

**Faculté de psychologie et des sciences
de l'éducation**

La santé mentale des adolescents pendant la pandémie de COVID-19

Les idéations suicidaires et le passage à l'acte suicidaire
Le point de vue des soignants

Auteur : Blandine Van Moorsel
Promoteur(s) : Maximilien Gourdin & Pascal Janne
Année académique 2021-2022
Master en Psychologie de la Santé

La santé mentale des adolescents pendant la pandémie de COVID-19

Les idéations suicidaires et le passage à l'acte suicidaire

Le point de vue des soignants

Promoteur : Pr. Maximilien Gourdin

Co-promoteur : Pr. Pascal Janne

Mémoire présenté en vue de
l'obtention du grade de Master en
Sciences Psychologiques

Par Blandine Van Moorsel

Louvain-la-Neuve, 2022

Remerciements

J'aimerais tout d'abord remercier mon promoteur le Professeur Maximilien Gourdin ainsi que mon co-promoteur le Professeur Pascale Janne pour leur disponibilité et leur conseils.

J'aimerais tout particulièrement remercier ce dernier de m'avoir laissé la liberté de choisir ce sujet de mémoire et de m'avoir soutenue au cours de la rédaction.

J'aimerais remercier et adresser ma gratitude à mon compagnon, mon frère, mes parents, le reste de ma famille et mon entourage pour leur soutien inconditionnel, leurs relectures de ce travail, ainsi que tout au long de mon cursus.

J'aimerais aussi adresser mes remerciements à Madame Dominique Severin, pour ses relectures et son soutien lors de mon stage.

Je voudrais également remercier les participants qui ont répondu à notre questionnaire.

Enfin, je voudrais adresser mes remerciements à ma lectrice Madame Laurie Loop pour le temps consacré à la lecture et l'évaluation de ce mémoire .

« Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie. Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, etc.) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain ».

Table des matières

Introduction générale :	1
--------------------------------	----------

Partie théorique :	3
---------------------------	----------

Chapitre 1 : La santé mentale des adolescents	3
--	----------

1.1. Introduction	3
1.2. Définition	4
1.3. Épidémiologie	5
1.3.1. Âge	5
1.3.2. Sexe	5
1.3.3. Fréquence	6
1.3.4. Facteurs de risques	6
1.3.5. Facteurs de protection	7
1.3.6. Évolution	7
1.4. Quand la santé mentale fait défaut chez l'adolescent	8
1.5. Conséquences des problèmes de santé mentale à court et long terme	8
1.6. Le cas particulier des idéations suicidaires et du passage à l'acte suicidaire chez les adolescents	9
1.6.1. Introduction	9
1.6.2. Définitions	9
1.6.3. Le processus suicidaire	9
1.6.4. Épidémiologie du suicide chez les adolescents	11
1.6.5. Les facteurs de risques du suicide chez les adolescents	11
1.7. Conclusion	12

Chapitre 2 : La pandémie de Covid-19	13
---	-----------

2.1. Introduction	13
2.2. Définition	13

2.3. Évolution	14
2.4. Influences et conséquences de la pandémie de COVID-19 sur l'environnement de l'adolescent, classification selon le modèle écologique de Bronfenbrenner	15
2.4.1. Ontosystème	16
2.4.2. Microsystème	17
2.4.3. Mésosystème	19
2.4.4. Exosystème.....	20
2.4.5. Macrosystème.....	21
2.5. Point spécifique sur l'utilisation des écrans pendant la pandémie de COVID-19 chez les adolescents.....	22
2.6. Conclusion.....	22

Chapitre 3 : La santé mentale des adolescents pendant la pandémie de COVID-19 25

3.1. Introduction	25
3.2. Définition et spécificités.....	26
3.3. Épidémiologie.....	26
3.3.1. Âge	27
3.3.2. Sexe	27
3.3.3. Fréquence	28
3.4. Facteurs de risque et de protection spécifiques à la pandémie	28
3.5. Évolution au cours de la pandémie.....	30
3.6. Conséquences sur la santé mentale des adolescents.....	33
3.6.1. Introduction	33
3.6.2. Principales conséquences sur la santé mentale des adolescents.....	33
3.7. Le cas particulier des idéations suicidaires et du passage à l'acte depuis la pandémie.....	35
3.8. Résultats et observations	37
3.9. Conclusion.....	38

Conclusion partie théorique :..... 39

Partie empirique :..... 40

1. Méthodologie, instruments et échantillon	40
---	----

1.1. Description de l'échantillon	40
1.2. Matériel.....	43
1.3. Instrument de recherche.....	43
1.3.1. Introduction	43
1.3.2. Informations sociodémographiques.....	44
1.3.3. Mesure	44
2. Procédure	44
3. Hypothèses	45
4. Analyses statistiques.....	46
4.1. Introduction	46
4.2. Analyses descriptives	46
4.3. Corrélations	50
4.3.1. Corrélations de Paerson (cf. annexe 2 table 5) :	50
4.3.2. Analyses factorielles :	52
4.4. MANOVAs.....	55
Discussion.....	60
1. Interprétation des résultats.....	60
2. Limites.....	65
2.1. Partie théorique.....	65
2.2. Partie empirique et méthodologie.....	66
2.2.1. Dans le questionnaire (cf. annexe 1) :	66
2.2.2. Dans notre recherche :	67
3. Apports et ouvertures	68
4. Perspectives pour recherches futures :	70
<i>Conclusion générale.....</i>	<i>72</i>
Bibliographie :	75
Annexes :	83
Annexe 1 : Étude sur la santé mentale des adolescents du point de vue des soignants.....	83
Annexes 2 : Tableaux statistiques	87

Annexe 3 : Graphiques	96
Annexe 4 : Sélection des articles pour la partie théorique	97
Annexe 5 : Affiche réseaux sociaux	99
Annexe 6 : Les remarques laissées par les participants dans les commentaires libres.....	100
Résumé	101

Introduction générale :

La thématique de ce travail est la santé mentale des adolescents pendant la pandémie de COVID-19. Celui-ci l'aborde d'une façon globale en se concentrant particulièrement sur les idéations suicidaires et le passage à l'acte suicidaire chez les adolescents pendant la pandémie de COVID-19.

Cette thématique me tient particulièrement à cœur depuis le stage que j'ai effectué en pédiatrie aux Cliniques de l'Europe de février 2021 à juillet 2021. Lors de celui-ci, nous avons été confrontés à une hausse très importante de tentatives de suicide dans la population pédiatrique entre 11 et 16 ans, mais également à une panoplie d'autres situations témoignant de la détresse psychologique des adolescents. Les admissions aux urgences ne semblaient plus décroître. Après à peine quelques semaines de stage, nous nous sommes retrouvés face à un réseau de santé mentale saturé, avec d'importantes difficultés pour trouver un relais dans un délai raisonnable. Nous étions constamment confrontés à l'urgence de traiter les nouvelles admissions. Cela a été ma première expérience professionnelle en tant que future psychologue, je n'avais pas de point de comparaison. Ce n'est que dans un deuxième temps, après la finalisation de mon stage et de mon temps supplémentaire en tant que jobiste dans le service, que j'ai pu prendre du recul et mieux me rendre compte de ce que nous avons vécu pendant six mois. De retour à l'université, dans mon rôle d'étudiante, je me sentais inutile. J'ai alors discuté avec mon co-promoteur Professeur Pascal Janne, nous avons abordé mon expérience et avons pris la décision d'en faire mon sujet de mémoire. Le fait de pouvoir aborder cette thématique, qui a beaucoup de sens pour moi, a été une réelle opportunité de développement personnel et professionnel.

Ce mémoire comporte essentiellement trois parties : la partie théorique, la partie empirique et la discussion.

La partie théorique se concentre sur trois chapitres. Le premier aborde la santé mentale des adolescents dans sa globalité. Le deuxième se focalise sur la pandémie de COVID-19, ainsi que sur ses implications sur le quotidien des adolescents. Le troisième et dernier chapitre se centre sur la santé mentale des adolescents pendant la pandémie de COVID-19.

Viendra ensuite la partie empirique. Dans le cadre de notre étude, nous avons réalisé un questionnaire en ligne ciblant les soignants travaillant avec des adolescents.

D'une part, nous avons questionné leur évaluation de la santé mentale des adolescents durant la période de mars 2020 à mars 2022, et d'autre part, nous avons questionné leur vécu en tant que professionnel face à cette situation. Dans cette section, nous allons expliquer le but, la méthodologie et la procédure de l'étude que nous avons menée. Enfin, nous exposerons les résultats de nos analyses statistiques.

La partie finale de ce mémoire abordera un point d'une importance cruciale : la discussion. Celle-ci reprendra dans un premier temps les résultats les plus pertinents et leur interprétation, avant d'aborder les limites, les implications et, bien sûr, la conclusion.

Partie théorique :

Dans la section théorique suivante, nous allons tenter d'apporter une vision globale de la santé mentale des adolescents durant la pandémie de COVID-19. Pour ce faire, nous allons consacrer le premier chapitre à la santé mentale des adolescents de manière générale. Le deuxième chapitre traitera l'explication de la pandémie de COVID-19 ainsi que ses implications sur le quotidien des adolescents et leur milieu de vie. Le troisième chapitre sera consacré au thème principal de notre sujet, la santé mentale des adolescents pendant la pandémie. Malgré l'actualité de ce sujet, nous allons essayer d'apporter une vision à la fois globale et détaillée. Ce travail ayant été réalisé en 2021 et 2022, nous allons parler de la pandémie au présent. Cependant, nous aborderons les confinements et les restrictions sanitaires au passé.

Chapitre 1 : La santé mentale des adolescents

1.1. Introduction

Ce chapitre n'a pas pour but d'établir un résumé exhaustif de la santé mentale à l'adolescence. Néanmoins, il nous semblait primordial d'en aborder les concepts centraux et d'en exposer quelques chiffres.

