



**HAL**  
open science

**COVID et santé mentale: impact sur les 18-35 ans en  
établissement public de santé mentale, étude  
rétrospective et comparative entre 2019 et 2021 sur les  
hospitalisations et les prises en charge ambulatoires à  
l'EPSM Georges Mazurelle**

Julie Stephano

► **To cite this version:**

Julie Stephano. COVID et santé mentale: impact sur les 18-35 ans en établissement public de santé mentale, étude rétrospective et comparative entre 2019 et 2021 sur les hospitalisations et les prises en charge ambulatoires à l'EPSM Georges Mazurelle. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04186713

**HAL Id: dumas-04186713**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04186713>**

Submitted on 24 Aug 2023

**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.

#### IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

---

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

**NANTES UNIVERSITÉ**

**FACULTÉ DE MÉDECINE**

Année 2023

N°

**THÈSE**

pour le

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

(DES de MÉDECINE GÉNÉRALE)

par

**Julie, STEPHANO**

Présentée et soutenue publiquement le 16 mai 2023

**COVID-19 et santé mentale : impact sur les 18-35ans en établissement public de santé mentale, étude rétrospective et comparative entre 2019 et 2021 sur les hospitalisations et les prises en charge ambulatoires à l'EPSM Georges Mazurelle**

Président : Professeur Anne SAUVAGET

Directeur de thèse : Docteur Dominique FAVREAU

## SERMENT MÉDICAL

Au moment d'être admise 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu 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 déshonorée et méprisée si j'y manque

## REMERCIEMENTS

*A Madame le Professeur Anne SAUVAGET,*

Je vous remercie de me faire l'honneur d'accepter la présidence de ce jury.

Soyez assurée de mon profond respect.

*A Madame le Docteur Dominique FAVREAU*

Je tiens à vous exprimer toute ma gratitude pour avoir dirigé ce travail, vous l'avez fait avec bienveillance et justesse. Merci pour votre disponibilité, nos échanges enrichissants et votre enthousiasme.

Vous m'avez aidée à mener ce projet à bien et je vous en serai éternellement reconnaissante.

*A Monsieur de Docteur Jean Baptiste AMELINEAU*

Je te remercie de m'avoir accompagnée tout au long de mon internat, de mes premiers travaux de GEP à mon entretien final et maintenant ma soutenance de thèse.

J'espère que tu trouveras dans ce travail, le fruit de tes enseignements.

*A Monsieur Le professeur Nicolas HOMMEY*

Vous me faites l'honneur et le plaisir d'intégrer ce jury de thèse.

Je vous remercie sincèrement de l'intérêt que vous porterez à ce travail

A l'ensemble de l'équipe du secteur Littoral 2 de Mazurelle, qui, au cours d'un semestre particulièrement difficile à su m'entourer et me montrer à quel point prendre soin des autres était important. Cela a confirmé mon intérêt pour cette discipline et m'a fait grandir professionnellement.

Aux professionnels rencontrés sur mon parcours, de mon externat rennais à mon internat nantais vous avez su me transmettre l'intérêt, la complexité, les joies et les peines de la médecine. Merci particulièrement aux médecins généralistes qui ont encadré mes stages d'internat :

Laurent, ton dévouement et ta soif de savoir sont une source d'inspiration.

Michel, merci de m'avoir montré ce que signifiait être un médecin de famille et toutes les difficultés que cela comportait.

Enfin merci à toi, Anne, je n'oublierai jamais notre discussion devant une tasse de thé aux amandes où tu m'as dit que, malgré mes doutes, j'étais faite pour ce métier. Merci de m'avoir fait confiance bien avant que je ne me le fasse moi-même.

A mes parents, je ne pourrai jamais assez vous remercier pour tout le soutien que vous m'avez apporté pendant ces longues années d'études. Merci à tous les deux d'avoir toujours répondu présent à l'autre bout du téléphone quand j'en avais besoin.

Merci maman, de m'avoir toujours poussée à réussir. Tu es un modèle de persévérance et de force.

Merci aussi pour tes relectures attentives.

Merci papa, d'avoir toujours assuré mes arrières. Tu me montres chaque jour un peu plus que le bonheur réside finalement dans les choses simples.

Je vous aime et souhaite par dessus tout que vous soyez heureux

A Clara, merci d'être ma sœur. La façon dont tu me regardes depuis ces 25 années me pousse à devenir meilleure chaque jour.

Je suis très, très fière de ton parcours et je serai toujours là pour toi

A Alan, merci pour ces 4 années à tes côtés, on peut dire que je n'ai pas eu le temps de m'ennuyer ! Tu m'as fait faire des choses dont je ne me pensais pas capable, tu me pousses à m'affirmer et à me dépasser. On peut dire que ce travail de thèse ne nous aura pas fait que du bien, et j'espère bientôt pouvoir écrire un chapitre plus joyeux de notre histoire

Je t'aime

A Ragnar, pour ce million de caresses et de ronrons pendant ces longues heures d'écriture.

Aux Bobbys, merci pour cette amitié qui traverse les âges.

Merci en particulier à toi Élise, de nos before du pacifique du début, à nos vocaux sans fin, j'ai l'impression que tu es avec moi malgré les quelques 500km qui nous séparent.

A mes amis rennais,

A Éloïse, merci d'être toi, tu as toujours eu le pouvoir de me rendre heureuse. Tu me manques et j'ai hâte que l'on continue de grandir (vieillir ?) ensemble.

A Louise, merci d'être une amie merveilleuse, tu es toujours là dans les bons comme dans les mauvais moments. J'espère pouvoir te le rendre au centuple !

A Jeanne, Loul, Rico, Maxime, Marin, François, Yanis, je suis loin d'être la meilleure en communication, mais rien n'effacera les années de folie passées à vos côtés.

Que la belle famille du hashtag se réunisse encore longtemps !

A Daniel, Morgane et Marie Sophie, vous êtes mes plus belles rencontres de cet internat. Vous avez, chacun à votre manière, égayé un de mes semestres. Merci à tous les trois d'être si inspirants.

Un merci particulier à Morgane sans qui les statistiques de cette thèse n'auraient probablement jamais vu le jour.

A Agathe, Clara, Éloïse, Cynthia, Hélène sans vous la vie à Nantes serait moins belle, pour toujours plus de soirées, de paillettes, de bières et de nourriture

Et à tout le reste des copains nantais, MERCI !

# TABLE DES MATIERES

SERMENT MÉDICAL.....	1
REMERCIEMENTS.....	2
TABLE DES ABRÉVIATIONS.....	8
INTRODUCTION.....	9
I ÉLÉMENTS DE CONTEXTE.....	10
1. La santé mentale en France.....	10
1.1 Données générales.....	10
1.2 Offre de soins et épidémiologie.....	10
1.2.1 En France.....	10
1.2.2 Cas spécifique de l'EPSM Georges Mazurelle.....	11
1.3 Pathologies et facteurs de risque.....	12
2. Santé mentale et COVID 19.....	14
2.1 Contexte sanitaire et historique.....	14
2.2 Impact psychologique en population générale.....	15
2.2.1 Symptômes spécifiques.....	15
2.2.2 Facteurs de risques.....	17
2.3 Impact connu sur le soin.....	18
2.3.1 Activité.....	18
2.3.2 Caractéristiques des patients.....	20
3. Questionnements et motivations de ce travail.....	20
3.1 Expérience personnelle.....	20
3.2 Problématique.....	22
II. MATÉRIELS ET MÉTHODES.....	23
1. Type d'étude.....	23
2. Population étudiée.....	23
3. Recueil de données.....	24
4. Analyse des données.....	25
III RÉSULTATS ET ANALYSE.....	26
1. Analyse descriptive.....	26
1.1 Activité hospitalière.....	26
1.2 Activité ambulatoire.....	26
2. Analyse comparative.....	27
2.1 Secteur hospitalier.....	27
2.2.1 Caractéristiques socio-démographiques.....	27
2.1.2 Antécédents et toxiques.....	29
2.1.3 Caractéristiques cliniques.....	29
2.1.4 Suivi et devenir.....	29
2.2 Secteur ambulatoire.....	31
2.2.1 Caractéristiques socio-démographiques.....	31
2.2.2 Antécédents et toxiques.....	31
2.2.3 Caractéristiques cliniques.....	31
2.2.4 Suivi et devenir.....	32
IV DISCUSSION.....	34
1. Discussion des principaux résultats.....	34
1.1 Activité.....	34
1.2 Caractéristiques socio-démographiques.....	35
1.3 Caractéristiques cliniques.....	36
2. Limites et biais.....	37
3. Confrontation aux données de la littérature.....	37

4. Perspectives.....	39
CONCLUSION.....	41
BIBLIOGRAPHIE.....	42
ANNEXES :.....	47
RÉSUMÉ.....	54

## TABLE DES ABRÉVIATIONS

OMS : Organisation mondiale de la santé

EPSM : Etablissement public de santé mentale

CMP : Centre médico-psychologique

CATTP : Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel

CIM-11: Classification internationale des maladies 11ème édition

OFDT : Observatoire français des drogues et des tendances addictives

EPI-PHARE : Groupe d'intérêt scientifique constitué par l'agence nationale du médicament et des produits de santé (ANSM) et la caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam)

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

CPOA : Centre psychiatrique d'accueil et d'orientation

FIRM : Fédération de l'information et de la recherche médicale de l'établissement

SDF : Sans domicile fixe

B1 : Bocage 1

B2 : Bocage 2

L1 : Littoral 1

L2 : Littoral 2

SV : Sud Vendée

ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

BMJ : British medical journal

## **INTRODUCTION**

La pandémie de COVID-19 a touché la France dès mars 2020. Dès lors, de nombreuses mesures pour en limiter la propagation ont été imposées à la population. Ces bouleversements ont entraîné des conséquences sur la santé mentale des Français. L'objectif de notre étude est de déterminer l'impact de la pandémie sur l'activité de l'hôpital Georges Mazurelle et sur les caractéristiques socio-démographiques de ses patients.

Pour ce faire, nous avons conduit une étude rétrospective et comparative entre 2019 et 2021 sur l'activité de l'établissement et sur les caractéristiques socio-démographiques et cliniques des nouveaux patients de 18 à 35 ans hospitalisés ou suivis en ambulatoire sur les deux années concernées, à partir d'un échantillon de 200 patients tirés au sort.

# I ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

## 1. La santé mentale en France

### *1.1 Données générales*

La santé mentale est définie par l'OMS comme « *un état de bien-être mental qui nous permet d'affronter les sources de stress de la vie, de réaliser notre potentiel, de bien apprendre et de bien travailler, et de contribuer à la vie de la communauté* ». La santé mentale représente donc bien plus que l'absence de troubles mentaux. Elle est déterminée par de nombreux facteurs socio- économiques, biologiques et environnementaux et fait partie intégrante de la santé.

La France compte 67 millions d'habitants en 2019 ; 68 millions depuis début 2023, parmi lesquels 13 millions sont touchés chaque année par un trouble psychique. Cela représente 1 Français sur 5. 64% des Français déclarent avoir déjà ressenti un trouble ou une souffrance psychique et ce chiffre se monte à 75% chez les moins de 35ans (1,2). Les troubles psychiatriques sont au 3ème rang des maladies les plus fréquentes dans le monde après le cancer et les maladies cardio-vasculaires. Ils sont bien souvent source de handicap, altèrent la qualité de vie des malades et de leurs proches et réduisent considérablement l'espérance de vie. On considère que la présence d'un trouble psychique ou addictif réduit l'espérance de vie en moyenne de 16 ans chez l'homme et de 13 ans chez la femme (3).

La santé mentale est donc un enjeu de santé publique prioritaire et le premier poste de dépense de l'assurance maladie en France.

### *1.2 Offre de soins et épidémiologie*

#### **1.2.1 En France**

L'offre de soins en santé mentale est composée par les médecins généralistes, les psychologues, les 15 307 psychiatres qui couvrent le territoire et 612 établissements de santé. (4,5).

On distingue trois grands types de prises en charge :

- Les soins continus, en hospitalisation complète soit 55 000 lits d'hospitalisation en 2019.

Ils sont assurés par des unités d'hospitalisation se trouvant dans des hôpitaux généraux, dans des établissements publics de santé mentale (EPSM) ou des cliniques privées pour 13% d'entre elles. Les soins continus sont également assurés par les centres de post cures, l'hospitalisation à domicile, les appartements thérapeutiques et les centres d'accueil de crise d'urgence.

- Les soins à temps partiel pour 29 000 places par an, assurés par : l'hôpital de jour dont le but est d'éviter la chronicisation et de préparer la réinsertion socio-professionnelle, l'hôpital de nuit et les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel où sont dispensées des activités thérapeutiques et occupationnelles favorisant l'autonomie.

