school closures during COVID-19. *Lancet Child Adolesc Health*. 1 juin 2020;4(6):421.
50. Oldehinkel AJ, Verhulst FC, Ormel J. Mental health problems during puberty: Tanner stage-related differences in specific symptoms. The TRAILS study. *J Adolesc*. 1 févr 2011;34(1):73-85.
51. Loades ME, Chatburn E, Higson-Sweeney N, Reynolds S, Shafran R, Brigden A, et al. Rapid Systematic Review: The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1 nov 2020;59(11):1218-1239.e3.
52. Guichard K, Geoffroy PA, Taillard J, Micoulaud-Franchi J-A, Royant-Parola S, Poirot I, et al. Stratégies de gestion de l'impact du confinement sur le sommeil : une synthèse d'experts. *Médecine Sommeil*. juin 2020;17(2):108-12.
53. Brazendale K, Beets MW, Weaver RG, Pate RR, Turner-McGrievy GM, Kaczynski AT, et al. Understanding differences between summer vs. school obesogenic behaviors of children: the structured days hypothesis. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2017;14(1):1-14.
54. Wang G, Zhang Y, Zhao J, Zhang J, Jiang F. Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. *The Lancet*. 2020;395(10228):945-7.
55. Bobo E, Lin L, 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*. 1 juin 2020;46(3, Supplement):S85-92.
56. Kocalevent R-D, Hinz A, Brähler E. Standardization of a screening instrument (PHQ-15) for somatization syndromes in the general population. *BMC Psychiatry*. 20 mars 2013;13(1):91.
57. Hinz A, Ernst J, Glaesmer H, Brähler E, Rauscher FG, Petrowski K, et al. Frequency of somatic

symptoms in the general population: Normative values for the Patient Health Questionnaire-15 (PHQ-15). *J Psychosom Res.* mai 2017;96:27-31.

58. Ginsburg GS, Riddle MA, Davies M. Somatic Symptoms in Children and Adolescents With Anxiety Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* oct 2006;45(10):1179-87.

IX. Annexe

SYMPTOMES IMMEDIATS

Entourez les symptômes présents chez l'enfant

ENFANTS 0-6 ANS	ENFANTS 6-12 ANS	ENFANTS 12-18 ANS
Troubles du sommeil - Cauchemars - Terreurs nocturnes en lien ou non avec l'événement		
Angoisse – Pleurs – tristesse		
Mutisme – Isolement – Sidération		
Passivité - Comportement d'observation		
Agitation - Panique - Désorganisation		
Somatisation - Régression - Comportements répétitifs		
Verbalisation de peur sous toutes ses formes	Verbalisation de peur sous toutes ses formes	Verbalisation de peur
Collage/attachement aux parents	Collage/attachement aux parents	Opposition - Agressivité
Dissociation Confusion	Dissociation Confusion	Dissociation – Déréalisation Confusion

Annexe 1 : Entretien semi-dirigé d'urgence : symptômes immédiats

SYMPTOMES DIFFERES

Entourez les symptômes présents chez l'enfant

ENFANTS 0-6 ANS	ENFANTS 6-12 ANS	ENFANTS 12-18 ANS
Reviviscences et Réminiscences (images, sons et odeurs)		
Troubles du sommeil - Cauchemars - Terreurs nocturnes en lien ou non avec l'événement		
Jeux et dessins répétitifs, liés ou non à l'événement, moins élaboré et imaginatifs que les jeux habituels, chargés d'émotion –anxiété – émoi émoussement – sans dimension de plaisir	Jeux et dessins répétitifs, liés ou non à l'événement, non élaborés ou sophistiqués ; transformant certains aspects avec introduction de danger symbolique, implication d'autres personnes (pairs et parents)	Phobies Trouble Oppositionnel avec ou sans Provocation
Sentiments et manifestations intenses	Anxiété - Émoussement affectif - Tristesse	Anxiété – Émoussement affectif - Tristesse
Confusion cognitive	Confusion cognitive Hypervigilance	Confusion cognitive Difficulté de concentration Hypervigilance
Impression de bébé différent, étrange	Évitement émotionnel et cognitif (lieu, personne et objet)	Évitement émotionnel et cognitif (lieu, personne et objet)
	Culpabilité - Honte	Culpabilité - Honte
		Abus de substances Conduites agressives