Dans ce premier chapitre, nous allons tout d'abord définir la santé mentale à l'adolescence et aborder ses aspects épidémiologiques. Dans cette section nous allons observer les facteurs de risques et de protection de la santé mentale des adolescents. Ensuite, nous allons constater la détérioration de la santé mentale ainsi que ses conséquences. Enfin, nous allons approfondir les idéations suicidaires et les tentatives de suicide chez les adolescents.

Il nous a semblé intéressant de cibler spécifiquement la santé mentale de la population adolescente, et ce, pour plusieurs raisons. Pour commencer, comme le déclare l'OMS, "la moitié des troubles de santé mentale à l'âge adulte se manifestent dès l'âge de 14 ans" (OMS, 2021a). "Chez les adolescents, les troubles mentaux ne seraient dans la plupart des cas, ni détectés, ni traités" (OMS, 2021a). Ensuite, le septième rapport de l'étude HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) qui étudie depuis plus de trente ans la santé, le bien-être, l'environnement social et le comportement de santé des adolescents, met en évidence que les adolescents sont

souvent négligés en tant que groupe de population dans les statistiques de santé, étant regroupés avec les jeunes enfants ou les jeunes adultes (OMS, 2020c). De plus, une moindre attention serait accordée aux inégalités liées au statut socio-économique, à l'âge et au sexe au sein de ce groupe (OMS, 2020c). C'est pourquoi il nous semblait particulièrement important de nous centrer sur cette population particulière.

1.2. Définition

L'adolescence peut être définie comme “la période de la vie entre l'enfance et l'âge adulte, pendant laquelle se produit la puberté et se forme la pensée abstraite” (Larousse en ligne, s.d.a).

La santé est définie par l'OMS (2018) dans sa constitution comme “un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité”. En conséquence, la santé mentale ne se résume pas à l'absence d'un trouble ou d'une déficience mentale (OMS, 2018): “la santé mentale peut donc être décrite en termes positifs comme un état de bien-être qui permet aux individus de réaliser leurs capacités, de surmonter les tensions normales de la vie, d'accomplir un travail productif et de contribuer à la vie de leur communauté” (OMS, 2018). “La santé et le bien-être mental sont indispensables pour que l'être humain puisse, au niveau individuel et collectif, penser, ressentir, échanger avec les autres, gagner sa vie et profiter de l'existence” (OMS, 2018). La santé mentale est donc plus que l'absence de troubles mentaux (OMS, 2018). L'Association Américaine de Psychologie (APA, American Psychological Association) définit quant à elle, la santé mentale, comme "un état d'esprit caractérisé par un bien-être émotionnel, une bonne adaptation comportementale, une absence relative d'anxiété et de symptômes invalidants, une capacité à établir des relations constructives et à faire face aux exigences et aux stress ordinaires de la vie" (APA Dictionary of Psychology en ligne, s.d.). Une précision est apportée par le manuel MDS (2021) en ce qui concerne la santé mentale des adolescents. En effet, chez les plus jeunes adolescents et chez les enfants (à quelques exceptions près) les symptômes des troubles mentaux ressemblent beaucoup aux sentiments communément ressentis par ceux-ci : tristesse, colère, méfiance, excitation, introversion et solitude (le manuel MDS, 2021). “La différence entre un trouble et un sentiment normal est l'intensité de la perception, qui devient telle qu'elle peut perturber les activités quotidiennes de l'enfant et provoquer une vraie souffrance” (le manuel MDS, 2021). Cette précision spécifique nous amène à comprendre pourquoi

il est parfois difficile de déterminer ce qui cesse d'être normal pour devenir pathologique (le manuel MDS, 2021). Selon la ressource nationale pour la santé mentale française Psycom (2020), “durant l’adolescence, aucun signe psychologique, aucun symptôme, aucun comportement ne peuvent être interprétés définitivement comme normaux ou pathologiques”. Psycom (2020) souligne également la grande variabilité émotionnelle et psychique qui caractérise cette période de la vie.

1.3. Épidémiologie

1.3.1. Âge

Selon le manuel MDS (2021), le risque de diagnostic d’un trouble mental augmente avec l’âge. L’enquête HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) menée par l’OMS (2020c) distingue des différences concernant le bien-être mental des adolescents selon leur âge. En effet, un déclin du bien-être mental a été observé avec l’âge, les adolescents plus âgés ont donc globalement une moins bonne santé mentale (OMS, 2020c). Parallèlement, il semble que les adolescents plus jeunes soient plus enclins à avoir une meilleure santé mentale que les adolescents plus âgés, ceux-ci étant plus sujets à des troubles mentaux et ayant une moins bonne santé mentale (le manuel MDS, 2021; UNICEF, 2021; OMS, 2020c).

1.3.2. Sexe

L’enquête HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) menée par l’OMS (2020c), reprenant les chiffres en Europe et au Canada, entre 2014 et 2018, met en avant que pour la tranche d’âge des adolescents de 15 ans, les filles déclarent un bien-être mental inférieur à celui des garçons, et ce presque dans tous les pays participant à l’étude. L’enquête HBSC (OMS, 2020c) révèle un meilleur bien-être mental dans deux groupes, chez les garçons et chez les adolescents issus de familles plus aisées. Selon le Fond des Nations Unies pour l’enfance ou plus communément appelé l’UNICEF (2021), “les normes de genre auraient une influence sur la santé mentale des adolescents”. Comme le cite l’UNICEF (2021): “les filles se heurtent à divers stéréotypes restrictifs concernant le travail, l’éducation et la famille, ainsi qu’au risque d’exposition à la violence au sein du couple. Alors que les garçons se sentent quant à eux privés du droit d’exprimer leurs émotions et sont davantage incités à consommer des drogues” (UNICEF, 2021). Dans le monde, pour le groupe d’âge des 10-19 ans, 89 millions de garçons et 77 millions de filles présentent un trouble mental (UNICEF, 2021). Le bien-être mental semble inférieur chez les adolescents de sexe féminin en

Europe et au Canada, alors que les adolescents de sexe masculin semblent plus sujets aux troubles mentaux à travers le monde (UNICEF, 2021 ; OMS, 2020c).

1.3.3. Fréquence

Selon l'OMS (2021b), dans le monde, un jeune sur sept âgé de 10 à 19 ans souffre d'un trouble mental. Les estimations de l'UNICEF (2021), parlent de "plus de 13% des adolescents âgés de 10 à 19 ans qui sont atteints d'un trouble mental diagnostiqué selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé". D'après le manuel MDS (2021), "jusqu'à 20% des enfants et des adolescents peuvent présenter un trouble mental diagnostiquable qui entraîne une certaine déficience". Selon certaines estimations, environ 30% des adolescents âgés de 13 et 17 ans répondent au critère d'au moins deux troubles mentaux (le manuel MDS, 2021). Même si les chiffres ne sont pas identiques, le message reste le même : les troubles mentaux ou de santé mentale des adolescents sont des problèmes majeurs d'une incidence importante (OMS, 2021b ; UNICEF, 2021 ; le manuel MDS, 2021). Selon l'Institut Scientifique de Santé Publique Belge (s.d.), la santé mentale est une préoccupation majeure en santé publique. L'UNICEF cite que "ce sont dans les régions du Moyen-Orient, d'Afrique du Nord, d'Amérique du Nord et d'Europe de l'Ouest que les taux de prévalence des troubles diagnostiqués sont les plus élevés" (UNICEF, 2021). Selon le dernier rapport de l'enquête HBSC (OMS, 2020c), la prévalence de santé et de bien-être des adolescents a peu évolué entre 2014 et 2018 dans l'ensemble des pays participants (Europe et Canada). Cependant, deux exceptions ont été observées. Premièrement, l'Albanie avec une augmentation de 20% concernant la santé et le bien-être de tous les groupes d'âges (OMS, 2020c). Deuxièmement, la Belgique (en communauté flamande) avec cette fois une diminution de 20% de la santé et du bien-être chez les deux sexes pour la tranche d'âge de 11 ans (OMS, 2020c).

1.3.4. Facteurs de risques

Plusieurs facteurs de risques ont été étudiés concernant la santé mentale des adolescents. Notamment, le fait de grandir dans une famille monoparentale, d'avoir un parent au chômage et d'être immigré sont les principaux facteurs de risques mis en évidence pour la santé et le bien-être des adolescents par l'enquête HBSC (OMS, 2020c). Pour sa part l'OMS (2021b), met en avant des facteurs pouvant contribuer au stress important lié à l'adolescence comme les médias, l'exploration de l'identité et les normes de genre. Tandis que l'UNICEF (2021) explique comment "la santé mentale est

corrélée aux étapes déterminantes du développement cérébral de l'enfant et de l'adolescents". L'UNICEF l'explicite par différents exemples "les divers facteurs pouvant avoir une incidence sur le développement cérébral comme, par exemple, le stress toxique engendré par des expériences traumatiques de l'enfance telles que la maltraitance physique et émotionnelle, la négligence chronique et la violence" (UNICEF, 2021). Non seulement, comme nous avons pu l'exposer, de multiples facteurs peuvent être des facteurs de risque d'une détérioration de la santé mentale, mais comme le dit l'OMS "plus les facteurs de risque auxquels sont exposés les adolescents sont nombreux, plus l'impact potentiel sur leur santé mentale est important" (OMS, 2021b).