- Les soins ambulatoires assurés par les 310 000 centres médico-psychologiques et la psychiatrie de liaison (5). Les centres médico-psychologiques (CMP) interviennent en amont et en aval de l'hospitalisation, les soins y sont dispensés par une équipe multidisciplinaire de manière gratuite.

En 2019, les dispositifs sus-cités ont pris en charge 419 000 patients hospitalisés dont 331 000 à temps complet et 2,1 millions de patients suivis en ambulatoire (6).

Concernant les caractéristiques des 419 000 patients hospitalisés à temps complet ou partiel on peut retenir : qu'il y avait autant d'hommes que de femmes ; que l'âge moyen était de 43,7 ans en temps complet et de 37,7 ans à temps partiel. Concernant les suivis en ambulatoire : à l'instar de l'hospitalisation il y avait autant d'hommes que de femmes, 25% des patients suivis étaient âgés de moins de 16 ans et 50% de moins de 38ans (7).

### **1.2.2 Cas spécifique de l'EPSM Georges Mazurelle**

La Vendée est un des cinq départements composant les Pays de La Loire ; elle compte environ 685 000 habitants en 2019 (8). L'établissement public de santé mentale Georges Mazurelle est implanté à La Roche Sur Yon et il s'agit du seul établissement de ce type sur le département.

Il est composé d'unités d'hospitalisations complètes pour enfants, adultes et personnes âgées, d'une unité de soin longue durée sur le site de La Roche sur Yon et de structures de soins extra hospitalières réparties sur l'ensemble du département : les CMP, les hôpitaux de jour, les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), les appartements thérapeutiques et les maisons d'accueil spécialisées.

Depuis 2020 le département vendéen est divisé en 5 secteurs de psychiatrie adulte, dont 4 dépendent de l'EPSM Mazurelle, 2 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile et un secteur adolescent. Le dernier secteur adulte du département est géré par le service de psychiatrie de l'hôpital de Challans. (*Annexe 1*)

Il existe au sein de l'établissement quatre secteurs de psychiatrie adulte : le littoral 1, le littoral 2, le bocage 1 et le bocage 2 où les patients sont répartis selon leur lieu de résidence ou à défaut, selon leur date de naissance. A noter qu'il existait un cinquième secteur adulte au sein de l'établissement, « le sud Vendée » correspondant au secteur de Fontenay le Comte ; ce secteur de 15 lits a été fermé en mars 2020, au moment de la pandémie, les patients répartis entre les 4 autres secteurs, le personnel redéployé.

Ces 4 secteurs sont reliés à 11 CMP : 4 dans la ville de la Roche Sur Yon, et 1 dans chacune des villes suivantes : les Sables d'Olonne, Luçon, Sainte Hermine, Les Herbiers, Montaigu, La Châtaigneraie et Fontenay Le Comte.

L'établissement compte 839 lits et places dont 314 en hospitalisation complète et 255 en secteur adulte. On y compte une moyenne de 4600 séjours par an. (moyenne sur les années 2018, 2019, 2021).

### ***1.3 Pathologies et facteurs de risque***

En psychiatrie les pathologies sont classifiées selon deux systèmes nosographiques distincts que sont : la classification internationale des maladies, 11ème édition (CIM-11), rédigée par l'OMS qui classe toutes les pathologies y compris les troubles psychiatriques et le DSM-5 rédigé par l'association américaine de psychiatrie qui classe uniquement les troubles psychiatriques.

La CIM-11 est le système de référence utilisé par les hôpitaux français pour la cotation des actes (9).

Les grandes catégories des troubles psychiatriques définies sont les suivantes :

- Les troubles neuro-développementaux : qui regroupent entre autres les troubles du développement intellectuel, les troubles des acquisitions, les troubles des apprentissages, les troubles du spectre autistique, les troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, les tics.
- Les troubles psychotiques : telle la schizophrénie, les troubles de la personnalité schizo affectifs ou schizotypiques, le trouble psychotique aigu, le trouble délirant.
- Les troubles de l'humeur : trouble dépressif et trouble bipolaire
- Les troubles anxieux
- Les troubles obsessionnels compulsifs
- Les troubles spécifiquement liés au stress : exemple les troubles de l'attachement, les troubles de stress post traumatique, les troubles de l'adaptation
- Les troubles à symptomatologie somatique
- L'addiction à une substance psychoactive

Parmi l'ensemble de ces troubles, la pathologie qui a la prévalence la plus élevée est l'épisode dépressif caractérisé avec une prévalence de 10 % sur un an chez les 18-75ans et avec un sexe ratio de 1,5 à 3 fois supérieur chez les femmes (3).

Afin de pouvoir prévenir efficacement ces différents troubles psychiatriques, l'épidémiologie analytique décrit des facteurs de risque spécifiques pour chacun de ces troubles, des facteurs de vulnérabilité et des facteurs de stress.

Les facteurs de risque sont des facteurs qui augmentent la probabilité de développer une maladie, mais qui ne sont ni nécessaires ni suffisants pour la développer, on en distingue deux types : les facteurs génétiques et les facteurs environnementaux. Ils regroupent :

- Des facteurs sociaux : l'environnement social, la précarité, l'isolement, les sources de stress comme : la maltraitance, la négligence, les carences, les conditions de travail difficiles, le deuil, les violences, les guerres
- Des facteurs environnementaux : tout type de pollution, les catastrophes naturelles
- Des facteurs biologiques : les antécédents personnels ou familiaux, la consommation de toxiques
- Des facteurs génétiques

Certains de ces facteurs de risque sont étroitement liés à l'âge de l'individu et vont donc se modifier au cours des grandes étapes de développement. Le fait de présenter ou d'avoir été exposé à un ou plusieurs facteurs de risque est ce que l'on appelle la vulnérabilité d'un individu.

Les facteurs de stress quant à eux sont définis comme les changements dans l'équilibre bio psychosocial du sujet, ces changements vont pouvoir précipiter le développement d'un trouble chez une personne vulnérable.

## **2. Santé mentale et COVID 19**

### *2.1 Contexte sanitaire et historique*

Le SARS-CoV-2 est le nom du Coronavirus responsable du COVID-19. Il a été identifié pour la première fois chez l'homme en novembre 2019 à Wuhan, capitale de la province de Hubei en Chine. Rapidement, les malades atteints se multiplient et fin janvier 2020 la région de Hubei et ses cinquante-six millions d'habitants se retrouvent confinés. Le 30 janvier 2020, l'OMS déclare l'état d'urgence de santé publique, puis l'état de pandémie le 11 mars 2020.

Afin de freiner les contaminations et prévenir la saturation du système de santé, la France, à l'instar de ses voisins européens, ferme ses frontières, annule ses manifestations culturelles et sportives et met en place des mesures de confinement. Elle ferme également ses établissements scolaires et tous les lieux publics dit « non indispensables ». Les déplacements sont réduits au strict nécessaire (alimentation, soin et travail si télétravail impossible) ; les sorties doivent être proches du domicile et bien entendu il y a pénalisation en cas d'infraction à ces nouvelles règles. Il y aura trois périodes dites de confinement : la première du 17 mars au 11 mai 2020, la deuxième du 30 octobre au 15 décembre 2020 et la troisième du 3 avril au 3 mai 2021.

En parallèle de ces mesures sanitaires, la population mondiale doit respecter des règles d'hygiène préventives : les mesures barrières, le lavage de mains, l'utilisation de gel hydro-alcoolique, le port d'un masque de protection (obligatoire dans les lieux publics en France à partir de la fin avril 2020).

La France impose à ses habitants un passe sanitaire qui deviendra passe vaccinal dès lors que la vaccination sera devenue obligatoire, restreignant les droits des personnes non vaccinées. Quatre vagues de COVID-19 se succèdent donc jusqu'en septembre 2021, pendant lesquelles on dénombre un total de 116 000 décès en France et de 460 000 personnes hospitalisées. Les mesures restrictives quant à elles ne prendront fin que bien plus tard le 14 mars 2022, avec la fin du passe vaccinal et l'arrêt du port du masque en intérieur (hors établissements de santé et transports) (10,11).

## ***2.2 Impact psychologique en population générale***

### **2.2.1 Symptômes spécifiques**

La pandémie de COVID-19 a entraîné de nombreux bouleversements sociaux, économiques et environnementaux. La peur de la contamination, l'importance du nombre de décès, l'ampleur médiatique, l'isolement social, la perte de repère, l'obligation vaccinale sont autant de facteurs qui ont bouleversé l'équilibre psychique de toute une population. Le COVID-19 a donc agi tel un facteur de stress qui, par définition, a pu favoriser l'apparition de troubles psychiques chez les personnes vulnérables.

Dès le premier confinement, de nombreuses équipes vont alors s'attacher à examiner les évolutions des principaux déterminants de santé mentale dans un but de prévention des troubles psychiques et de promotion de la santé.

Le 23 mars 2020, Santé Publique France lance l'étude CoviPrev afin d'étudier l'évolution des comportements, des connaissances, des croyances et le retentissement psychologique en population générale (12). Le volet concernant la santé mentale comporte 5 items : la perception positive de sa vie en général, les états dépressifs, les états anxieux, les problèmes de sommeil et les idées suicidaires. Dès les premières vagues d'enquête, il est entre autres souligné une augmentation de la prévalence des pathologies anxieuses, dépressives et des troubles du sommeil. Ces effets sont par ailleurs présents de manière durable comme le montre la dernière et 36ème vague d'étude (du 5 au 9 décembre 2022) dont voici les résultats : (13)

- 79 % des Français déclarent avoir une perception positive de leur vie en général soit - 5 points par rapport au niveau hors épidémie
- 17 % des Français montrent des signes d'un état dépressif soit + 7 points par rapport au niveau hors épidémie
- 24 % des Français montrent des signes d'un état anxieux soit + 11 points par rapport au niveau hors épidémie
- 69 % des Français déclarent des problèmes de sommeil au cours des 8 derniers jours, soit + 19 points par rapport au niveau hors épidémie
- 10 % des Français ont eu des pensées suicidaires au cours de l'année soit + 5,5 points par rapport au niveau hors épidémie, tendance en baisse

Ces conséquences sont retrouvées en France mais également à l'international. L'étude de Wang and al. étudie les répercussions immédiates du confinement en Chine et montre que 16,5% et 28,8% des participants rapportent respectivement des symptômes modérés à sévère de dépression et d'anxiété (14). Il en est de même concernant les États Unis avec une augmentation de 26% de l'anxiété par rapport à la période pré Covid dans l'étude de Yarrington and al. (15).

Parallèlement à cette dégradation psychologique générale, on constate une augmentation de la consommation des traitements anxiolytiques, antidépresseurs et hypnotiques dès le premier confinement. Les chiffres rapportés par EPI-PHARE montrent que cette tendance s'est amplifiée en 2021 avec des hausses d'instauration de traitement de 15 à 26% selon les médicaments. Entre mars 2020 et avril 2021, on compte notamment 3,4 millions d'anxiolytiques délivrés en plus des chiffres attendus (16).

Outre cette délivrance inhabituelle de médicaments, la consommation de toxiques (alcool, drogue, tabac) a, elle aussi, été modifiée. Selon une étude en ligne menée à travers onze pays, entre mai et juin 2020, 43% des interrogés déclaraient consommer de l'alcool plus fréquemment qu'avant et 39% avaient augmenté leur fréquence de consommation de cannabis (17).

En France, l'étude CoviPrev retrouve une augmentation de la consommation de tabac chez 27% des fumeurs interrogés ; les raisons avancées sont l'ennui à 74% et le stress à 48%. On constate également une hausse des consommations d'alcool pour 11% des buveurs, justifiée par le plaisir pour 45% d'entre eux (12).

Concernant le cannabis, nous pouvons nous servir des données de l'étude Cannabis Online de l'observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT), montrant que 27% des consommateurs ont augmenté leur fréquence de consommation (18). Les addictions comportementales semblent subir la même tendance avec une augmentation du temps passé devant les écrans pour 59% des personnes interrogées sur l'étude CoviPrev.

### **2.2.2 Facteurs de risques**

Les répercussions psychiques sont donc nombreuses et il est nécessaire d'identifier les facteurs de risque afin de pouvoir protéger les personnes les plus vulnérables. Les données de LockUWell, récoltées en France sur la période du premier confinement, ont permis d'établir des liens entre facteurs sociodémographiques et score de bien-être mental.

Ainsi, elles mettent en exergue que le fait d'être une femme, d'être jeune ou d'avoir un enfant en bas âge (<10ans) sont des facteurs associés à un moins bon état psychologique (19).