Annexe 2 : Entretien semi-dirigé d'urgence : symptômes différés

LEVEL 2—Somatic Symptom—Adult Patient * Adapted from the Patient Health Questionnaire Physical Symptoms (PHQ-15)*

Instructions : Les questions suivantes vos sensations et en particulier la fréquence à laquelle vous (la personne recevant des soins) avez été dérangé par cette liste de symptômes au cours des 28 derniers jours. Veuillez répondre à chaque élément en cochant une case par ligne.

Durant les 28 derniers jours, à quelle fréquence avez-vous été gêné par l'une des difficultés suivantes :

	Pas gêné du tout	Un peu gêné	Beaucoup gêné
Douleurs à l'estomac			
Mal au dos			
Douleur dans vos bras ou vos jambes ou autres articulations			
Maux de tête			
Douleur de poitrine			
Vertiges			
Évanouissements			
Sentir son cœur battre fort ou s'emballer			
Essoufflement (souffle court)			
Constipation, selles molles ou diarrhée			
Nausées, gaz ou indigestion			
Se sentir fatigué ou avoir peu d'énergie			
Troubles du sommeil			
Autres ? : Quels symptômes ?			

Annexe 3 : PHQ-13: symptômes somatiques

Standardized assessment of psychiatric disorders in a cohort of patients consulting with child and adolescent psychiatry in the PACA region during and after the COVID-19 pandemic confinement

Abstract :

Objectives. - The coronavirus pandemic led to confinement measures in France. Several studies have shown that epidemics and associated health measures (quarantine, confinement) cause an increase in acute stress disorders, post-traumatic stress disorders, anxiety and depression in the adult population. In the pediatric population, few studies have been conducted on this subject. The primary objective of this study was to evaluate psychiatric disorders (DSM-5) in a pediatric population consulting with child and adolescent psychiatry in the PACA region during and after the confinement related to the COVID-19 pandemic. The secondary objective was to evaluate somatization symptoms in this population.

Methods. - This multicentric prospective observational study included its participants during the confinement between March the 17th and May the 11th, 2020. At least one month after inclusion, we conducted age-appropriate semi-directed psychiatric interviews (K-SADS-PL and DIPA) as well as the PHQ-13 which collects somatic symptoms. The protocol was approved by the Ethics Committee of the Côte d'Azur University (CERNI).

Results. - The semi-directed psychiatric interviews (n = 25) identified anxiety disorders (76.0%), post-traumatic stress disorder (36.0%), and depressive disorders (28.0%). The PHQ-13 detects a feeling of tiredness (72.0%), sleep disorders (56.0%), headaches (56.0%) and stomach pain (56.0%).

Conclusions. - Our study observes the significant presence of both anxiety-depressive disorders and post-traumatic stress disorder (DSM-5). In addition, our study population developed symptoms of anxiety somatization during or after the confinement. The large number of lost to follow-up and the small number of participants limit the generalizability of our results. Standardized interviews allowed us to characterize our population; their use with a larger population constitutes a challenge for clinical research.

Keywords: COVID-19; confinement; children and adolescents; psychiatric disorders; somatization.

אריאל

תפילת הרופא

Prière du médecin (par Maïmonide)

« Mon D.ieu, remplis mon âme d'amour pour l'art et pour toutes les créatures.
N'admits pas que la soif du gain et la recherche de la gloire m'influencent
dans l'exercice de mon art, car les ennemis de la vérité et de l'amour
des hommes pourraient facilement m'abuser et m'éloigner du noble devoir
de faire du bien à Tes enfants.