1.3.5. Facteurs de protection

Plusieurs facteurs de protection pouvant améliorer la santé mentale des adolescents sont soulignés. Sont cités par l'UNICEF "les pratiques parentales attentives et bienveillantes qui sont l'un des plus puissants facteurs de protection de la santé mentale des adolescents" (UNICEF, 2021), tandis que des rythmes de sommeil adaptés à l'âge et aux besoins, une activité physique régulière, le développement de capacités d'adaptation et de résolution de problèmes, le développement de relations interpersonnelles et l'apprentissage de la gestion émotionnelle sont décrits par l'OMS (2021b) comme fondamentaux en matière de santé mentale à l'adolescence. (OMS, 2021b). De plus l'OMS (2021b) souligne l'importance d'un environnement protecteur et favorable au sein de la famille, de l'école et dans la communauté entourant l'enfant ou l'adolescent. De même, l'enquête HBSC (OMS, 2021c) reconnaît "l'importance des environnements et des relations qui constituent le contexte social immédiat de vie des adolescents et montre comment la famille, les pairs et l'école peuvent fournir des environnements favorables au développement sain". Les facteurs de protection de la santé mentale des adolescents semblent donc centrés autour d'un environnement (familial) sécurisé, de relations interpersonnelles satisfaisantes et d'une bonne hygiène de vie (UNICEF, 2021 ; OMS, 2021b ; OMS, 2021c).

1.3.6. Évolution

Un trouble de santé mentale apparaissant à l'adolescence semble fréquemment évoluer vers des conséquences à long terme si aucune prise en charge n'a été mise en place (OMS, 2021a ; OMS, 2021b ; UNICEF, 2021 ; KCE 2020). Ce qui souligne l'importance de la prévention, de l'évaluation de la santé mentale des adolescents et de

l'intervention précoce. Pourtant, comme nous l'avons évoqué, selon l'OMS (2021a) "la moitié des troubles de santé mentale à l'âge adulte se manifestent dès 14 ans, mais la plupart des cas ne sont ni détectés ni traités".

1.4. Quand la santé mentale fait défaut chez l'adolescent

Selon l'Institut Scientifique de Santé Publique Belge (ISP) (s.d.), "les troubles de la santé mentale se caractérisent par un dysfonctionnement chronique ou récurrent des pensées, des émotions, du comportement et/ou des relations avec les autres, et causent une souffrance ou constituent un handicap dans un ou plusieurs domaines de la vie courante". L'ISP (s.d.) explique que les troubles de la santé mentale ou maladies mentales engendrent notamment de la souffrance et des incapacités, mais ont également un impact social et économique énorme.

La santé mentale peut "faire défaut" de plusieurs manières et/ou prendre différents aspects et différentes formes. L'OMS (2021b) propose la distinction suivante concernant les troubles mentaux à l'adolescence : les troubles émotionnels, les troubles du comportement, les troubles de l'alimentation, les psychoses, les comportements à risque, le suicide et les automutilations. Selon l'enquête HBSC (OMS, 2020c), les plaintes de santé mentale les plus fréquentes sont la nervosité, l'irritabilité et les difficultés de sommeil. En effet, un adolescent sur quatre déclare présenter ces difficultés plus d'une fois par semaine (l'OMS, 2020c). L'OMS ajoute "la dépression, l'anxiété et les troubles du comportement sont parmi les principales causes de morbidité et d'invalidité chez les adolescents" (OMS, 2021b).

1.5. Conséquences des problèmes de santé mentale à court et long terme

Comme cité ci-dessus, les conséquences sont nombreuses et peuvent s'inscrire dans un Momentum plus long que celui de l'adolescence, voire jusqu'à l'âge adulte comme nous l'avons déjà expliqué plus haut (OMS, 2021a). Comme l'explique l'OMS (2021a) "Outre les nombreuses conséquences de la santé mentale sur le court, le moyen et le long terme sur la santé physique et mentale de l'adolescent, il en est une, qui a des conséquences tragiques, le passage à l'acte suicidaire ou la tentative de suicide". Nous allons approfondir ce corollaire et le développer dans la section suivante.

1.6. Le cas particulier des idéations suicidaires et du passage à l'acte suicidaire chez les adolescents

1.6.1. Introduction

Le suicide est la quatrième cause de mortalité chez les jeunes âgés de 15 à 19 ans dans le monde (OMS, 2021b) et la cinquième cause la plus courante de décès chez les adolescents âgés de 10 à 19 ans (UNICEF, 2021). D'après les estimations de l'UNICEF (2021), dans le monde 45 800 adolescents se suicident chaque année, soit plus d'un jeune toutes les 11 minutes.

En Belgique, les chiffres sont encore plus alarmants. En effet, le suicide est la première cause de décès chez les adolescents (Healthy Belgium, 2022). De surcroît, il faut garder à l'esprit que pour chaque suicide accompli, un nombre bien plus important de tentatives de suicide ont lieu (OMS, 2021c). Au regard de ces données, il nous semble primordial d'aborder le suicide lorsqu'on parle de santé mentale chez l'adolescent. D'autant que le suicide est encore souvent considéré comme un tabou au sein de notre société.

1.6.2. Définitions

Nous allons commencer par définir les idéations suicidaires, le processus suicidaire et finalement le passage à l'acte suicidaire. Les idéations suicidaires sont définies par l'APA Dictionary of Psychology (s.d.) comme des “pensées ou préoccupations concernant le suicide, souvent en tant que symptôme d'un épisode dépressif majeur. La plupart des cas d'idées suicidaires n'aboutissent pas à une tentative de suicide”. Le processus suicidaire est long, complexe et multidimensionnel (Zech, 2021), celui-ci sera expliqué en détail dans le point suivant. “Le passage à l'acte suicidaire intervient au bout d'une longue chaîne de tentatives de la personne pour trouver une issue à sa souffrance” (Prévention du suicide, s.d.; Zech, 2019). Cette souffrance n'a pas qu'une seule origine, le suicide a des causes multifactorielles (Prévention du suicide, s.d. ; Zech, 2019). Il est important de souligner que la personne suicidaire ne souhaite pas mourir, mais arrêter de souffrir (Prévention du suicide, s.d. ; Zech, 2019).

1.6.3. Le processus suicidaire

Comme énoncé dans le point précédent, le processus suicidaire est long, complexe et multidimensionnel (Zech, 2021). L'intention suicidaire est un long processus, en revanche le passage à l'acte peut être impulsif (Zech, 2021). Séguin et

Huon (1999) proposent un modèle du processus suicidaire constitué de cinq phases. Lorsqu'une personne se trouve dans une situation de crise, la première phase est la détresse : durant cette phase la personne recherche des stratégies et des solutions à la crise qu'elle traverse, elle envisage et tente différentes solutions (Séguin & Huon, 1999 cité par Zech, 2021). C'est lors de la deuxième phase qu'apparaissent des idées suicidaires, le suicide apparaît alors comme une des solutions possibles parmi d'autres (Séguin & Huon, 1999 cité par Zech, 2021). Ensuite, les solutions qui ont été expérimentées sont rejetées ou jugées inefficaces par la personne, les possibilités de solutions diminuent. A ce stade, la personne craint souvent ses idées suicidaires. Celles-ci peuvent disparaître et/ou revenir. Le sentiment subjectif d'avoir de moins en moins d'options ou de solutions, donne de plus en plus de place aux idées suicidaires (Séguin & Huon, 1999 cité par Zech, 2021). Les ruminations qui caractérisent la troisième phase du processus suicidaire prennent place et peuvent devenir envahissantes (Séguin & Huon, 1999 cité par Zech, 2021). C'est lors de la quatrième phase qu'il y a une cristallisation des idéations suicidaires et la planification d'un scénario suicidaire. La personne n'envisage plus aucune autre option que le suicide. La situation est insupportable pour la personne et le suicide lui semble subjectivement la seule issue pour arrêter la souffrance. La personne commence une planification concrète : où, quand, comment (Séguin & Huon, 1999 cité par Zech, 2021). La dernière phase du processus suicidaire est le passage à l'acte. Celui-ci peut être lié à un élément déclencheur, qui peut parfois sembler banal. Si la personne n'a pas reçu d'aide, elle met en application son plan suicidaire (Séguin & Huon, 1999 cité par Zech, 2021).

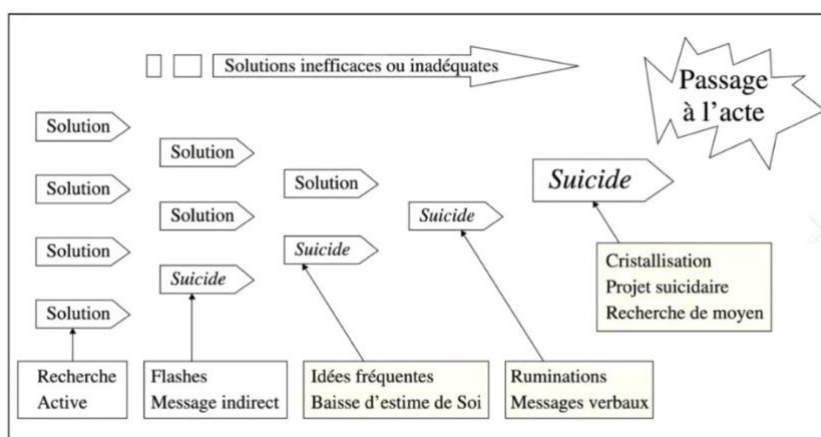


Figure 1 - *Le processus suicidaire. Reproduit à partir de “ Le suicide. Comment prévenir, comment intervenir.”, par Séguin, M. et Huon, P., 1999, p. 72, Conseil québécois pour l'enfance et la jeunesse, Québec : éditions logiques.*

1.6.4. Épidémiologie du suicide chez les adolescents

La prévalence des suicides était remarquablement stable de 1991 à 2003 chez les enfants et les adolescents suisses, en comparaison avec la tendance décroissante chez les adultes (Hepp et al., 2010 cité par Hoekstra, 2020). Comme nous l'avons énoncé précédemment, en Belgique, le suicide est la première cause de décès chez les jeunes (Healthy Belgium, 2022). Dans la tranche d'âge 15-24 ans, 30% des décès masculins et 21% des décès féminins sont dus au suicide (Healthy Belgium, 2022).