Concernant le sexe, la vulnérabilité plus importante chez les femmes est retrouvée dans plusieurs études françaises, notamment en ce qui concerne les troubles anxieux et les états dépressifs (12,20). Il en est de même concernant les addictions, l'augmentation de la consommation tabagique et l'augmentation du temps passé devant les écrans ; celles-ci semblent plus importantes chez les femmes que chez les hommes, et spécifiquement chez les femmes célibataires (21). La littérature étrangère retrouve des conclusions similaires sur la vulnérabilité accrue des femmes. On peut citer l'exemple d'une étude anglaise où les scores de bien-être pendant le confinement étaient deux fois moins élevés chez les femmes que chez les hommes (22).

L'âge est également un facteur de vulnérabilité important. Au printemps 2020, selon l'étude EpiCov menée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), 22% des 15 – 24 ans présentent un état dépressif contre 12% chez les classes d'âge supérieur. Selon le même outil de détection, la prévalence du syndrome dépressif dans cette classe d'âge était de 10,1% en 2019 ; elle aurait donc doublé entre 2019 et mai 2020 (23). L'étude CoviPrev citée précédemment retrouve également une vulnérabilité plus importante des 18-24 ans concernant 4 des 5 indicateurs observés : à savoir les problèmes de sommeil, les pensées suicidaires, les états anxieux et les états dépressifs.

Parmi cette population de jeunes adultes, les étudiants ont été particulièrement impactés par la crise. Ils se sont bien souvent retrouvés isolés à distance de leur famille, de leurs amis, avec une poursuite de cours en distanciel et parfois une baisse de revenus en lien avec la perte d'un emploi étudiant. A Rennes, une étude menée par l'université de Rennes-1 retrouvait des signes de détresse psychologique chez 60,3% des étudiants interrogés, et des signes de solitude chez 50% d'entre eux (24).

L'existence d'antécédents psychiatriques ou psychologiques classe également les individus concernés parmi les plus fragiles lors de cette pandémie. A titre d'exemple, une étude française publiée dans le BMC psychiatry rapporte que les personnes avec antécédents d'anxiété et/ou de dépression avaient sept fois plus de risque que le reste de la population d'en présenter durant le confinement (25).

Les facteurs de risque connus, hors période épidémique, restent évidemment d'actualité pendant cette période avec une plus grande vulnérabilité des personnes vivant en situation de précarité, des chômeurs ou encore des personnes avec antécédents somatiques complexes. D'autres facteurs de risque sont quant à eux plus spécifiques de la période du confinement : le fait de vivre dans un petit logement, de ne pas avoir d'extérieur, d'avoir été confiné en ville, ou encore de ne pas avoir eu la possibilité de se rendre sur son lieu de travail sont des facteurs corrélés avec un moins bon état psychologique (21).

## ***2.3 Impact connu sur le soin***

### **2.3.1 Activité**

Nous avons détaillé les conséquences de la pandémie sur la santé mentale en population générale et nous allons maintenant essayer de comprendre comment cela s'est répercuté sur les structures de soin.

La médecine générale libérale a vu son activité diminuer lors du premier confinement, selon une étude de la DREES 90% des médecins généralistes en activité ont vu leur volume horaire diminuer entraînant une baisse du temps de travail de 13 à 24%.

Concernant les motifs de consultations, les demandes de soin pour stress, troubles anxieux ou dépressifs ont augmenté chez plus de la moitié des médecins généralistes et ont même augmenté de plus de 50% pour 17% d'entre eux (26).

Dans les services d'urgence, on constate une baisse du nombre de consultations pour motif psychiatrique sur tout le territoire français. Pour le Centre Psychiatrique d'orientation et d'accueil (CPOA), plus gros service d'urgence psychiatrique adulte en France situé à Paris et enregistrant environ 10 000 passages par an, il est constaté une baisse de 60% du nombre de consultations d'urgence durant le confinement comparativement à la même période en 2019 (27). Même constat dans une étude regroupant des données sur un centre d'urgences parisien, celui de Créteil et celui de Colombes : seulement 553 passages contre 1224 l'année précédente, soit moins de la moitié (28).

Il en est de même à l'étranger, tant chez nos voisins européens : exemple en Allemagne, avec une baisse de 26% de l'activité des urgences psychiatriques dans la ville de Mannheim qu'outre Atlantique avec cette étude sur un centre hospitalier du Midwest retrouvant une baisse de 46,9% de son activité (29,30).

Finalement cette baisse d'activité du secteur psychiatrique suit la tendance générale des autres secteurs. Sur les Pays de la Loire, les services d'urgences ont enregistré une baisse du nombre de passages de 48% toutes spécialités confondues. Les diagnostics les plus concernés par cette baisse étaient ceux de nature traumatologique -57%, les diagnostics médico-chirurgicaux -43% et les diagnostics psychiatriques -38% (31).

Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer cette baisse de recours aux services d'urgences psychiatriques : la peur de la contamination - la crainte de surcharger ou de déranger les soignants - la baisse d'adressage de la part des médecins généralistes, des associations, des autorités publiques - l'interdiction de circuler.

### **2.3.2 Caractéristiques des patients**

Le nombre de passages a donc baissé mais y a-t-il une modification des profils des patients et des motifs de recours ?

L'étude sur le CPOA ne retrouve pas de différence significative sur les caractéristiques sociodémographiques des patients entre 2019 et le confinement, hormis sur la catégorie des 16-25ans dont la proportion était, contre toute attente, significativement plus faible en 2020 (27).

Concernant les motifs, il est retrouvé une augmentation des consultations pour troubles psychotiques alors que paradoxalement les consultations pour troubles anxieux étaient moins fréquentes (28,32). Probablement corrélée à l'augmentation du nombre de recours pour états psychotiques, on constate également une augmentation significative des hospitalisations sous contrainte, environ 10% dans l'étude de Pignon et al. (28).

La majorité des études retrouvées traite du premier confinement, il est plus difficile de connaître l'évolution de cette tendance sur les mois suivants. Les quelques études s'y rapportant montrent une nouvelle augmentation de la fréquentation des urgences en post confinement qui n'est cependant pas supérieure à la période pré COVID (33). En Pays de la Loire, par exemple, il faudra attendre début août 2020 pour que la fréquentation des urgences (toutes spécialités confondues) atteigne un niveau équivalent à celui observé à la même période en 2019 (31).

## **3. Questionnements et motivations de ce travail**

### ***3.1 Expérience personnelle***

J'ai effectué mon cinquième semestre de médecine générale, entre novembre 2020 et mai 2021, au sein du service du Docteur Véronique MEDER, secteur de psychiatrie adulte de l'hôpital Georges Mazurelle. A cette période, le fonctionnement du service et plus largement de l'EPSM est impacté par le COVID depuis un an déjà.

A l'instar des autres établissements de santé, de nombreux protocoles sont mis en place afin d'éviter et de limiter l'arrivée et/ou la propagation du COVID ; le tout en continuant à garantir des soins efficaces et ce, y compris aux patients contaminés.

L'application de ces règles sanitaires en psychiatrie s'avère toutefois plus difficile qu'en unité de soins somatiques, car : d'une part, la vie quotidienne en communauté, les interactions sociales et les activités de groupe font partie intégrante du soin et d'autre part, les patients, du fait de leur pathologie, sont potentiellement moins à même de comprendre, d'appliquer ou de respecter les mesures imposées.

Au sein du service, j'ai donc pu constater la difficulté de certains patients, à se résoudre à appliquer les règles en vigueur : le port du masque dans les parties communes, le confinement en chambre à leur arrivée, les tests COVID répétés, les autorisations de sortie ; mais également la difficulté des soignants à les faire respecter, ceci représentant une charge de travail supplémentaire non négligeable.

Outre ces changements d'ordre fonctionnel, les soignants constatent également sur cette période des modifications plus difficiles à objectiver. Les impressions partagées par la majorité de l'équipe sont les suivantes :

- Accueil d'un plus grand nombre de patients non connus du service
- Plus de patients sans antécédent psychiatrique connu
- Accueil de patients jeunes, à très jeunes
- Plus grand nombre de patients sans facteur de risque et insérés socialement

Lors de ces six mois, j'ai également pu travailler en ambulatoire, au sein du CMP de Luçon ; là encore, mêmes constatations concernant l'impact du COVID sur l'organisation quotidienne du centre.

L'activité y était soutenue et, selon les équipes, en augmentation depuis le début de la pandémie.

Les soignants rapportaient un accroissement important du nombre de demandes pour première évaluation et du nombre de demandes pour suivi psychologique.

Les changements ressentis, tant sur le secteur hospitalier que sur l'ambulatoire, nous ont inévitablement amenés à nous interroger sur la responsabilité du COVID.

Il paraissait alors important de pouvoir affirmer ou infirmer ces constatations par l'étude détaillée de l'activité et des caractéristiques des patients pris en charge.

### ***3.2 Problématique***

Au fil de cette introduction, nous avons donc vu que paradoxalement au mal-être psychologique qui règne depuis le début de la pandémie de COVID-19, la population française a semblé faire preuve de résilience, puisqu'elle a finalement peu eu recours aux services de soins. Nous pouvons aisément imaginer que cette résilience n'ait été que temporaire ; les Français ont d'ailleurs pu découvrir dans les médias de nombreux articles concernant la «deuxième vague psychiatrique», écrits partageant la crainte des soignants sur les répercussions psychologiques secondaires attendues (34,35).

En tant qu'interne de l'EPSM Georges Mazurelle, j'ai personnellement pu être le témoin des conséquences sur l'activité psychiatrique. Cependant, les données manquent et peu d'études à ce jour ont analysé l'impact du COVID-19 sur les établissements de santé mentale à distance des premiers confinements. C'est l'objectif que nous tenterons d'approcher avec ce travail.

## II. MATÉRIELS ET MÉTHODES

### 1. Type d'étude

Afin de répondre à la problématique posée, nous avons mené une étude observationnelle rétrospective et comparative au sein de l'établissement public de santé mentale Georges Mazurelle à La Roche Sur Yon (85). Notre objectif était de comparer l'activité de l'établissement entre 2019 et 2021 d'une part, et les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients de 18 à 35 ans hospitalisés ou suivis en ambulatoire pour la première fois au cours de ces deux années d'autre part. Cette étude a été réalisée à partir des dossiers patients informatisés.

### 2. Population étudiée

La population de notre étude est composée de l'ensemble des patients de 18 à 35 ans, ayant été hospitalisés et/ou pris en charge en ambulatoire, pour la première fois en 2019 ou en 2021 dans un des quatre secteurs adulte de l'hôpital Georges Mazurelle. Nous avons sélectionné cette classe d'âge car elle est présentée selon la littérature comme la plus vulnérable parmi les adultes en activité et par conséquent, la plus susceptible de rendre visible l'hypothèse avancée. En outre, il nous a semblé plus judicieux de travailler sur les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des premières hospitalisations et premières prises en charge ambulatoires et non, sur l'ensemble de la file active, afin d'envisager le COVID comme un facteur potentiel d'entrée dans le trouble psychiatrique.

L'ensemble de ces patients représentait 1034 personnes en 2019 et 1060 personnes en 2021. Afin d'établir ce recueil moi-même et dans un temps compatible avec la réalisation de cette thèse, nous avons choisi de travailler sur un échantillon de patients. Le personnel de la fédération de l'information et de la recherche médicale de l'établissement (FIRM) a sélectionné de façon aléatoire (tirage au sort), à notre demande, 50 dossiers dans chaque catégorie (1ère hospitalisation en 2019, 1ère hospitalisation en 2021, 1ère prise en charge ambulatoire en 2019, 1ère prise en charge ambulatoire en 2021).

*(Flow Chart en Annexe 2 et 3)*

### 3. Recueil de données

Les données chiffrées nécessaires à l'analyse descriptive de l'activité nous ont été fournies par la FIRM de l'établissement. Pour recueillir les données concernant les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients, il a fallu effectuer une lecture des dossiers informatiques. J'ai réalisé ce travail au sein de l'établissement avec un accès informatique dédié entre les mois de juin et septembre 2022. Les données ont été recueillies sur la base d'un document Google Sheets de manière anonyme.

Nous avons utilisé deux grilles de recueil de données, une pour l'hospitalisation et une pour l'ambulatoire. Les données sociodémographiques observées dans l'échantillon étaient communes aux deux grilles, à savoir :

- Age
- Sexe (Homme ou Femme)
- Mode de vie (familial/couple, seul, SDF, institution, collocation)
- Activité principale (emploi, sans emploi, étudiant)
- Existence d'antécédent psychiatrique personnel
- Usage de toxiques (tabac, alcool, cannabis, autres)

Puis les critères de la prise en charge :

- Motif (trouble de l'humeur, trouble anxieux, trouble psychotique, trouble de la personnalité, réaction à facteur de stress, trouble somatique, trouble lié à l'utilisation de substances, menace suicidaire)
- Acte auto-agressif (oui ou non)
- Secteur (Bocage 1, Bocage 2, Littoral 1, Littoral 2 et Sud Vendée pour 2019)
- Prescription d'un traitement (oui ou non)
- Lien avec le COVID (oui, non)

A noter que le dernier point « lien avec le COVID » était en partie subjectif, laissé à mon appréciation après lecture du dossier. Le critère était coté « oui » lorsque la pandémie de COVID 19 était mentionnée dans le dossier ou lorsqu'il était fait mention de conséquences en découlant directement.