Soutiens la force de mon cœur pour qu'il soit toujours prêt à servir
le pauvre et le riche, l'ami et l'ennemi, le bon et le mauvais.

Fais que je ne vois que l'Homme dans celui qui souffre.

Fais que mon esprit reste clair près du lit du malade, qu'il ne soit distrait
par aucune chose étrangère, afin qu'il ait présent tout ce que l'expérience
et la science lui ont enseigné ; car grandes et sublimes sont les recherches
scientifiques qui ont pour but de conserver la santé et la vie de toutes les créatures.

Fais que mes malades aient confiance en moi et mon art,
qu'ils suivent mes conseils et mes prescriptions.

Éloigne de leur lit l'armée des parents conseils et les gardes qui savent toujours tout,
car c'est une vengeance dangereuse qui, par vanité, fait échouer
les meilleures intentions de l'art et conduit souvent les créatures à la mort.

Si les ignorants me blâment et me raillent, fais que l'amour de mon art,
comme cuirasse, me rende invulnérable pour que je puisse persévérer
dans le vrai, sans égard au prestige, au renom et à l'âge de mes ennemis.

Prête-moi, mon D.ieu, l'indulgence et la patience auprès des malades entêtés
et grossiers. Fais que je sois modéré en tout mais insatiable

dans mon amour de la science. Éloigne de moi l'idée que je peux tout.

Donne-moi la force, la volonté et l'occasion d'élargir de plus en plus mes
connaissances. Je peux aujourd'hui découvrir dans mon savoir des choses que je ne
soupçonnais pas hier, car l'art est grand mais l'esprit de l'homme pénètre tout. »

אל עליון, טרם שאני מתחיל בעבודתי הקדושה לרפא את יצורי כסיה, אני מפיל את תחייתי
לפני כסא כבודך, שתתן לי אמן רוח ומרץ רב לעשות את עבודתי באמונה, ושהשאיפה לצבור הון או
לשם טוב לא תעורר את עיני מלראות נכוחה. אדון העולמים, גלוי וידוע לכל בני בריתך שרק אתה לבד
הוא מעניש ומחנן, מכה ומרפא. ברם בחקמתך אין סוף רציית שאני, עבדך האביון, בשר ודם, עפר
ואפר ביכלתי הצנועה ובשכלי הקטן צברתי נדע על גוף האדם ועל רוחו, שאמתה ברומיה הגדולים גילית
בעולמך הגשמי. והנה, אני בשקדנות, במצותה ובעזרתה מתחיל לרפא יצורי כסיה בהבנתי
המלאכה שרק בימינה הרמה והנשאות ההקלטות על חיים ועל מות, על הבראה ועל חולי, על הצלחתי
ברפוי החולה ועל פשלוני בעבודתי. שוכן במרומיך, מלך מי וקנן, יהי רצון מלפניך שתתן לי,
לעבדך, לבן אמתך חסן, כח ויכולת שכלית להמשיך ללמוד רפואה באין הפסקה לאורך כל חיי
מפי רופאים נבונים ממני. תזכני להביט על כל סובל, הקא לשאל בעצתי, כעל אדם, בלי הבדל בין עשיר ועני, זריד
ושונא, איש טוב ורע, בצר לו הרצני רק את האדם, אהבתי לתורת הרפואה תחזק את רוחי, רק האמת תהיה נר
לדגלי, כי כל רפיון בעבודתי יכול להביא פליון ומחלה ליציר כסיה. אגא ה' רחום ותגון, מוקני ואמצני בגופי
ובפשתי, ורוח שלם תשע בקרבי. ברוך אתה, אדון כל המעשים ובורא כל ההבראות.

[Maïmonide, le Rambam]

Deborah la nase

Designed by Deborah Revah

**“ Au moment d’être admis(e)
à exercer la médecine, je promets
et je jure d’être fidèle aux lois
de l’honneur et de la probité.**

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. ”