1.6.5. Les facteurs de risques du suicide chez les adolescents

Selon Hepp et al. (2010), les facteurs de risques principaux du suicide sont : le fait d'être de sexe masculin, d'être issu d'une famille monoparentale, d'être un enfant unique ou l'enfant du "milieu" dans la fratrie et vivre en zone rurale (Hepp et al., 2010 cité par Hoekstra, 2020). Toutefois, le facteur de risque le plus important selon l'OMS est un antécédent personnel de tentative de suicide (OMS, 2021c). Périsset et Cohen (2003) ont regroupé en trois catégories (primaires, secondaires, tertiaires) les facteurs de risques du suicide chez les adolescents et les jeunes. Dans les facteurs de risques primaires, l'élément le plus prédictif est un antécédent personnel de tentative de suicide. En effet, le risque relatif serait 20 fois supérieur (Périsset & Cohen, 2003). La dépression chronique constitue un facteur de risque de récurrence (Périsset & Cohen, 2003). Dans les facteurs de risques secondaires, « la médiocrité de la qualité des relations intrafamiliales » est le plus souvent retrouvée dans les études selon Périsset et Cohen (2003). En effet, la violence intra-familiale, entre les parents et/ou entre parents et enfants, spécialement si celle-ci s'accompagne de violences sexuelles, fragiliserait l'estime de soi des adolescents (Périsset & Cohen, 2003). Par ailleurs, ils attirent l'attention sur le fait que « la présence d'une psychopathologie parentale (alcoolisme, dépression, comportement suicidaire ou maladie mentale chronique) qui diminuerait la capacité des parents à éduquer et protéger leurs enfants » (Périsset & Cohen, 2003). Un facteur prédictif important pourrait selon Périsset et Cohen (2003) être la tentative de suicide récente d'un ami. Ceux-ci, exposent également les facteurs susceptibles de précipiter une tentative de suicide. Ils énoncent notamment un facteur fréquemment retrouvé qui est l'existence d'un conflit interpersonnel dans la semaine précédant la tentative de suicide, mais citent également « l'existence de problèmes disciplinaires, avec les parents, l'école ou la loi, surtout quand ce conflit s'accompagne d'un sentiment de rejet ou d'humiliation » (Périsset & Cohen, 2003). Concernant les facteurs de risques

tertiaires, Périsset et Cohen (2003) expliquent “qu’être une fille augmente le risque de tentative de suicide, alors qu’être un garçon augmente le risque de décès par suicide”. Périsset et Cohen (2003) expliquent également des différences en termes de facteurs de risques concernant l’âge et le sexe : “le taux de tentatives de suicide augmente avec l’âge chez les filles (4% avant 13 ans et 12% après 18 ans) alors qu’il est relativement stable chez les garçons entre 11 et 19 ans”.

1.7. Conclusion

Dans ce premier chapitre nous avons essayé de circonscrire la santé mentale des adolescents. Tout d’abord, nous avons défini la santé mentale et plus spécifiquement la santé mentale chez les adolescents. Pour cela, nous avons rapporté des éléments épidémiologiques comme l’âge, le sexe et la fréquence, nous avons également parcouru les facteurs de risques et les facteurs de protection de la santé mentale des adolescents. Ensuite, nous avons exposé l’évolution et la dégradation de la santé mentale des adolescents, ainsi que les conséquences qui en découlent. Enfin, nous avons abordé le sujet des idéations suicidaires et du passage à l’acte suicidaire chez les adolescents. Nous avons défini et détaillé le processus suicidaire mais également l’épidémiologie, les facteurs de risques et les facteurs de protection du suicide chez les adolescents.

Chapitre 2 : La pandémie de Covid-19

2.1. Introduction

Dans ce deuxième chapitre, nous allons tout d’abord définir une pandémie ainsi que le virus du COVID-19. Ensuite, nous passerons en revue les aspects chronologiques de l’évolution de la pandémie de COVID-19 de mars 2020 à mars 2022. Enfin, nous aborderons les influences et les conséquences de la pandémie de COVID-19 sur les adolescents et leurs milieux de vie, plutôt que sur le virus lui-même. En effet, selon Ghosh et al. (2020) “les enfants et les adolescents ne sont que très rarement touchés au niveau médical par le COVID-19, mais le sont durement par l’impact psycho-social de la pandémie de COVID-19”. C’est pourquoi, nous allons nous étendre davantage sur la santé mentale des adolescents plutôt que sur leur santé physique. Dans ce chapitre, nous allons exposer les différents types de changements qui ont eu lieu dans le cadre de vie ou l’environnement des adolescents durant la pandémie de COVID-19. Pour terminer, nous aborderons un point spécifique concernant l’utilisation des écrans par les adolescents depuis la pandémie de COVID-19.

2.2. Définition

Selon le Larousse en ligne (s.d.c) une pandémie peut être définie comme : “une épidémie étendue à toute la population d’un continent, voire au monde entier”. Une épidémie, quant à elle, peut être définie comme “le développement et la propagation rapide d’une maladie contagieuse le plus souvent d’origine infectieuse dans une population” (Larousse en ligne, s.d.b). Elle peut être également envisagée comme un phénomène pernicious, nuisible qui atteint un grand nombre d’individus (Larousse en ligne, s.d.b). Le coronavirus ou COVID-19 est une maladie infectieuse causée par le virus SARS-CoV-2 (OMS, 2020b). Celui-ci se présente chez la plupart des individus comme une maladie respiratoire d’intensité légère à modérée, qui ne nécessite pas de traitement particulier. Cependant, certaines personnes tombent gravement malades, plus particulièrement les personnes âgées ou présentant des comorbidités. Ces personnes ont tendance à développer une forme grave qui nécessite des soins médicaux spécifiques (OMS, 2020b). Le coronavirus se transmet principalement par des gouttelettes de salive ou de sécrétions nasales (OMS, 2020b).

2.3. Évolution

Selon le rapport chronologique de l'Organisation Mondiale de la Santé (2020 a), au départ, le coronavirus serait apparu en Chine dans la région de Wuhan durant le mois de novembre 2019. C'est le 5 janvier 2020, que l'OMS communique de manière détaillée, pour la première fois, à tous les États membres l'existence "d'un groupe de pneumonies d'étiologie inconnue" (OMS, 2020a). Le 30 janvier l'OMS déclare l'état d'urgence de santé publique de portée internationale (OMS, 2020a). C'est à la date du 11 mars 2020 que l'OMS annonce que le COVID-19 est officiellement une pandémie (OMS, 2020a). Afin de protéger la population, et d'éviter la propagation du virus, les différents gouvernements confinent leurs populations pendant plusieurs mois. Le premier confinement a eu lieu le 17 mars 2020 en Belgique et dans de nombreux autres pays dans le monde. En effet, à la date du 23 mars 2020, 1,7 milliard de personnes ont été confinées dans plus de 50 pays du monde, la plupart pendant plusieurs mois. Afin de freiner la propagation du virus, des mesures drastiques ont été mises en place en Belgique ainsi que dans la plupart des pays du monde. Cependant, nous avons été confrontés à plusieurs vagues et plusieurs variants du virus entre mars 2020 et mars 2022. Le SPF (service public fédéral) santé publique distingue actuellement (le 22 février 2022), cinq vagues de COVID-19. Selon le SPF Santé Publique (2022), la première vague a eu lieu de janvier 2020 à mai 2020, la deuxième vague d'octobre 2020 à décembre 2020, la troisième vague ainsi que le lancement de la vaccination de janvier 2021 à septembre 2021, la quatrième vague d'octobre 2021 à décembre 2021 et la cinquième de janvier 2022 à aujourd'hui (février 2022) (SPF Santé Publique, 2022). Après plus de 10 mois d'attente, le 5 janvier 2021, la campagne de vaccination officielle démarre en Belgique (Institut belge de la santé Sciensano, 2022). À la date du 16 février 2022, un total de 24 657 348 doses de vaccin COVID-19 avaient été administrées et enregistrées dans Vaccinnet+ en Belgique (Institut belge de la santé Sciensano, 2022). La couverture vaccinale pour la dose de rappel est de 73,3% pour les personnes âgées de 18 ans et plus à cette même date (Institut belge de la santé Sciensano, 2022). Au total, comme annoncé dans le bulletin épidémiologique hebdomadaire du 18 février 2022, la pandémie de COVID-19 aura provoqué en Belgique 3 484 518 cas de contamination confirmés et aura causé le décès de 29 886 personnes depuis le début de l'épidémie jusqu'au 18 février 2022 (Institut belge de la santé Sciensano, 2022). Néanmoins, ces

chiffres restent en constante évolution, et sont donc à revoir continuellement en fonction de l'évolution de l'épidémie (Institut belge de la santé Sciensano, 2022).

2.4. Influences et conséquences de la pandémie de COVID-19 sur l'environnement de l'adolescent, classification selon le modèle écologique de Bronfenbrenner

Nous avons choisi de nous appuyer sur le modèle écologique de Bronfenbrenner (1979) afin d'étudier les conséquences et les influences de la pandémie COVID-19 sur les adolescents (1979). Ce modèle part de l'environnement immédiat de l'individu pour s'étendre à son environnement global, afin d'expliquer les facteurs qui, dans l'environnement familial et communautaire, contribuent à son développement. Nous allons mettre en avant, de manière non exhaustive, les conditions environnementales de vie des adolescents qui pourraient avoir un impact sur leur santé mentale en nous inspirant des travaux de Shen (2020) et Henderson et al. (2020), ceux-ci s'étant appuyés sur le modèle écologique de Bronfenbrenner. Nous allons faire de même en y ajoutant de nouveaux éléments apportés par différents auteurs qui n'ont pas suivi le modèle écologique. L'utilisation de ce modèle nous permettra d'exposer et d'organiser un ensemble, non exhaustif, d'influences et de conséquences sur le développement de l'individu, et ici, plus particulièrement, de l'adolescent depuis la pandémie de COVID-19. Les différents systèmes qui composent le modèle écologique de Bronfenbrenner (1979), à savoir l'ontosystème, le microsystème, le mésosystème, l'exosystème et le macrosystème sont explicités dans les sous-points suivants.