Certains critères spécifiques à l'hospitalisation :

- Durée d'hospitalisation
- Mode d'hospitalisation (libre ou contrainte)
- Devenir (sans suivi, suivi CMP, transfert)

Et d'autres spécifiques à l'ambulatoire :

- Hospitalisation ultérieure (oui ou non )
- Type de prise en charge (infirmier et/ou psychologue et/ou psychiatre )

#### **4. Analyse des données**

Notre objectif premier était de comparer l'activité de l'établissement entre les deux années et en premier lieu le nombre de nouveaux patients de 18 à 35ans. Notre objectif secondaire était de comparer les données sociodémographiques et cliniques de ces mêmes patients.

Nous avons réalisé les analyses statistiques à l'aide du logiciel R en version 1.3.1093. Nous avons utilisé les packages TableOne version 0.13.0, dplyr version 1.0.4, xlsx version 0.6.5 pour produire les statistiques descriptives. Nous avons stratifié la population sur l'année de consultation ou d'hospitalisation (2019 ou 2021). Les tests de comparaison de moyennes utilisés sont le test du chi2 pour les variables catégorielles et le t-test pour les variables continues de distribution normale. Le seuil de significativité des tests a été fixé à 5 %.

### III RÉSULTATS ET ANALYSE

#### 1. Analyse descriptive

##### 1.1 *Activité hospitalière*

En 2021, le nombre de patients hospitalisés à plein temps, sur l'ensemble de l'hôpital Georges Mazurelle, a diminué : 2503 patients pour 5145 séjours en 2019, contre 2236 patients pour 4218 séjours en 2021. Cela représentait une baisse de 10,7 % du nombre total de patients hospitalisés.

Cette diminution globale se retrouvait sur chaque partie de la population étudiée et de manière plus importante, sur les nouveaux patients de 18 à 35 ans avec une baisse de 19,1%. (*Tableau 1*)

Il faut bien différencier le nombre de séjours et le nombre de patients. On retrouve en effet, une moyenne de 2 séjours par patient en 2019 et de 1,88 séjours par patient en 2021.

Sur l'ensemble des patients de l'établissement, les quatre secteurs adultes représentaient 75,3 % des patients en 2019 et 70,7% en 2021. Les patients de 18 - 35 ans correspondaient à 33,1 % des secteurs adultes en 2019 et 36,2 % en 2021.

La proportion de nouveaux patients de 18 à 35ans sur l'ensemble des patients du même âge était de 39,4 % en 2019 et de 34,1% en 2021.

**Tableau 1: Nombre de patients hospitalisés à temps plein en 2019 et 2021**

	2019	2021	Tendance
Établissement	2503	2236	-10,7 %
Quatre secteurs adulte	1886	1581	-16,2 %
18-35ans	625	573	-8,3 %
Nouveaux patients de 18 – 35ans	246	199	-19,1 %

##### 1.2 *Activité ambulatoire*

Le nombre de patients suivis en ambulatoire sur l'ensemble de l'établissement a augmenté entre 2019 et 2021 : 15 917 patients en 2019 et 16 230 en 2021, soit une hausse de 1,9%.

Cette hausse était visible sur toutes les parties de la population observée et notamment sur les patients de 18 à 35ans avec une hausse de 6,1%. (*Tableau 2*)

Sur l'ensemble des 11 CMP adultes, 50 695 entretiens ont été réalisés en 2019 et 55 214 en 2021.

Le nombre moyen d'entretiens par patient était donc de 5,6 en 2019 et de 5,8 en 2021.

Sur l'ensemble de la file active de l'établissement, les patients des CMP adultes représentaient 56 % en 2019 et 58,4 % en 2021. La proportion des patients de 18-35 ans était la même sur les deux années observées, à savoir 24 %. Il en est de même concernant la part représentée par les nouveaux patients, parmi l'ensemble des patients de 18 – 35ans, soit 45 % pour les deux années.

**Tableau 2 : Nombre de patients suivis en ambulatoire en 2019 et 2021**

	2019	2021	Tendance
Toutes les structures	15917	16230	+ 1,9 %
CMP adultes	8964	9479	+ 5,7 %
Patients de 18 – 35ans	2184	2318	+ 6,1 %
Nouveaux patients de 18-35ans	994	1040	+ 4,6 %

## 2. Analyse comparative

### 2.1 Secteur hospitalier

#### 2.2.1 Caractéristiques socio-démographiques

L'analyse des caractéristiques nous montrait que parmi la population étudiée, la proportion de femmes a augmenté entre 2019 et 2021 (de 32 à 58%,  $p = 0,016$ ), soit une augmentation de 26 %. Cependant, l'âge moyen des hospitalisés n'était pas significativement différent, sur les deux années : l'âge moyen de 2021 était de 26,12 ans et était supérieur d'environ une année à celui de 2019.

La répartition de l'origine géographique des patients reflétée par les secteurs d'hospitalisation n'était pas significativement différente en 2019 et 2021.

Le secteur comptabilisant le plus d'hospitalisations était, dans les deux cas, le secteur B1, Bocage 1 représentant le Nord Est du département.

Concernant le mode de vie des patients, il n'a pas été retrouvé de différence significative entre les deux années étudiées, mais nous notons cependant, une baisse du nombre de patients provenant d'une institution en 2021 (de 12 à 0 %,  $p = 0,035$ ).

Le nombre de patients sans emploi était diminué de 38% sur la seconde année d'étude ( $p < 0,001$ ), quand, à l'inverse, celui des personnes ayant un emploi avait augmenté du même pourcentage. La proportion du nombre d'étudiants, elle, restait identique en 2019 et 2021. (Tableau 3)

**Tableau 3 : Caractéristiques socio-démographiques des 18-35 ans hospitalisés pour la première fois en 2019 et 2021**

		2019		2021		
		N	%	N	%	p
Age, moyenne (écart type)		24,96 (5,4)		26,12 (5,1)		0,276
Sexe						
	Homme	34	68	21	42	0,016
	Femme	16	32	29	58	
Mode de vie						
	Couple/famille	24	48	33	66	0,106
	Seul	15	30	13	26	0,824
	Collocation	0	0	2	4	0,475
	SDF	5	10	2	4	0,433
	Institution	6	12	0	0	0,035
Activité principale						
	Emploi	15	30	34	68	<0,001
	Étudiant	6	12	6	12	1,000
	Sans emploi	29	58	10	20	<0,001
Secteur						0,223
	B1	14	28	16	32	
	B2	12	24	11	22	
	L1	11	22	12	24	
	L2	8	16	11	22	
	SV	5	10	0	0	

### **2.1.2 Antécédents et toxiques**

En 2021, 64% des patients de la population étudiée n'avaient pas d'antécédent psychiatrique ; cela représentait une hausse significative de 22% par rapport à 2019 ( $p = 0,045$ ). Concernant la consommation de toxiques, on observait, entre 2019 et 2021, une augmentation de 16% des patients ne consommant aucun toxique, mais celle-ci n'était pas significative. A contrario, le nombre de patients tabagiques était inférieur en 2021 (56% en 2020, contre 34% en 2021,  $p = 0,045$ ).

Nous pouvions également mettre en évidence, que la proportion de patients fumeurs en 2019 était plus importante que celle des patients ne consommant aucun toxique, et que ce rapport s'est inversé en 2021.

### **2.1.3 Caractéristiques cliniques**

Entre 2019 et 2021, nous ne notons aucune différence significative entre les divers motifs d'hospitalisation. Les deux diagnostics principaux, sur les deux années étudiées, étaient les troubles psychotiques et les troubles de l'humeur. De la même manière, les patients ayant commis un acte auto-agressif et le mode d'hospitalisation n'étaient pas significativement différents. Concernant la durée du séjour, la durée moyenne est d'environ 16 jours d'hospitalisation sur les deux années étudiées.

### **2.1.4 Suivi et devenir**

En 2019 et en 2021, 80 et 90% des patients étaient respectivement sortis d'hospitalisation avec un ou plusieurs traitements instaurés (différence non significative). Pour leur suivi post hospitalisation, 70 % des patients étaient orientés vers un CMP en 2021 contre seulement 48% en 2019, soit une augmentation significative de 22% entre les deux années ( $p = 0,042$ ).

Dans 20% des dossiers analysés en 2021, figurait la mention de la pandémie de COVID comme facteur précipitant l'hospitalisation ou du trouble psychiatrique ayant conduit à l'hospitalisation ( $p = 0,003$ ).

*(Tableau 4)*

**Tableau 4 : Caractéristiques cliniques des 18-35 ans hospitalisés pour la première fois en 2019 et 2021**

		2019		2021		
Durée d'hospitalisation, moyenne (écart type)		16,1 (40,27)		16,82 (25,07)		0,915
		N	%	N	%	p
<b>Antécédents psychiatriques</b>						
	Oui	29	58	18	36	0,045
	Non	21	42	32	64	
<b>Toxique</b>						
	Tabac	28	56	17	34	0,044
	Alcool	12	24	12	24	1,000
	Cannabis	18	36	10	20	0,119
	Autre	7	14	2	4	0,162
	Aucun	16	32	24	48	0,153
<b>Motif d'hospitalisation</b>						
	Troubles de l'humeur	13	26	15	30	0,82
	Troubles anxieux	6	12	10	20	0,41
	Troubles psychotiques	16	32	13	26	0,66
	Troubles somatiques	0	0	1	2	1,000
	Troubles liés aux substances	4	8	4	8	1,000
	Idées suicidaires	11	22	7	14	0,435
<b>Acte auto agressif</b>						
	Oui	15	30	9	18	0,242
	Non	35	70	41	82	
<b>Mode d'hospitalisation</b>						
	Libre	36	72	37	74	1,000
	Contrainte	14	28	13	26	
<b>Traitement</b>						
	Oui	40	80	45	90	0,263
	Non	10	20	5	10	
<b>Devenir</b>						
	Pas de suivi ou suivi libéral	17	34	12	24	0,378
	CMP	24	48	35	70	0,042
	Mutation géographique	8	16	0	0	0,010
	Décès, incarcération	1	2	3	6	0,620
<b>Lien avec le Covid</b>						
	Oui	0	0	10	20	0,003

## ***2.2 Secteur ambulatoire***

### **2.2.1 Caractéristiques socio-démographiques**

La population des patients de 18 – 35ans nouvellement suivis en ambulatoire, était formée d'une proportion de femmes plus importante en 2021 qu'en 2019. Cette augmentation de 20% n'est pourtant pas significative (  $p = 0,072$ ). L'âge moyen de la file active est d'environ 22 ans en 2019 et 23 ans en 2021. Concernant le mode de vie, il était constaté en 2021 une baisse significative de 30 % de la proportion des patients vivant en couple ou en famille, ( $p= 0,004$ ). Nous relevions également une augmentation, non significative cette fois-ci, de la proportion des patients vivant seul ou en collocation.

La comparaison de l'activité principale des patients montrait une augmentation de 12% des patients ayant un emploi et une diminution du même pourcentage du nombre d'étudiants suivis. A noter que les différences observées n'étaient pas significatives.

La répartition des patients dans les différents secteurs de soins était similaire entre les deux années étudiées et homogène entre les différents CMP.

*(Tableau 5)*

### **2.2.2 Antécédents et toxiques**

En 2021, 58% des patients de la population étudiée n'avaient pas d'antécédent psychiatrique, proportion de 10% inférieure à celle de 2019 ( $p = 0,407$ ). La répartition des consommations de toxiques était peu impactée par le changement au cours des deux années étudiées, la catégorie majoritaire restant celle des patients ne consommant aucun toxique : 70 % en 2019 et 58 % en 2021.

### **2.2.3 Caractéristiques cliniques**

Le premier motif de suivi était, en 2019, les troubles anxieux pour 28% des patients et les troubles de l'humeur en 2021 pour 30% des patients. Aucune différence significative n'était retrouvée entre les deux années.

**Tableau 5 : Caractéristiques socio-démographiques des 18-35 ans suivis en ambulatoire pour la première fois en 2019 et 2021**

		2019		2021		
Age, moyenne (écart type)		22,38 (4,96)		23,16 (4,85)		0,428
		N	%	N	%	p
Sexe						
	Homme	30	60	20	40	0,072
	Femme	20	40	30	60	
Mode de vie						
	Couple/famille	39	78	24	48	0,004
	Seul	9	18	17	34	0,111
	Collocation	1	2	6	12	0,117
	SDF	1	2	1	2	1,000
	Institution	0	0	2	4	0,475
Activité principale						
	Emploi	14	28	20	40	0,291
	Étudiant	21	42	15	30	0,298
	Sans emploi	15	30	15	30	1,000
Secteur						0,524
	B1	13	26	10	20	
	B2	11	22	14	28	
	L1	10	20	12	24	
	L2	14	28	14	28	
	SV	2	4	0	0	

#### 2.2.4 Suivi et devenir

Au cours de leur suivi, 58 % des patients s'étaient vu prescrire un traitement, cela représentait une augmentation, non significative, de 14% comparativement à 2019.