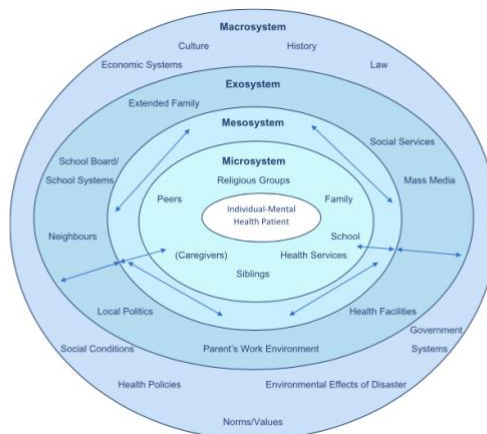


Figure 2 - Le modèle écologique de Bronfenbrenner. Reproduit à partir de “*The Deinstitutionalization of Psychiatric Hospitals in Ghana : An Application of Bronfenbrenner's Social-Ecological Model*”, par Adu, J., & Oudshoorn, A. (2020). .

<https://doi.org/10.1080/01612840.2019.1666327>

Au regard de la complexité de la situation et des différences interindividuelles, nous précisons qu'il est difficile d'être exhaustif à propos des influences et conséquences que peut avoir la pandémie de COVID-19 sur l'environnement de vie des adolescents. Nous avons donc limité notre analyse aux éléments saillants qui ont été identifiés et distingués par différents auteurs.

2.4.1. Ontosystème

L'ontosystème comprend l'ensemble des caractéristiques, des états, des compétences, des habiletés, des vulnérabilités ou des déficits innés ou acquis d'un individu (Bronfenbrenner, 1979). Dans le cadre de ce travail, nous nous intéressons aux adolescents tout-venants. Cependant, ce point particulier abordera également les adolescents ayant des difficultés spécifiques. Les adolescents (tout venants) sont une population particulièrement vulnérable aux facteurs de stress, les adolescents souffrant de troubles mentaux le sont encore davantage (Holmes et al., 2020 cités par Bera et al., 2022). De plus, ces derniers ont eu un accès perturbé aux soins en raison des mesures sanitaires (Hawke et al., 2020 cités par Bera et al., 2022). Leur sensibilité à leur environnement est accrue, les changements provoqués par la pandémie ont potentiellement pu avoir plus d'impact sur ceux-ci (Holmes et al., 2020 ; Cohen, 2020 cités par Bera et al., 2022). Comme l'ont mis en évidence Ghosh et al. (2020), les adolescents ayant des besoins spécifiques en lien avec une déficience intellectuelle et des problèmes tels que des troubles du spectre autistique, des troubles de l'attention et de l'hyperactivité, ont davantage souffert des mesures mises en place pendant la pandémie et les différents confinements, les restrictions sanitaires rendant impossible une visite à leur psychiatre ou à leur conseiller, ou compliquant le suivi des traitements médicamenteux. Selon Hawke et al. (2020), au Canada les adolescents souffrant de troubles mentaux ont été significativement plus affectés par le confinement en termes de bien-être, par rapport aux adolescents de la population générale (Hawke et al., 2020 cités par Bera et al., 2022). De leur côté, Stavridou et al. (2020) ont observé une aggravation des troubles, en particulier chez les adolescents souffrant d'un trouble du développement neurologique, où ils ont constaté une augmentation des comportements dysfonctionnels. Chez les adolescents souffrants de TOC, une aggravation des symptômes a été établie dans 44,6% des cas depuis la pandémie (Nissen et al., 2020 cités par Jones et al., 2021). Concernant les états psychologiques dans lesquels peuvent se trouver les adolescents tout venants, Francisco et al. (2020), exposent que 27,2% des

enfants, adolescents et jeunes adultes craignent une infection au COVID-19. Stavridou et al. (2020) parlent de la peur du COVID-19 comme la “corona phobie”. La peur d’être infecté et/ou de transmettre le virus du COVID-19, pourrait selon Ghosh et al. (2020) ainsi que Rogers et al. (2021) avoir des conséquences durables sur la santé mentale des adolescents. D’après Fish et al. (2020), les adolescents LGBTQ+ ont rencontré et exprimé des difficultés particulières à maintenir leur santé mentale lors de la pandémie et du confinement. Selon ces auteurs, cela pourrait être lié au fait d’être obligé de rester avec des membres de leur famille qui ne les soutiennent pas dans leur identité (Fish et al., 2020 cités par Jones et al., 2021). Les facteurs de risques et de protection de la santé mentale des adolescents qui ont été énoncés dans le premier chapitre (section 1.3.4. et 1.3.5.) peuvent également être pris en compte dans cette section sur l’ontosystème concernant les caractéristiques, les habiletés et vulnérabilités des individus.

2.4.2. Microsystème

Le microsystème réfère à l’environnement immédiat de l’individu, comme la famille, l’école, le groupe de pairs, etc. (Bronfenbrenner, 1979). La pandémie de COVID-19 a eu une influence considérable sur de nombreux aspects de l’environnement immédiat des adolescents, en voici les plus fréquemment identifiés. Les quarantaines et les confinements sont en tant que tels un changement majeur dans l’environnement immédiat de l’adolescent. Selon Dubey et al. (2020), le fait d’être en quarantaine sur une longue période peut avoir des effets négatifs durables sur la santé mentale des jeunes. A court terme, le confinement obligatoire peut entraîner l’irritabilité, la colère, la confusion, la frustration, la solitude, le déni et le désespoir (Dubey, 2020). À long terme, il a été démontré que la quarantaine forcée peut provoquer un syndrome de stress post-traumatique (SSPT) chez les enfants (Dubey, 2020 ; Shen, 2020). L’isolement social en lien avec la situation sanitaire est un point important concernant le microsystème qui a été abordé par plusieurs auteurs. Selon Francisco et al. (2020), le nombre de personnes vivant à la maison contribue de manière significative aux altérations de l’humeur des enfants et adolescents. Ils émettent l’hypothèse qu’ayant des interactions sociales restreintes, particulièrement pendant le confinement, l’interaction avec les frères et sœurs acquiert une importance encore plus grande en termes de bien-être psychologique (Francisco et al., 2020). Le soutien des pairs lors de l’adolescence est un élément crucial à la formation et la validation de leur identité (Shen, 2020). L’isolement social est associé à un risque accru de dépression et d’anxiété, qui augmente

en fonction de la durée de l'isolement (Shen, 2020). L'isolement a également été associé à des idées suicidaires, à l'automutilation et à des comportements à risque de troubles alimentaires (Loades et al., 2020). Selon les résultats avancés par Stavridou et al. (2020), la situation imposée par la distanciation sociale et l'isolement, a provoqué de la détresse, de la frustration, de l'irritabilité, du désespoir, un manque d'intérêt ou de plaisir pour les activités, une réduction des activités de plein air, une utilisation intensive des téléphones portables et des émotions négatives à propos du COVID-19 (Brooks et al., 2020 ; Xie et al., 2020 cités par Stavridou et al., 2020 ; Zhou et al., 2020). L'isolement social et le sentiment de solitude peuvent conduire au développement de symptômes d'anxiété et de dépression chez les enfants et les adolescents (Loades et al., 2020). Les effets néfastes que peuvent avoir la quarantaine, le confinement ou l'isolement social sur la santé mentale des adolescents sont collectivement pointés du doigt (Ghosh et al., 2020 ; Shen, 2020 ; Henderson et al., 2020 ; Dubey, 2020 ; Francisco et al., 2020 ; Bera et al., 2022).

Selon l'étude menée par Francisco et al. (2020), la taille du logement n'a pas de conséquences sur la santé mentale des enfants et des adolescents. Cependant, le nombre de personnes habitant dans ce logement pendant la période de quarantaine a une influence significative sur les symptômes d'humeur des enfants et des adolescents (Francisco et al., 2020). En effet, le fait d'avoir moins de personnes dans le logement est lié au fait d'avoir plus de symptômes d'humeur (Francisco et al., 2020). Un autre élément mis en avant par l'étude de Francisco et al. (2020) concernant la période de quarantaine, est le fait de disposer ou non d'un espace extérieur à la maison comme un jardin ou une terrasse. Les enfants et les adolescents ne disposant pas d'un espace extérieur pendant la période de confinement sont plus susceptibles de présenter des symptômes d'anxiété, de sommeil, de comportement, d'alimentation et d'altérations cognitives que les enfants et adolescents qui ont pu disposer d'un extérieur pendant cette période (Francisco et al., 2020). Le stress parental lié à une perte d'emploi, des problèmes financiers, la fermeture des écoles ou l'école en ligne, le système de garde d'enfants, l'insécurité alimentaire et de logement... (Lawson et al., 2020 ; Rosenthal & Thompson, 2020 cité par Henderson ; Shen, 2020) sont des éléments pouvant entraîner une détérioration de la santé mentale des parents et des adultes du cercle immédiat de l'adolescent. Cela peut par conséquent contribuer à une augmentation des risques de stress, une détérioration de santé mentale et une augmentation de maltraitance chez les

adolescents (Henderson et al. 2020 ; Shen, 2020). Selon Shen (2020), Ghosh et al. (2020) et Henderson et al. (2020). Depuis la pandémie de COVID-19, les enfants sont confrontés à un risque accru de négligence, de violence domestique et de maltraitance. Cependant, une mise en garde est signalée par certains auteurs, en effet, une potentielle diminution pourrait apparaître dans les chiffres, ils expliquent que le signalement des cas de maltraitance et de négligence est plus difficile, et ce partiellement en lien avec la fermeture des écoles, les enseignants étant la principale source de signalements (Shen, 2020 ; Henderson et al., 2020). L'UNICEF (2020) mentionne que les signalements de maltraitance, de négligence, d'exploitation et de violence domestique à l'égard des enfants connaissent une hausse catastrophique au moment de la pandémie et du confinement. Une augmentation de ces chiffres aurait déjà été observée dans d'autres situations d'urgence de santé publique comme lors du virus Ebola (UNICEF, 2020). Les périodes de crise économique seraient particulièrement connues pour être associées à une augmentation de la violence domestique (Schneider et al., 2017 cités par Bera et al., 2022). Les pertes familiales, comme les deuils ou les séparations temporaires, par exemple, pour cause d'hospitalisation (sans que des visites soient possibles) ou de placement en institution peuvent affecter de manière considérable la santé mentale des adolescents (Shen, 2020 ; Henderson et al., 2020 ; Ghosh et al., 2020).