Concernant le devenir : 64% (en 2019) et 82% (en 2021) des patients ont poursuivi une prise en charge au CMP au-delà de leur premier entretien. De plus 16% de la population suivie en 2019 avait été hospitalisée à temps plein, au moins une fois à la suite de leur premier entretien au CMP. Cette proportion avait significativement augmenté en 2021 puisque 42% des patients, soit plus du double, avaient eu recours à une hospitalisation ( $p = 0,008$ ). La poursuite du suivi au CMP, au-delà du premier entretien, avait également augmenté de 18% entre 2019 et 2021, mais cela, de manière non significative.

Dans 12 % des dossiers analysés en 2021, figurait la mention de la pandémie de COVID comme facteur précipitant la demande de suivi ou du trouble psychiatrique ayant conduit au suivi

( $p = 0,035$ ). (Tableau 6)

**Tableau 6 : Caractéristiques cliniques des 18-35 ans suivis pour la première fois en ambulatoire en 2019 et 2021**

		2019		2021		p
		N	%	N	%	
Antécédents psychiatriques						
	Oui	16	32	21	42	0,407
	Non	34	68	29	58	
Toxique						
	Tabac	7	14	15	30	0,091
	Alcool	6	12	8	16	0,773
	Cannabis	11	22	10	20	1,000
	Autre	1	2	4	8	0,359
	Aucun	35	70	29	58	0,298
Motif de suivi						
	Troubles de l'humeur	13	26	15	30	0,824
	Troubles anxieux	14	28	9	18	0,342
	Troubles psychotiques	3	6	5	10	0,712
	Troubles somatiques	1	2	2	4	1,000
	Troubles liés aux substances	4	8	4	8	0,712
	Idées suicidaires	1	2	1	2	1,000
	Facteur de stress	11	22	9	18	0,803
Acte auto agressif						
	Oui	4	8	5	10	1,000
	Non	46	92	45	90	
Prescription de traitement						
	Oui	22	44	29	58	0,230
	Non	28	56	21	42	
Devenir						
	Suivi CMP	32	64	41	82	0,072
	Hospitalisation ultérieure	8	16	21	42	0,008
Type de suivi au CMP						
	Infirmier seul	6	12	6	12	1,000
	Psychologique	12	24	6	12	0,193
	Psychiatrique	23	46	32	64	0,108
	Psychomoteur	1	2	0	0	1,000
Lien avec le Covid						
	Oui	0	0	6	12	0,035

## IV DISCUSSION

### 1. Discussion des principaux résultats

#### 1.1 Activité

L'analyse de l'activité de l'établissement nous montrait deux résultats opposés : d'une part, la baisse du nombre de patients hospitalisés et de l'autre, l'augmentation moindre, du nombre de patients suivis en ambulatoire.

Concernant l'hospitalisation, nous ne retrouvions donc pas le rebond d'activité ressenti par les soignants et attendu, en conséquence de la dégradation de l'état psychologique de la population générale. Nous savons que l'activité des établissements avait drastiquement baissé sur l'année 2020. Nous pouvons donc constater qu'elle a augmenté en 2021, mais sans atteindre le niveau pré-pandémique. Ces résultats sont cependant à interpréter en sachant que la Vendée a été un département relativement peu touché par le COVID-19, tant sur le nombre de cas, que sur le nombre de décès. (*Annexe 3*) On peut donc se demander, si les résultats auraient été similaires dans un territoire plus impacté. De la même manière, il est important de savoir que la Vendée possède une densité de lits d'hospitalisation par habitant, plus faible que la moyenne nationale, rendant l'accès à l'hospitalisation plus difficile (*Annexe 5*). Enfin au sein de l'hôpital Mazurelle, la capacité d'accueil des unités adulte a également diminué de 15 lits entre les deux années d'étude, correspondant à la fermeture et au redéploiement du secteur Sud Vendée.

Concernant l'ambulatoire, l'activité était en augmentation entre 2019 et 2021, témoin d'une plus grande demande en soin spécialisé de psychiatrie parmi la population générale. Il s'agissait cependant d'une augmentation faible, et donc difficile, à mon sens, à mettre en relation avec les conséquences de la pandémie de COVID-19 ou avec le taux d'accroissement de la population vendéenne retrouvé depuis plusieurs années (36).

Notre analyse montre également que la proportion des 18 – 35ans représentait sensiblement la même part des patients adultes en 2019 et 2021 et que parmi ces derniers, la part des nouveaux patients était également identique. Ce résultat allait, de nouveau, à l'encontre de nos suppositions initiales.

La classe des 18 – 35 ans était, parmi les adultes ( à l'exclusion des personnes âgées ), présentée comme la classe d'âge la plus fragilisée par la pandémie, nous pouvions par conséquent nous attendre à ce qu'elle soit sur-représentée en 2021, ce qui n'était pas le cas. Ce résultat pouvait cependant, de nouveau, être impacté par la démographie vendéenne, la moyenne d'âge de la population du département étant supérieure à la moyenne nationale (37).

## *1.2 Caractéristiques socio-démographiques*

Notre étude mettait en exergue l'augmentation de la proportion de femmes hospitalisées ou suivies en ambulatoire, après le début de la pandémie. Il est important de noter que cela correspond, en hospitalisation comme en ambulatoire, à une inversion du rapport de genre présent en 2019. Ce résultat était cohérent avec les facteurs de risque étudiés en introduction, montrant un impact psychologique du COVID-19 plus important chez les personnes de sexe féminin.

Concernant le mode de vie des patients, le fait de ne pas avoir vécu seul, au moment du confinement et donc d'avoir subi un isolement moindre semble avoir été un facteur protecteur de l'arrivée de difficultés psychologiques. A l'inverse, le fait d'avoir un emploi, normalement considéré comme un facteur de stabilité, ne semble pas l'avoir été dans notre étude en 2021. Cela peut être expliqué par le fait que la pandémie ait privé un grand nombre de salariés de leur activité, avec notamment un recours massif au chômage partiel. A titre d'exemple en janvier 2021, 2,1 millions de salariés étaient au chômage partiel et 23 % des salariés étaient devenus des télétravailleurs réguliers contre 7 % en 2017 (38,39). Tous ces bouleversements ont donc grandement fragilisé la population des travailleurs.

Un point surprenant de notre analyse était la stabilité de la population étudiante hospitalisée ou suivie en ambulatoire, au cours des deux années étudiées. L'impact du COVID-19 a pourtant été décrit comme majeur chez les étudiants. Nous pouvons nous demander si cette absence de répercussion n'est pas liée à la faible proportion d'étudiants résidant en Vendée, et si les résultats n'auraient pas été différents sur les départements limitrophes. En effet, la Vendée compte 9 milliers d'étudiants en cycle secondaire, contre 71 et 48 milliers respectivement en Loire Atlantique et Maine et Loire (40,41).

### *1.3 Caractéristiques cliniques*

Dans notre étude, la présence d'antécédent psychiatrique a été modifiée suite à la pandémie. Elle est bien moindre en 2021 qu'en 2019. Cela signifiait que, pour 64 % des patients, l'entrée dans le trouble psychiatrique s'est effectuée de manière grave, puisqu'elle a nécessité une hospitalisation, dès son premier épisode. Ce résultat nous permet d'envisager la période pandémique comme déclencheur ou comme source d'aggravation rapide et inattendue de troubles psychiques récents. Il faut également garder en mémoire que le recours à l'hospitalisation a pu être favorisé par la difficulté d'accès à une prise en charge initiale ambulatoire liée au contexte pandémique.

Les addictions aux différentes substances et en premier lieu au tabac sont des comorbidités connues et fréquentes des troubles psychiatriques. Notre étude montrait une redistribution des proportions habituelles de consommation chez les patients hospitalisés, avec une majoration des patients ne consommant aucun toxique et une baisse des patients fumeurs. Ces conclusions diffèrent des constats réalisés en population générale et rapportés en introduction. Ils montrent cependant, un changement notable des caractéristiques connues en hospitalisation. Ce résultat était probablement à mettre en corrélation avec l'augmentation importante du nombre de femmes suivies et/ou hospitalisées. Aujourd'hui encore et malgré la tendance à la hausse, les femmes consomment moins de toxiques que les hommes (42).

Notre étude n'avait pas permis de mettre en évidence des différences dans la répartition des motifs d'hospitalisation ou de suivi, mais elle a pu permettre d'appréhender une augmentation de la gravité des troubles. Nous constatons, en effet, une majoration significative des suivis en CMP post hospitalisation, cela témoigne en général de cas plus complexes, nécessitant une prise en charge multidisciplinaire chez des patients n'ayant pas de suivi libéral antérieur. De plus, nous mettons en évidence, un taux d'hospitalisation bien plus important à la suite de la première prise en charge ambulatoire : 42 % des patients suivis pour la première fois en ambulatoire ont été hospitalisés dans l'année suivant leur premier entretien. Ce chiffre représentait une augmentation de 26% par rapport à 2019. Ce résultat nous laisse penser que le COVID-19 a continué d'être un facteur aggravant des troubles au cours de l'année 2021 et 2022.

## **2. Limites et biais**

Nous avons réalisé une étude monocentrique sur un établissement qui ne draine pas à lui seul l'ensemble du département. De plus, la Vendée possède ses particularités démographiques, nous en avons vues un certain nombre dans le paragraphe précédent et elles sont bien sûr, à prendre en compte dans l'interprétation des résultats. Cela implique que nos résultats n'étaient pas forcément transposables à l'ensemble du territoire français.

Par ailleurs, notre étude peut manquer de puissance. La taille de notre échantillon n'a pas été calculée mais fixée selon la faisabilité du recueil par une seule personne et dans un temps compatible avec la réalisation de cette thèse. Un échantillon de patients plus grand, ou une l'étude entière de la population sélectionnée aurait permis de mettre en évidence des résultats plus précis. Du fait de la petite taille de notre échantillon, nous avons également décidé de ne pas réaliser d'analyse statistique appariée sur le sexe, les pathologies ou encore des classes d'âge, bien que cela aurait affiné les résultats et rendu plus pertinents.

Un autre facteur limitant a été la structure du système informatique ; le manque de standardisation dans les notes médicales et para médicales ayant pu donner lieu à des interprétations personnelles, quant au classement des informations dans le tableau du recueil.

## **3. Confrontation aux données de la littérature**

La plupart des études publiées afin d'évaluer l'impact du COVID-19, traitent de l'activité psychiatrique des services d'urgences et ce sur l'année 2020. Les résultats de notre étude peuvent cependant, être comparés avec les données générales de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), décrivant les chiffres de soins sur l'ensemble du territoire français.

Pour le secteur hospitalier, 331 000 patients ont été hospitalisés en psychiatrie à temps plein en 2019 et 310 000 en 2021. De la même manière que dans notre étude on retrouvait donc, une activité plus faible en 2021 que dans la période de pré-pandémique. Pour l'ambulatoire, 2,1 millions de patients ont été suivis en France au cours de chacune des deux années observées (6,43).

Chaque année, la DREES publie une étude sur les établissements de santé dont une fiche recense les patients suivis en psychiatrie. La dernière édition est celle de 2022 et traite des données 2020. Elle ne nous permet donc pas de confronter nos résultats, mais de connaître les données étudiées à l'échelle nationale. Elle nous permettait de voir qu'entre 2019 et 2020 la répartition des sexes ne s'était pas modifiée, tant en hospitalier qu'en ambulatoire : le pourcentage d'hommes était de 50 ou 51% (7,44). A l'instar de notre étude, 4 principaux diagnostics de suivis étaient identiques en 2019 et en 2021 : les troubles mentaux liés à l'utilisation de substances psycho actives, la schizophrénie, les troubles de l'humeur et les troubles névrotiques. La différence est également stable sur les deux ans à savoir : chez l'homme, le premier motif de recours était la schizophrénie et chez la femme le trouble de l'humeur. En ambulatoire, les motifs de suivis étaient plus variés et davantage liés aux facteurs socio-économiques et psychologiques, à l'image de ce que nous retrouvions dans notre analyse.

En février 2023, une étude parisienne paraissait dans le British Medical Journal (BMJ), elle a été conduite par le Groupe hospitalier universitaire Paris psychiatrie et neurosciences. Son but était d'analyser l'impact du COVID-19 à moyen et long terme sur les différents services de santé mentale, en fonction des classes d'âge et de genre (45). Trois types de prise en charge étaient analysés : l'ambulatoire, le recours aux urgences psychiatriques et l'hospitalisation. A la différence de notre étude, la population étudiée était celle des établissements dans leur ensemble. Il n'y avait aucun critère d'exclusion et les analyses étaient ensuite réalisées selon des groupes d'âges et de sexe. Leurs principaux résultats étaient les suivants : baisse d'activité significative de tous les services concernés par l'étude en 2020 et remontée de l'activité en 2021 mais sans atteindre le niveau d'activité de 2019. Cependant, cette tendance était différente pour les jeunes femmes de 15 à 24ans : avec une augmentation de 20% de nouveaux patients en ambulatoire, 39% de consultations aux urgences en plus et 17% d'hospitalisations en plus en 2021 par rapport à 2019.

Les conclusions communes avec notre étude étaient donc la baisse d'activité du secteur hospitalier entre 2019 et 2021, et l'augmentation du nombre de patients femmes. A l'inverse de notre étude, celle de Peroziello et al. trouvait une baisse de l'activité du secteur ambulatoire entre 2019 et 2021 et des différences significatives entre les motifs d'hospitalisation, à savoir : une augmentation des troubles de l'humeur et une baisse des diagnostics de schizophrénie dans toutes les classes d'âge.

Ces différences peuvent être expliquées par une démographie régionale différente, un impact du COVID probablement différent en région parisienne et en province.

#### **4. Perspectives**

Les résultats des études précédemment citées et de la nôtre témoignent toutes de l'impact de la pandémie sur le soin psychiatrique et plus largement sur la santé mentale. Elles permettent de mettre en évidence des différences de recours au soin par rapport à la période pré-pandémique et d'identifier des populations fragiles. Leur analyse nous montre une fois de plus l'importance de développer et renforcer la prise en charge ambulatoire. Nous avons vu au cours de ce travail que l'activité de cette filière était restée stable et avait même augmenté dans le cas de notre étude. Il s'agit donc d'un maillon majeur de la prise en charge en temps normal mais encore plus en temps de pandémie de COVID-19. Son renforcement doit permettre de garantir une réponse rapide aux nouveaux patients nécessitant une prise en charge spécialisée mais également d'assurer le suivi des patients chroniques. L'efficacité de la prise en charge en ambulatoire doit permettre de limiter les décompensations des troubles en amont de l'hospitalisation.

Les études nous permettent également de renforcer la prévention sur les populations fragiles, et nous pouvons, dans ce cas précis, citer la population féminine. Cela nous montre à nouveau les progrès restant à accomplir dans la lutte contre les inégalités de genre.

L'étude du COVID-19 correspond à l'analyse d'un phénomène récent, soudain et inédit. Les mesures permettant de faire face à la pandémie ont été prises dans l'urgence sans mesure possible de leur conséquence. Les différentes recherches publiées traitent donc des impacts à court et moyen terme et ne représentent qu'une infime partie des conséquences à venir. De nombreuses questions vont se poser dans les années futures et notamment à propos des jeunes générations s'étant développées dans ce climat pandémique. Leur suivi va être nécessaire à travers les années afin de prendre toute la mesure de cette crise.

Le monde a souffert de diverses pandémies au cours de son histoire : la peste noire, le choléra, la fièvre jaune ou encore la grippe espagnole, dont certaines ont été bien plus meurtrières que la pandémie actuelle. De par leur ancienneté et le manque de données scientifiques, il est bien difficile de s'appuyer sur leur étude pour en tirer des leçons concernant la crise actuelle.

Nous espérons que des recherches précises, abouties et répétées sur le COVID-19 pourront permettre d'établir des protocoles d'action ou de prévention en vue de potentielles futures pandémies.

## **CONCLUSION**

La pandémie de COVID-19 et toutes les mesures associées au contrôle de sa transmission ont eu des conséquences indéniables sur la santé mentale de la population et spécifiquement sur les plus jeunes et les femmes. Dans le soin psychiatrique, l'année 2020 est essentiellement marquée par une baisse de recours au soin ; l'année 2021 a montré une reprise de l'activité n'atteignant pas encore le niveau pré-pandémique. Cette patientèle présente des spécificités, non présentes antérieurement, qui nécessitent d'être connues afin de cibler la population à risque et de la prendre en charge. Des études supplémentaires vont être nécessaires afin de préciser les caractéristiques de cette population, mais également de la suivre à travers les années futures.

## BIBLIOGRAPHIE

1. INSEE. Bilan démographique 2022 [Internet]. 2023 [cité 19 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6687000>
2. Direction de l'information légale et administrative. Santé mentale et psychiatrie : répondre à la forte demande de soins des Français [Internet]. vie-publique.fr. 2021 [cité 19 févr 2023]. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/en-bref/281664-sante-mentale-repondre-la-forte-demande-de-soins-des-francais>
3. Collège national des universitaires en psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, Collège universitaire national des enseignants en addictologie, éditeurs. Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie. 3e éd. Tours: Presses universitaires François-Rabelais; 2021. (L'officiel ECN).
4. Coldefy M, Gandré C. Atlas de la santé mentale en France [Internet]. 2020. (Série atlas - IRDES). Disponible sur: <https://santementale.atlasante.fr/#c=home>
5. DRESS. Les établissements de santé - édition 2021 [Internet]. 2022 [cité 20 févr 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/panoramas-de-la-drees/les-etablissements-de-sante-edition-2021>
6. ATIH. Chiffres clés hospitalisation 2019 [Internet]. 2020 [cité 9 avr 2023]. Disponible sur: [https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2554/atih\\_chiffres\\_cles\\_psy\\_2019.pdf](https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2554/atih_chiffres_cles_psy_2019.pdf)
7. DREES. Fiche 15 - Les patients suivis en psychiatrie - Les établissements de santé édition 2021 [Internet]. 2021 [cité 9 avr 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/Fiche%2015%20-%20Les%20patients%20suivis%20en%20psychiatrie.pdf>
8. INSEE. Comparateur de territoires - département de la vendée (85) [Internet]. 2022 [cité 12 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=DEP-85>
9. Organisation mondiale de la santé. Classification Internationale des Maladies Onzième Révision [Internet]. 2019 [cité 15 avr 2023]. Disponible sur: <https://icd.who.int/fr>
10. INSEE. La crise sanitaire en quelques dates [Internet]. 2021 [cité 29 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5432523?sommaire=5435421>
11. Santé publique France. Coronavirus : chiffres clés et évolution de la COVID-19 en France et dans le Monde [Internet]. 2023 [cité 30 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/dossiers/coronavirus-covid-19/coronavirus-chiffres-cles-et-evolution-de-la-covid-19-en-france-et-dans-le-monde>
12. Santé publique France. CoviPrev : une enquête pour suivre l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie de COVID-19 [Internet]. 2023 [cité 30 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/coviprev-une-enquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie-de-covid-19>

13. Santé publique france. Comment évolue la santé mentale des Français pendant l'épidémie de COVID-19 – Résultats de la vague 36 de l'enquête CoviPrev [Internet]. 2023 [cité 16 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/enquetes-etudes/comment-evolue-la-sante-mentale-des-francais-pendant-l-epidemie-de-covid-19-resultats-de-la-vague-36-de-l-enquete-coviprev>
14. 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* [Internet]. mars 2020 [cité 30 janv 2023];17(5):1729. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7084952/>
15. Yarrington JS, Lasser J, Garcia D, Vargas JH, Couto DD, Marafon T, et al. Impact of the COVID-19 Pandemic on Mental Health among 157,213 Americans. *J Affect Disord* [Internet]. 1 mai 2021 [cité 30 janv 2023];286:64-70. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9754791/>
16. Weill DA, Drouin J, Desplas D, Cuenot F, Dray-Spira DR, Zureik PM. Weill A, Drouin J, Desplas D, Cuenot F, Dray-Spira R, Zureik M. Usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de Covid-19 – point de situation après 5 semaines de confinement (jusqu'au 19 avril 2020) Etude pharmaco-épidémiologique à partir des données de remboursement du SNDS. Groupement d'intérêt scientifique (GIS) EPIPHARE - ANSM-CNAM. Rapport 2 final, Saint-Denis, le 30 Avril 2020, 228 pages. EPIPHARE; 2020 avr p. 218.
17. Global Drug Survey. GDS COVID-19 Special Edition: Key Findings Report [Internet]. 2020 [cité 6 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.globaldrugsurvey.com/gds-covid-19-special-edition-key-findings-report/>
18. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Les addictions en France au temps du confinement [Internet]. 2020 [cité 6 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efxof2a9.pdf>
19. Haesebaert F, Haesebaert J, Zante E, Franck N. Who maintains good mental health in a locked-down country? A French nationwide online survey of 11,391 participants. *Health Place* [Internet]. 1 nov 2020 [cité 8 juin 2022];66:102440. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1353829220307383>
20. Ramiz L, Contrand B, Rojas Castro MY, Dupuy M, Lu L, Sztal-Kutas C, et al. A longitudinal study of mental health before and during COVID-19 lockdown in the French population. *Glob Health* [Internet]. 22 mars 2021 [cité 31 janv 2023];17:29. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7982911/>
21. Rolland B, Haesebaert F, Zante E, Benyamina A, Haesebaert J, Franck N. Global Changes and Factors of Increase in Caloric/Salty Food Intake, Screen Use, and Substance Use During the Early COVID-19 Containment Phase in the General Population in France: Survey Study. *JMIR Public Health Surveill* [Internet]. 18 sept 2020 [cité 6 févr 2023];6(3):e19630. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7505683/>

22. Oreffice S, Quintana-Domeque C. Gender inequality in COVID-19 times: evidence from UK prolific participants. *J Demogr Econ* [Internet]. juin 2021 [cité 31 janv 2023];87(2):261-87. Disponible sur: <https://www.cambridge.org/core/journals/journal-of-demographic-economics/article/gender-inequality-in-covid19-times-evidence-from-uk-prolific-participants/C3D9A7C2A2BC6B90DC2EB708A18FDE99>
23. DRESS. Etudes et résultats - Confinement du printemps 2020 : une hausse des syndromes dépressifs, surtout chez les 15-24 ans [Internet]. 2021 [cité 13 févr 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/ER1185.pdf>
24. Roux J, Lefort M, Bertin M, Padilla C, Mueller J, Garlantézec R, et al. Impact de la crise sanitaire de la COVID-19 sur la santé mentale des étudiants à Rennes, France [Internet]. 2021 [cité 10 avr 2023]. Disponible sur: <https://hal.science/hal-03172226>
25. Andersen AJ, Mary-Krause M, Bustamante JJH, Héron M, El Aarbaoui T, Melchior M. Symptoms of anxiety/depression during the COVID-19 pandemic and associated lockdown in the community: longitudinal data from the TEMPO cohort in France. *BMC Psychiatry* [Internet]. 28 juill 2021 [cité 7 févr 2023];21(1):381. Disponible sur: <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03383-z>
26. DRESS. Comment les médecins généralistes ont-ils exercé leur activité pendant le confinement lié au Covid-19 ? [Internet]. 2020 [cité 19 févr 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/comment-les-medecins-generalistes-ont-ils-exerce-leur-activite>
27. Flevaud L, Pham A, Gourevitch R. Les urgences psychiatriques pendant l'état d'urgence sanitaire. *Ann Med Psychol (Paris)* [Internet]. févr 2021 [cité 8 juin 2022];179(2):123-7. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7440226/>
28. Pignon B, Gourevitch R, Tebeka S, Dubertret C, Cardot H, Masson VD, et al. Dramatic reduction of psychiatric emergency consultations during lockdown linked to COVID-19 in Paris and suburbs. *Psychiatry Clin Neurosci* [Internet]. 1 juill 2020 [cité 8 juin 2022];10.1111/pcn.13104. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7361336/>
29. Fasshauer JM, Bollmann A, Hohenstein S, Mouratis K, Hindricks G, Kuhlen R, et al. [Psychiatric Emergency Admissions and Inpatient Length of Stay Before and During the COVID-19 Pandemic in Germany]. *Psychiatr Prax.* juill 2022;49(5):271-5.
30. Shobassy A, Nordsletten AE, Ali A, Bozada KA, Malas NM, Hong V. Effects of the COVID-19 pandemic in a psychiatric emergency service: Utilization patterns and patient perceptions. *Am J Emerg Med* [Internet]. févr 2022 [cité 7 févr 2023];52:241-3. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8016535/>
31. ORU pays de la Loire. Impact de l'épidémie de covid-19 et du premier confinement sur le recours aux services d'urgences en pays de la Loire [Internet]. 2020 [cité 14 févr 2023]. Disponible sur: [https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2020\\_PDF/2020\\_ORU\\_ImpactCovidRecoursSU.pdf](https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2020_PDF/2020_ORU_ImpactCovidRecoursSU.pdf)