2.4.3. Mésosystème

Le mésosystème est composé des différents microsystèmes de l'individu et constitue le réseau de connexions ou de relations entre les microsystèmes comme, par exemple, les réseaux qui se tissent entre la famille de l'adolescent et l'école ou les soins de santé (Bronfenbrenner, 1979). L'interruption perpétuelle de la scolarité (Shen, 2020 ; Henderson et al., 2020), ainsi que les différentes options que nous avons eues en Belgique, fermeture ou "mi-temps" à l'école, co-modal, distanciel complet, ... ont eu un impact considérable sur les adolescents et leur santé mentale. La continuité de l'enseignement à domicile a été un défi majeur pour les adolescents et leurs familles et a pu contribuer au renforcement des inégalités préexistantes (Bera et al., 2022). Comme le soulignent Ghosh et al. (2020) l'école a une importance capitale dans la santé mentale des adolescents et est une ressource importante en matière de liens sociaux, de construction de l'identité, etc.. Selon Orben et al. (2020), l'école et les activités extrascolaires sont des lieux qui permettent la socialisation et la fréquentation du groupe de pairs, ce qui joue un rôle essentiel dans la trajectoire développementale de

l'adolescent, plus que dans toute autre étape de la vie (Orben et al., 2020 cité par Bera et al., 2022). Le lien entre les parents et l'école ou les activités extra-scolaires de l'adolescent n'ont été que très difficilement maintenues à la suite des restrictions sanitaires. Au niveau du mésosystème, l'élément qui semble le plus saillant est la difficulté d'accessibilité aux soins de santé mentale (Shen, 2020 ; Henderson et al., 2020 ; Ghosh et al., 2020 ; Maes, 2021). Pour les professionnels de la santé, la difficulté est double, celle de mettre en place une prise en charge adéquate et de pouvoir maintenir un suivi déjà entamé avant la pandémie de COVID-19.

2.4.4. Exosystème

L'exosystème concerne l'environnement externe qui influence le développement de l'individu de manière indirecte, comme par exemple, le lieu de travail du parent ou le gouvernement (Bronfenbrenner, 1979). Les adolescents dont les parents sont des travailleurs essentiels ont eu une expérience différente de leurs camarades : ils n'ont pas pu "profiter" de la pandémie en particulier pendant des périodes de confinements pour renforcer les liens avec leurs parents comme en ont eu l'occasion les autres adolescents (Ghosh et al., 2020). Comme mentionné par Bera et al. (2022), le confinement a été pour certains l'occasion d'améliorer les relations familiales, alors que pour d'autres, il a pu signifier une augmentation des conflits domestiques. Plus spécifiquement, les adolescents qui ont des parents soignants, des "héros" de première ligne dans cette pandémie, ont un vécu particulier avec une ambivalence entre la fierté, la peur de la contamination, et l'indisponibilité de leur parent concernant la vie familiale (Ghosh et al., 2020). Selon Ghosh et al. (2020), ces adolescents peuvent avoir des conséquences psychologiques sur le long terme comme de la colère et du mépris envers la société. En Belgique, les décisions du gouvernement au long de la gestion de la crise sanitaire du COVID-19, ont eu une influence plus ou moins considérable sur l'environnement de vie des adolescents. Ceux-ci n'auraient pas été pris en compte dans les décisions et la gestion de cette crise sanitaire (Maes, 2021). Des mouvements spontanés et citoyens comme celui de 'Trace ton cercle' (2021), apparus durant cette période, semblent représenter un indicateur de l'inquiétude des adultes et des soignants autour des adolescents. Comme le souligne Maes (2021), les enfants et les adolescents ne sont pas représentés dans le monde politique, leur pouvoir d'influence est donc inexistant. Un autre élément, la stigmatisation des adolescents testés positifs au COVID-19, entraîne une certaine forme de discrimination de l'entourage direct et indirecte

(Shen, 2020). En Belgique, les adolescents et les jeunes ont particulièrement été stigmatisés par le gouvernement comme vecteur du virus. Selon Maes (2021), pendant la pandémie, “le discours à l’encontre des jeunes a souvent été très violent, ils ont été considérés comme vecteurs du virus, et donc dangereux pour leur entourage”. Pourtant, selon Maes (2021) ce sont les jeunes qui furent les plus impactés par les mesures sanitaires.

2.4.5. Macrosystème

Le macrosystème représente le contexte culturel ou l'environnement socioculturel et les facteurs qui ont un impact indirect sur l'individu, comme les croyances, les valeurs, la culture et ce qui détermine le fonctionnement social (Bronfenbrenner, 1979). Le macrosystème a une influence sur l'ensemble des autres systèmes. La pandémie que nous traversons depuis deux ans (écriture en mars 2022) a bouleversé le fonctionnement social de notre société, cette situation totalement inédite nous a fait vivre des expériences qui nous auraient été difficilement imaginables auparavant, comme par exemple, l'instauration d'un couvre-feu en Belgique. La crise sanitaire a entraîné un bouleversement complet de l'organisation de la société, de ses institutions, de son économie ainsi qu'une réorganisation des relations familiales (Bera et al., 2022). Les différentes croyances, valeurs, opinions qui ont pu coexister dans les familles jusqu'à la pandémie, ont été bousculées par les sujets directement ou indirectement liés au COVID-19 et ont probablement bouleversé certaines d'entre elles. Le sujet de la vaccination semble avoir creusé un fossé dans la population belge, créant une scission entre les “pro-vaccin” et les “anti-vaccination”. Ce fossé semble entraîner des difficultés relationnelles intra et/ou extra-familiales inédites, chaque individu ayant ses propres croyances, valeurs et opinions sur le sujet. Les adolescents n'ont pas été épargnés par ces problématiques. Le début de la guerre en Ukraine, le 24 février 2022, a probablement pour certains apporté de nouvelles raisons de s'inquiéter étant donné l'incertitude liée à la situation. Ce climat d'insécurité, pourrait bouleverser le sentiment de liberté (et de sécurité) retrouvé très récemment suite à l'arrêt des mesures sanitaires et le retour à la vie “normale” (en février 2022). Pourtant, le besoin de sécurité et d'autonomie ou d'exploration sont des éléments cruciaux à l'adolescence (Atger et al., 2017).

2.5. Point spécifique sur l'utilisation des écrans pendant la pandémie de COVID-19 chez les adolescents

L'étude menée par Francisco et al. (2020) dans plusieurs pays Européens révèle que l'utilisation quotidienne des écrans par les adolescents a sensiblement augmenté pendant la quarantaine. Le temps d'écran d'un adolescent est passé de 30 à 60 minutes par jour avant le confinement, à plus de 3 heures par jour pendant le confinement pour la majorité des adolescents. Celui-ci a augmenté, non seulement à des fins éducatives, mais aussi pour des activités de loisirs, avec une utilisation excessive des médias sociaux, des jeux en ligne et des films (Oosterhoff et al., 2020 cité par Stavridou et al., 2020). Shen (2020) explique que les enfants peuvent avoir recours aux jeux d'argent, aux jeux vidéo, aux achats en ligne ou à la pornographie comme stratégies d'adaptation pour réduire le stress et l'anxiété ou encore pour atténuer une humeur dépressive (Kiraly et al., 2020 cité par Shen, 2020). De plus, l'augmentation du temps passé sur les écrans par les adolescents les expose davantage à tous types de cyber-violence (Shen, 2020 ; Ghosh et al., 2020). Les recherches suggèrent que l'augmentation du temps passé devant l'écran et l'utilisation accrue des médias sociaux peuvent accroître le risque de développer des problèmes de santé mentale (Riehm et al., 2019 ; Twenge et al., 2018 cité par Henderson et al., 2020). Le temps d'écrans s'étant considérablement accru chez les adolescents amène une préoccupation supplémentaire pour leurs problèmes de santé mentale. (Henderson et al., 2020). Selon Keles et al. (2020), il existerait une corrélation entre le temps et l'investissement dans les médias sociaux et les niveaux de dépression, d'anxiété et de détresse psychologique (Keles et al., 2020 cité par Gyessoum et al., 2020).

2.6. Conclusion

Dans de ce deuxième chapitre, nous avons tenté de comprendre la pandémie de COVID-19 ainsi que ses implications sur le quotidien des adolescents. Pour ce faire, nous avons tout d'abord défini la pandémie et détaillé son évolution. Ensuite, nous avons passé en revue les influences et conséquences de la pandémie de COVID-19 sur l'environnement de vie et le quotidien des adolescents. Afin d'exposer celles-ci de manière organisée nous avons suivi le modèle écologique de Bronfenbrenner. Ainsi, nous avons abordé dans l'ordre : l'ontosystème, le microsystème, le mésosystème, l'exosystème, le macrosystème. Ceci nous a permis de clarifier et d'avoir une vision

globale des influences et conséquences possibles. Enfin, nous avons abordé un point spécifique sur l'utilisation des écrans durant la période pandémique.

Chapitre 3 : La santé mentale des adolescents pendant la pandémie de COVID-19

3.1. Introduction

Dans ce troisième chapitre, nous allons exposer les implications et les conséquences de la pandémie de COVID-19 sur la santé mentale des adolescents. Tout d'abord nous exposerons les aspects épidémiologiques ainsi que les facteurs de risque et de protection spécifiques à la pandémie. Ensuite, nous aborderons l'évolution de la santé mentale des adolescents au cours de la pandémie ainsi que les principales conséquences sur celle-ci. Enfin, comme dans le premier chapitre, nous aborderons un point spécifique pour les idéations suicidaires et le passage à l'acte suicidaire.

Toutefois, les éléments que nous allons exposer ressortent principalement des premières études menées lors des premières vagues et presque uniquement lors de la première année de la pandémie de COVID-19. Les études reprises dans ce chapitre ont une certaine disparité concernant notamment la tranche d'âge ou les pays étudiés, ce qui rend difficile, à ce stade, d'obtenir des résultats précis, clairs et univoques.

Comme souligné par la grande majorité des auteurs, la littérature actuelle ne dispose que de très peu de données sur les implications de la pandémie de COVID-19 sur la santé mentale des adolescents (Rogers et al., 2021 ; Magson et al., 2021 ; Chadi et al., 2022 ; Jones et al., 2021 ; Ford et al., 2021). Par exemple, Magson et al. (2021), pointent le manque de recherches longitudinales. Quant à eux, Chadi et al. (2022), mettent en avant le manque de recherches et de données spécifiques pour les tranches d'âge des adolescents et la difficulté de tirer des conclusions. À leur tour, Jones et al. (2021) s'inquiètent de l'impact grave et durable de la pandémie sur la santé mentale et physique des adolescents (Jones et al., 2021) tout en exposant l'impossibilité de faire un bilan psychologique global par manque de données. Toutefois, certains résultats semblent représenter des tendances intéressantes que nous allons exposer dans la suite de ce chapitre. Nous allons tenter d'exposer les grandes lignes qui ressortent de ces premières études, mais comme rapporté par Ford et al. (2021), la détérioration de la santé mentale des jeunes n'est pas uniforme. Une certaine prudence doit être de mise concernant les éléments que nous allons exposer dans la suite de ce chapitre.

3.2. Définition et spécificités

La santé mentale et la pandémie de COVID-19 ont été définies dans les chapitres précédents. Dans cette section, nous avons tenté d'évaluer les implications et conséquences que la pandémie de COVID-19 a eu et/ou continue d'avoir sur la santé mentale des adolescents.

Notre travail de recherche a été malaisé, par la disparité entre les différentes études. Celles-ci ont eu lieu dans différentes régions du monde avec des restrictions sanitaires différentes, selon des timings différents, à des périodes différentes, durant des périodes différentes et parfois également sur des adolescents de tranches d'âge différentes. La recherche de données et la réalisation d'études, étant chronophage et probablement encore davantage en temps de pandémie, peuvent ne plus être représentatives de la situation actuelle concernant la santé mentale des adolescents. Cet élément primordial est à garder en tête lors de la lecture de ce travail. Cette problématique est abordée plus en profondeur dans la section discussion.

3.3. Épidémiologie

Selon de nombreux experts, la constellation de facteurs que nous avons partiellement exposée dans le deuxième chapitre, a créé une 'tempête parfaite' qui pourrait précipiter l'apparition des troubles de santé mentale chez les adolescents ou entraîner une aggravation des troubles préexistants (Jones et al., 2020 ; Chadi et al., 2022).

Cependant, il est actuellement difficile, voire impossible, d'exposer des résultats et observations générales sur la santé mentale des adolescents de ces deux dernières années. De nombreuses études dispersées à travers le monde rapportent des chiffres, certains rassurants, d'autres alarmants. Comme nous l'avons déjà expliqué plus haut, les chiffres ne concernent pas toujours la même tranche d'âge, ne s'étendent pas sur les mêmes périodes, dans des régions ou pays avec des règles et restrictions liées à la pandémie qui ont pu être très différentes les unes des autres. Mais surtout, ces études ne s'intéressent pas toutes aux mêmes problématiques de santé mentale, par exemple certaines vont s'intéresser aux symptômes dépressifs, alors que d'autres s'intéresseront aux troubles du comportement alimentaire, ou encore au retrait social. La disparité concernant principalement les aspects de santé mentale des adolescents entre les études est conséquente et rend les comparaisons entre études compliquées. En effet, il est

actuellement difficile de tirer des conclusions épidémiologiques précises, au vu de la disparité importante des recherches.

Néanmoins, dans la suite de ce chapitre nous allons aborder des données relatives aux recherches qui exposent des données (préliminaires) sur le début de la pandémie. Et ce afin de nous donner une idée de la situation lors de cette période, en mentionnant, par exemple, l'étude internationale menée auprès d'un large échantillon d'enfants et d'adolescents (1-19ans) par Schmidt et al. (2021). Cette étude fait état des différences en ce qui concerne la santé mentale des adolescents selon l'âge, le sexe, l'exposition et l'évaluation du COVID-19, le fait d'avoir suivi une psychothérapie avant le début de la pandémie et la santé mentale des parents (Schmidt et al., 2021).

3.3.1. Âge

Malheureusement, quasiment aucune étude ne s'est, jusqu'à présent, intéressée en profondeur aux différentes tranches d'âges parmi les adolescents. Ceux-ci semblent être abordés dans la plupart des études comme un groupe homogène allant du début de la puberté à l'entrée dans l'âge adulte. Néanmoins, une étude sur le sujet menée par Raymond et al. (2022), a constaté que le niveau de détresse serait moins important chez les pré-adolescents ou jeunes adolescents de moins de 12 ans que chez les adolescents de plus de 12 ans. D'autres tranches d'âge n'ont pas été étudiées plus précisément dans cette étude.

3.3.2. Sexe

Des différences de genre ont été observées par différents auteurs concernant la santé mentale des adolescents. Les filles semblent avoir une moins bonne santé mentale que les garçons sur cette période. En effet, Raymond et al. (2022), ont constaté que le sexe était un facteur prédictif du niveau de détresse lié à la pandémie, les filles étant plus susceptibles de souffrir d'une détresse élevée. Celles-ci montrent plus de déclin dans leur santé mentale que les garçons (Magson et al., 2021). Plus précisément, elles sont sujettes à une augmentation significative des symptômes dépressifs et d'anxiété, ainsi qu'une diminution significative de la satisfaction de vie. Quant aux relations sociales, ce sont à nouveau les filles qui ont perçu une augmentation plus importante des conflits avec leurs amis (Rogers et al., 2021). En revanche, dans l'étude menée par Francisco et al. (2020), les adolescents de sexe masculin présentaient de plus importantes altérations du comportement et de l'alimentation, ainsi qu'un niveau plus élevé d'anxiété. En effet, contrairement à d'autres résultats, cette étude a observé des

niveaux plus élevés de comportements d'externalisation chez les garçons que chez les filles (Francisco et al., 2020). Cependant, ces données ont été récoltées par Francisco et al. (2020) en mars et avril 2020 dans différents pays du sud de l'Europe, ce qui correspond à la première vague de la pandémie, ceci doit donc être pris en considération dans l'observation de ces résultats.

3.3.3. Fréquence

À l'échelle mondiale, les adolescents connaissent des taux plus élevés d'anxiété, de dépression et de stress en raison de la pandémie (Jones et al., 2021). Que ce soit aux États-Unis ou à l'étranger, Jones et al. (2021) exposent que la pandémie de COVID-19 a eu un impact considérable sur la santé mentale des adolescents. Au tout début de la pandémie (mars 2020), Zhou et al. (2020) ont observé des symptômes dépressifs chez 43,7% d'adolescents chinois et des symptômes d'anxiété chez 37,4% d'entre eux. A leur tour, Leeb et al. (2020) ont constaté une augmentation de 31% des visites aux urgences pédiatriques pour des raisons de santé mentale aux États-Unis à partir de mars 2020, comparé à la même période en 2019. Ces chiffres restent nettement plus élevés jusqu'en octobre 2020, ce qui correspond à la fin de l'étude, et non pas à une baisse de fréquentation des urgences pédiatriques. Aux États-Unis entre autres, des différences selon les origines ethniques ont été mises en avant par Rogers et al. (2021). Les adolescents afro-américains ont perçu un soutien familial supérieur aux adolescents blancs (Rogers et al., 2021). Ces derniers ont perçu une augmentation plus importante des conflits familiaux que les adolescents latino-américains (Rogers et al., 2021). Une différence au niveau du lieu de résidence a également été observée par Rogers et al. (2021) sur la santé mentale des adolescents américains. Les adolescents vivant dans une communauté urbaine ont perçu une baisse plus importante au niveau de leurs affects positifs mais un temps plus important passé en famille que les adolescents vivant dans une communauté rurale (Rogers et al., 2021). Actuellement, même s'il semble y avoir un certain consensus sur un chamboulement important de la santé mentale des adolescents, des chiffres précis, nationaux et internationaux ne sont pas encore disponibles.