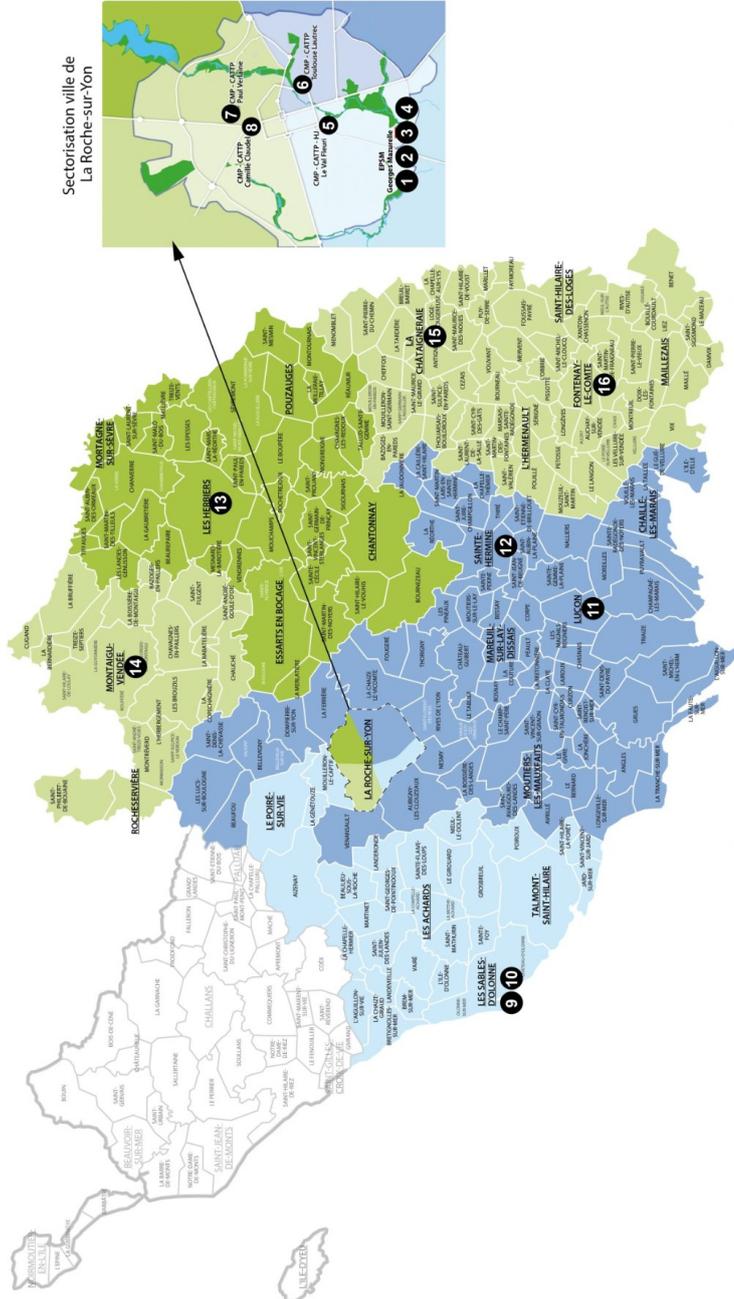
32. Mukadam N, Sommerlad A, Wright J, Smith A, Szczap A, Solomou S, et al. Acute mental health presentations before and during the COVID-19 pandemic. *BJPsych Open*. 16 juill 2021;7(4):e134.
33. Rømer TB, Christensen RHB, Blomberg SN, Folke F, Christensen HC, Benros ME. Psychiatric Admissions, Referrals, and Suicidal Behavior Before and During the COVID-19 Pandemic in Denmark: A Time-Trend Study. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. déc 2021 [cité 6 mai 2022];144(6):553-62. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8652698/>
34. Seckel H. Covid-19 : la crainte d'une « deuxième vague psychiatrique ». *Le Monde.fr* [Internet]. 13 mai 2020 [cité 13 févr 2023]; Disponible sur: [https://www.lemonde.fr/societe/article/2020/05/13/covid-19-la-crainte-d-une-deuxieme-vague-psychiatrique\\_6039495\\_3224.html](https://www.lemonde.fr/societe/article/2020/05/13/covid-19-la-crainte-d-une-deuxieme-vague-psychiatrique_6039495_3224.html)
35. Le Breton M. Plus que la deuxième vague de Covid, c'est celle des troubles mentaux que redoutent les psy [Internet]. *Le HuffPost*. 2020 [cité 13 févr 2023]. Disponible sur: [https://www.huffingtonpost.fr/life/article/deuxieme-vague-covid-celle-des-troubles-mentaux-inquiete-les-psy-encore-plus\\_169722.html](https://www.huffingtonpost.fr/life/article/deuxieme-vague-covid-celle-des-troubles-mentaux-inquiete-les-psy-encore-plus_169722.html)
36. INSEE. Populations légales des départements en 2020 [Internet]. 2022 [cité 1 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6683015?sommaire=6683037>
37. INSEE. Évolution et structure de la population en 2019 – Recensement de la population – [Internet]. 2022 [cité 3 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6455183?sommaire=6455209&geo=DEP-85>
38. Dares. Activité et conditions d'emploi de la main -d'oeuvre pendant la crise sanitaire Covid-19 [Internet]. 2021 [cité 1 avr 2023]. Disponible sur: [https://dares.travail-emploi.gouv.fr/sites/default/files/db9126ed48ad50599beaa01cbeacd97a/Dares\\_Acemo\\_covid\\_Synthese\\_fevrier2021.pdf](https://dares.travail-emploi.gouv.fr/sites/default/files/db9126ed48ad50599beaa01cbeacd97a/Dares_Acemo_covid_Synthese_fevrier2021.pdf)
39. INRS. Télétravail. Télétravail : quelques chiffres [Internet]. 2022 [cité 3 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.inrs.fr/risques/teletravail/quelques-chiffres.html>
40. INSEE. Enseignement supérieur - Nombre d'étudiants - Hors doubles inscriptions - Vendée [Internet]. 2022 [cité 3 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/010754744>
41. Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation. Atlas régional: effectifs d'étudiants en 2019-2020. Paris: SIES; 10.
42. OFDT. Drogues et addictions, chiffres clés 2022. 2022;
43. ATIH. Chiffres clés hospitalisation 2021 [Internet]. 2023 [cité 9 avr 2023]. Disponible sur: [https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/4416/atih\\_chiffres\\_cles\\_h\\_2021\\_.pdf](https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/4416/atih_chiffres_cles_h_2021_.pdf)
44. DREES. Fiche 13 - Les patients suivis en psychiatrie - Les établissements de santé édition 2022 [Internet]. 2022 [cité 9 avr 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-07/Fiche%2013%20-%20Les%20patients%20suivis%20en%20psychiatrie.pdf>

45. Perozziello A, Sousa D, Aubriot B, Masson VDL. Use of mental health services in the aftermath of COVID-19 waves: a retrospective study conducted in a French Psychiatric and Neurosciences University Hospital. *BMJ Open* [Internet]. 1 févr 2023 [cité 9 avr 2023];13(2):e064305. Disponible sur: <https://bmjopen.bmj.com/content/13/2/e064305>

# ANNEXES :

## ANNEXE 1 : Cartographie des secteurs de psychiatrie générale adulte

### Pôles et secteurs de psychiatrie générale



**Secteur Vendée Littoral 1**

- 1 Centre Médical – 02.51.09.71.32 / 02.51.09.71.42  
Unité d'hospitalisation Littoral.1  
EPSM Georges Mazurille – La Roche-sur-Yon
- 5 Hôpital de Jour, CMP et CATTP Le Val Fleuri  
La Roche-sur-Yon – 02.51.37.14.21
- 9 CMP et CATTP Poastur  
Les Sablès d'Olonne – 02.51.21.07.27
- 10 Hôpital de Jour Printanière  
Les Sablès d'Olonne – 02.51.21.10.17

**Secteur Vendée Littoral 2**

- 2 Centre Médical – 02.51.09.71.68 / 02.51.09.72.25  
Unité d'hospitalisation Le Pré Haut  
Hôpital de Jour L'Aquarelle  
EPSM Georges Mazurille – La Roche-sur-Yon
- 6 CMP et CATTP Toulousais L'airtes  
Appartements Thérapeutiques La Passerelle  
La Roche-sur-Yon – 02.51.47.30.26
- 11 Hôpital de Jour, CMP et CATTP Georges Millandy  
Luçon – 02.51.29.00.17
- 12 CMP Sainte Hermine (Fermeture provisoire)  
Sainte-Hermine – 02.51.27.31.06

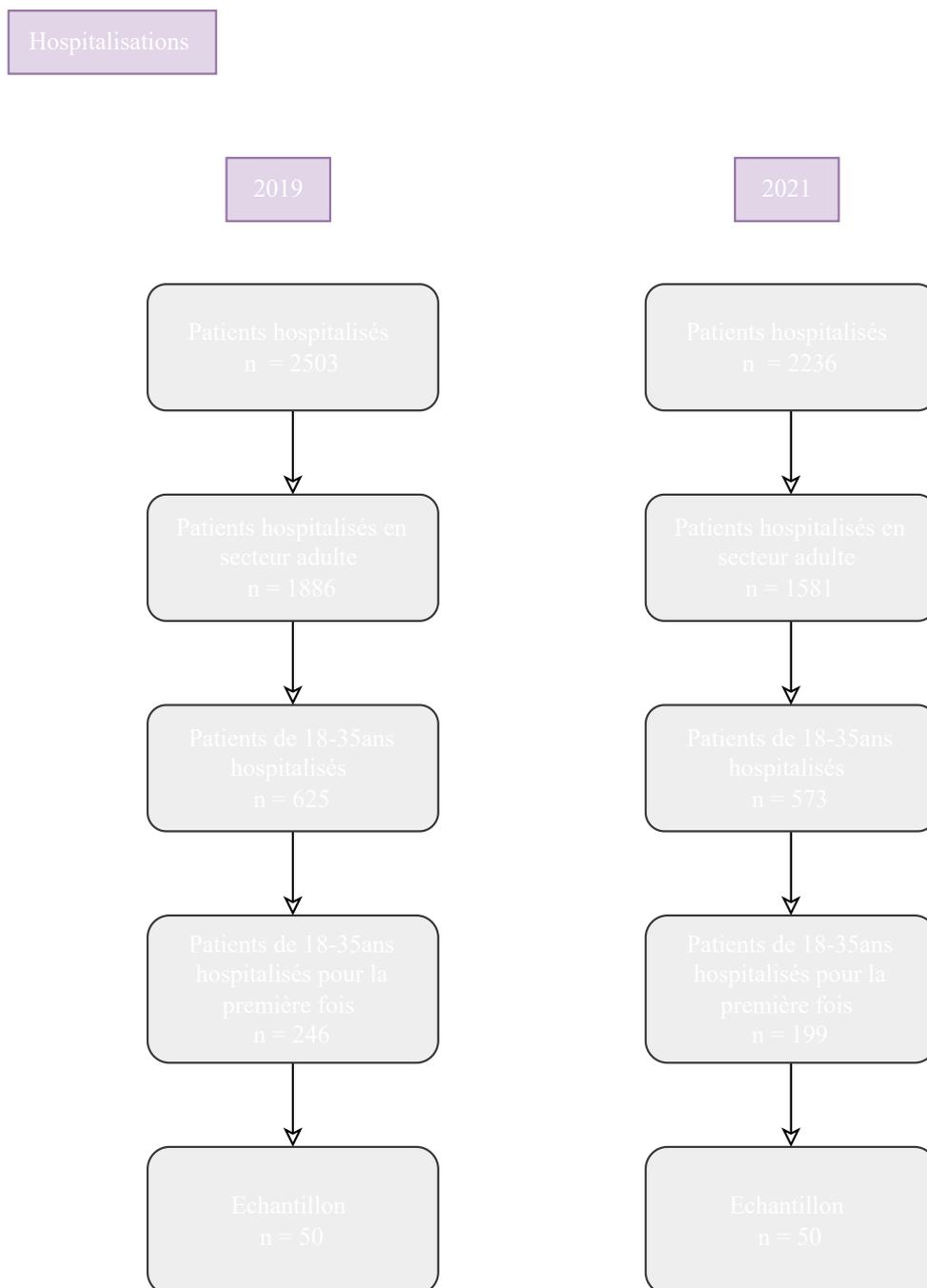
**Secteur Vendée Bocage 1**

- 3 Centre Médical – 02.51.09.71.68 / 02.51.09.71.58  
Unité d'hospitalisation La Croisée  
Hôpital de Jour Les Hortensias  
Maison Thérapeutique L'Estran  
EPSM Georges Mazurille – La Roche-sur-Yon
- 7 CMP et CATTP Paul Vendaine  
La Roche-sur-Yon – 02.51.46.02.54
- 13 Hôpital de Jour, CMP et CATTP Les Oytises  
Les Herbiers – 02.51.66.81.06

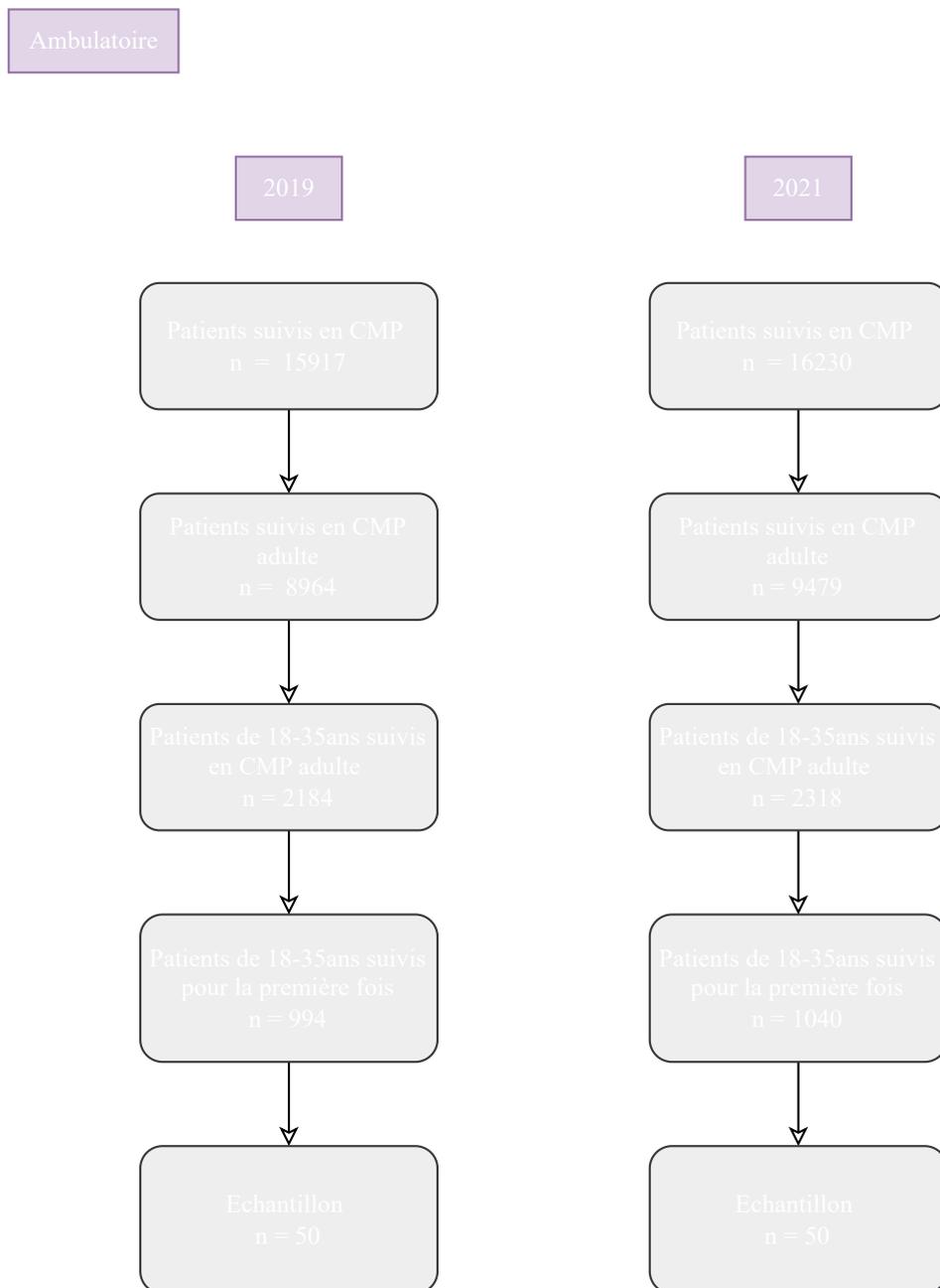
**Secteur Vendée Bocage 2**

- 4 Centre Médical – 02.51.09.71.17 / 02.51.09.71.31  
Unité d'hospitalisation L'Insula  
Hôpital de Jour L'Eraudière  
EPSM Georges Mazurille – La Roche-sur-Yon
- 8 CMP et CATTP Camille Claudel  
La Roche-sur-Yon – 02.51.69.04.37
- 14 Hôpital de Jour et CMP Gaston Chaissoac  
Montaigu – 02.51.94.16.60
- 15 CMP La Châtaigneraie  
La Châtaigneraie – 02.51.62.61.28
- 16 Hôpital de Jour et CMP Fontenay-le-Comte  
Fontenay-le-Comte – 02.51.50.16.76

ANNEXE 2 : Flow chart des patients hospitalisés temps plein



ANNEXE 3 : Flow chart des patients suivis en ambulatoire



ANNEXE 4 : Tableau issu du bulletin d'information n°161 de l'Agence régionale de santé  
Pays de la Loire

COVID-19	Cas testés positifs (depuis le 13 mai)**	Taux d'incidence des cas testés positifs sur 7 jours glissants /100 000 hab**		Taux de positivité sur les 7 derniers jours pour 100 tests**	Hospitalisations	Dont réanimations	Retours à Domicile*	Décès*
		Tous âges	65 ans et +					
Loire-Atlantique	35 012	87,7	72,2	3,6	220	17	1 859	424
Maine-et-Loire	24 130	110,8	110,9	4,9	193	27	1 739	401
Mayenne	9 146	85,8	132,5	4,5	91	6	669	167
Sarthe	15 185	107,3	121,9	4,5	287	9	1 249	284
Vendée	13 318	93,5	80,7	4,1	104	8	717	127
<b>Pays de la Loire</b>	<b>96 791</b>	<b>96,4</b>	<b>95,3</b>	<b>4,2</b>	<b>895</b>	<b>67</b>	<b>6 233</b>	<b>1 403</b>
<b>France***</b>	<b>2 659 750</b>	<b>136,5</b>	<b>NC</b>	<b>5,2</b>	<b>24 995</b>	<b>2 666</b>	<b>196 037</b>	<b>65 415</b>

\* Données cumulées depuis le 24 février 2020

\*\*Données SI-DEP du 5 janvier 2021

\*\*\* Données Santé Publique France et CNAM du 4 janvier 2021

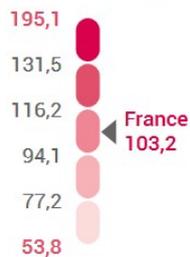


ANNEXE 5 : Densité de lits à temps plein en 2016 – Carte issue de l'Atlas de la santé mentale

**Densité de lits d'hospitalisation à temps plein en 2016**

**Psychiatrie générale**

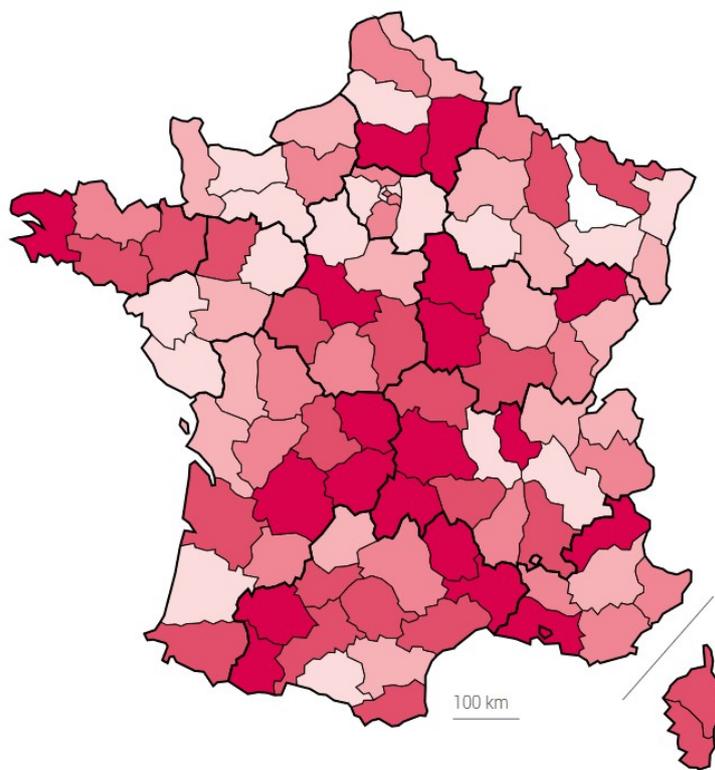
Pour 100 000 habitants de 16 ans ou plus



Non disponible

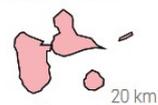
Paris et petite couronne

10 km



Départements et régions d'outre-mer

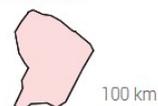
**A** Guadeloupe



**B** Martinique



**C** Guyane



**D** Réunion



**E** Mayotte



Discretisation : quintiles. Sources : SAE 2016, Insee. Infographie : Irdes 2019-20.

ANNEXE 6 : Graphique issu de la Fiche 15 – Les patients suivis en psychiatrie – Les établissements de santé édition 2021 – DREES

**Graphique 1** Répartition des patients, par sexe, selon les diagnostics principaux et la nature de la prise en charge en 2019



F00-F09 : troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques ; F10-F19 : troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives ; F20-F29 : schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants ; F30-F39 : troubles de l'humeur ; F40-F48 : troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes ; F50-F59 : syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques ; F60-F69 : troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte ; F70-F79 : retard mental ; F80-F89 : troubles du développement psychologique ; F90-F98 : troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence ; F99 : autres troubles mentaux sans précision ; Z00-Z99 : facteurs influant sur l'état de santé.

**Note** > Les diagnostics de prise en charge sont codés par les équipes soignantes à partir de la classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la santé, 10<sup>e</sup> révision. Des différences peuvent apparaître entre les sommes de pourcentages et le résultat réel, en raison des arrondis à une décimale.

**Champ** > France métropolitaine, DROM (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy, hors Mayotte), y compris le SSA.

**Source** > ATIH, RIM-P 2019, traitements DREES.

**Vu, le Président du Jury,**

**Vu, le Directeur de Thèse,**

**Vu, le Doyen de la Faculté,**

**Titre de Thèse : COVID et santé mentale : impact sur les 18-35ans en établissement public de santé mentale, étude rétrospective et comparative entre 2019 et 2021 sur les hospitalisations et les prises en charge ambulatoires à l'EPSM Georges Mazurelle**

## **RÉSUMÉ**

**Introduction :** La pandémie de COVID-19 a touché la France en mars 2020. Dès lors, de nombreuses mesures pour en limiter la propagation ont été imposées à la population. Ces bouleversements ont entraîné des conséquences sur la santé mentale des Français. L'objectif de notre étude était de déterminer l'impact de la pandémie sur l'activité de l'hôpital Georges Mazurelle et sur les caractéristiques socio-démographiques de ses patients.

**Méthode :** Nous avons conduit une étude rétrospective et comparative entre 2019 et 2021 sur l'activité de l'établissement et sur les caractéristiques socio-démographiques et cliniques des nouveaux patients de 18 à 35 ans hospitalisés ou suivis en ambulatoire sur les deux années concernées. Nous avons analysé un échantillon de 200 patients tirés au sort.

**Résultats :** L'activité hospitalière de l'établissement avait diminué de 10,7% entre 2019 et 2021. L'activité ambulatoire avait augmenté de 1,9%. La proportion des patients de 18 – 35 ans et celle des nouveaux patients étaient restées stables. En hospitalisation : augmentation des femmes hospitalisées de 32 à 58% ( $p=0,016$ ), augmentation de 22% ( $p= 0,045$ ) des patients sans antécédent psychiatrique, augmentation de 38% ( $p<0,001$ ) des patients ayant un emploi. Stabilité du taux d'étudiants hospitalisés ou suivis. Absence de différence significative retrouvée concernant les motifs d'hospitalisation et de suivi ambulatoire.

**Discussion :** Notre étude mettait en évidence que le secteur psychiatrique n'avait pas retrouvé son activité pré-pandémique et que les caractéristiques des nouveaux patients de 18-35 s'était trouvées modifiées par la pandémie. Des études supplémentaires sont nécessaires afin d'identifier au mieux cette population, de proposer une prévention et une prise en charge ciblée des patients les plus fragiles. Des recherches sur les impacts à long terme encore à venir seront nécessaires afin de prendre toute la mesure de cette crise.

## **MOTS-CLES**

COVID-19, santé mentale, établissement psychiatrique, hospitalisation , prise en charge ambulatoire