3.4. Facteurs de risque et de protection spécifiques à la pandémie

Selon l'étude COPSY (Ravens-Sieberer et al., 2020), deux types de ressources peuvent être mises en avant afin de renforcer la qualité de vie liée à la santé des enfants et adolescents pendant la pandémie. Premièrement, les ressources de type personnel

comme le fait d'envisager l'avenir avec optimisme et confiance (Ravens-Sieberer et al., 2020). Deuxièmement, les ressources familiales comme le fait de passer beaucoup de temps avec ses parents (Ravens-Sieberer et al., 2020). Pendant la pandémie, le maintien des routines par un environnement familial structuré et prévisible prédit de manière robuste une meilleure santé mentale de l'enfant (Glynn et al., 2021). De plus, cet effet protecteur se maintient, peu importe le revenu, le statut parental, l'insécurité alimentaire ou la dépression et le stress maternel (Glynn et al., 2021). Même si cette étude se base sur des enfants et préadolescents plutôt que sur des adolescents, nous pensons qu'il est intéressant de souligner que ces éléments pourraient constituer des facteurs de protection également pour les adolescents. Le niveau d'information et de prévention sur le COVID-19 serait mis en évidence dans une étude de Zhou et al. (2020) comme étant corrélé négativement à la santé mentale des adolescents, ceci ayant été constaté durant la première vague de la pandémie. Selon Rogers et al. (2021), le soutien perçu des adolescents de la part de leurs amis serait négativement associé à des symptômes dépressifs chez l'adolescent. De nouveau, cette recherche a eu lieu lors de la première vague de la pandémie. Le soutien social, les capacités d'adaptation positives et les discussions parents-enfants pourraient, selon Jones et al. (2021), avoir un impact positif sur la santé mentale des adolescents. Ces éléments pourraient être considérés comme des facteurs de protection pour la santé mentale des adolescents. Chadi et al. (2022), mettent l'accent sur plusieurs facteurs de risques liés à la pandémie, voire au confinement. Ces facteurs sont l'accès réduit aux services de santé mentale, mais aussi au soutien psychologique disponible en milieu scolaire. Ces auteurs mettent également en avant l'importance de l'activité physique dans le maintien de la santé mentale (Chadi et al., 2022). L'isolement et la solitude seraient négativement corrélées à la santé mentale des adolescents, la durée de l'isolement serait proportionnelle au développement de symptômes psychiatriques (Loades et al., 2020). Selon Magson et al. (2021), les difficultés d'apprentissage en ligne et l'augmentation des conflits avec les parents prédisent l'augmentation des problèmes de santé mentale chez les adolescents pendant la pandémie. Alors que l'adhésion aux directives de rester à la maison et le fait de se sentir socialement connecté pendant le confinement auraient un effet protecteur sur la santé mentale des adolescents. Cependant, ces observations doivent être prises avec précaution, car elles sont faites pendant la première vague de la pandémie et comme nous allons l'aborder dans le point suivant, des changements majeurs ont pu avoir lieu au cours de l'évolution de la pandémie concernant la santé mentale des

adolescents. Ces éléments rapportés par différents auteurs peuvent nous éclairer sur les potentiels facteurs de risques et de protection des adolescents pendant cette pandémie. Nous les avons regroupés dans un tableau comparatif afin d’apporter plus de clarté.

Potentiels facteurs de risques et de protections de la santé mentale spécifiques à la pandémie de COVID-19 :

FACTEURS DE RISQUES	FACTEURS DE PROTECTION
Difficultés d’apprentissage en ligne	Ressources personnelles (optimisme)
Augmentation des conflits avec les parents	Ressources familiales (passer beaucoup de temps en famille)
Accès réduit aux services de santé mentale	Maintien des routines, environnement familial structuré et prévisible
Accès réduit au soutien psychologique en milieu scolaire	Se sentir socialement connecté
Solitude	Soutien social
Isolement	Discussion parents-enfant
Information et prévention sur le COVID-19	Capacités d'adaptations positives
Diminution dans le soutien perçu des amis	Activité physique

3.5. Évolution au cours de la pandémie

Il est difficile d’établir un tableau de la situation concernant la santé mentale des adolescents. Comme souligné par de nombreux auteurs, peu de recherches ont été menées sur cette tranche d’âge, et celles qui existent sont difficilement comparables car présentent une hétérogénéité importante (Rogers et al. 2021 ; Magson et al., 2021 ; Chadi et al., 2022 ; Jones et al., 2021 ; Ford et al., 2021). En comparant les résultats de plusieurs études et en restant attentifs au décours temporel de la pandémie, plusieurs éléments semblent ressortir.

Commençons par la première vague, au printemps 2020, les implications de la pandémie sur la santé mentale des adolescents est très nuancée, voire contradictoire. Certains résultats révèlent une amélioration, alors que d’autres ne révèlent pas de changement ou encore une détérioration de leur santé mentale. En effet, d’un côté, Ford et al. (2021), rapportent que des études menées sur un large échantillon d’adolescents en Angleterre révèlent que jusqu’à l’été 2020 certains adolescents se sont sentis plus heureux qu’avant le début de la pandémie (Mansfield et al., 2020 cité par Ford et al.,

2021). Une autre étude, rapporte qu'un quart des jeunes trouvent que le confinement a amélioré sa vie (Vizard et al., 2020 cité par Ford et al., 2021). Bruining et al. (2021) parlent de certains adolescents chez qui les changements de vie en lien avec la pandémie ont amélioré leur bien-être mental, de nouveau cette recherche prend fin début de l'été 2020.

D'un autre côté, l'étude longitudinale menée par Magson et al. (2021) en Australie révèle que les adolescents ont connu une augmentation significative des symptômes dépressifs et d'anxiété, ainsi qu'une diminution significative de la satisfaction de vie lors de la première vague (printemps 2020).

Certaines études, comme celle menée par Cost et al. (2021) révèlent une certaine ambivalence avec un déclin de la santé mentale de 70% des adolescents, mais également une amélioration de la santé mentale chez 19 à 30% des adolescents. D'autres études semblent ne pas particulièrement mettre en avant une amélioration ou une détérioration de leur santé mentale. Notamment, l'étude menée par Rogers et al. (2021a), qui révèle qu'un quart des adolescents Américains n'ont trouvé aucun aspect positif aux changements engendrés par le COVID-19 dans leur vie lors d'une évaluation en avril 2020 (première vague).

Chadi et al. (2022) rapportent que selon plusieurs données longitudinales provenant de différentes recherches, une augmentation des symptômes dépressifs a été constatée chez les adolescents et les jeunes dès le début de la pandémie (par rapport aux niveaux pré-pandémiques). D'autre part, de nombreux auteurs précisent que certains signes d'amélioration ont été observés pendant l'été 2020 (Barendse et al., 2021; Breaux et al., 2021; Daly & Robinson, 2021; Daly et al., 2020; Newlove-Delgado et al., 2021; Pierce et al., 2020; Watkins-Martin et al., 2021 cité par Chadi et al., 2022), ce qui pourrait expliquer partiellement les différences entre les chiffres rapportés.

D'autres auteurs comme Bera et al. (2022) pointent l'évolution dans la manifestation de la détérioration de la santé mentale des adolescents au fur et à mesure de l'avancement de la pandémie. En effet, selon Bera et al. (2022), durant la première vague une augmentation des symptômes d'internalisation a pu être constatée chez les adolescents, en particulier l'anxiété, la dépression et les troubles du comportement alimentaire. Alors qu'à ce moment là, l'impact de la pandémie sur les symptômes d'externalisation était moins clair, il semblait concerner principalement les adolescents présentant des troubles du comportement préexistants (Bera et al., 2022).

C'est au cours de la deuxième vague et des suivantes, qu'une recrudescence des idées suicidaires et des tentatives de suicide chez les adolescents a été signalée dans de nombreux pays (Bera et al., 2022).

Afin d'apporter une vision plus globale de l'évolution de la santé mentale des adolescents lors de la pandémie, nous avons pensé qu'il était intéressant de nous pencher sur l'étude longitudinale menée par Raymond et al. (2022). Celle-ci a débuté en 2017 et comprend quatre récoltes de données lors de la pandémie, à savoir, juin 2020, septembre 2020, décembre 2020 et mars 2021. Cette dernière peut nous éclairer concernant l'évolution de la santé mentale des adolescents sur trois aspects qui sont les symptômes dépressifs, le stress post traumatique (PTSD) et l'anxiété. En revanche, nous devons préciser que celle-ci a eu lieu avec des adolescents tout-venant, ayant eu une bonne santé mentale prépandémique (mesures prises de 2017 à 2019). Les résultats de cette étude semblent de plus en plus inquiétants au fil des récoltes de données durant la période pandémique. En effet, concernant les symptômes dépressifs, les adolescents montraient des niveaux similaires en juin 2020, alors qu'à partir de septembre 2020, les plus de 12 ans montraient des niveaux bien plus élevés et en constante augmentation jusqu'à mars 2021 (Raymond et al., 2022). Les niveaux de symptômes dépressifs étaient plus élevés pour les filles que pour les garçons, même si les deux sexes présentaient une augmentation à partir de septembre 2020 (Raymond et al., 2022). Concernant le stress post traumatique (PTSD), Raymond et al. (2022) ont démontré une augmentation importante et constante entre juin 2020 et mars 2021 pour les adolescents de plus de 12 ans. Par contre, la tendance s'inverse pour les préadolescents de moins de 12 ans (entre 9 et 11 ans), pour ceux-ci, les symptômes de PTSD étaient de moins en moins importants en fonction de l'avancement de la pandémie, et ce jusqu'à mars 2021 (Raymond et al., 2022). Les filles et les garçons semblaient avoir un niveau de symptômes stable, (voire légèrement décroissant,) entre juin 2020 et décembre 2020. Cependant, en mars 2021, une hausse très importante des symptômes PTSD était rapportée chez les filles (Raymond et al., 2022). Quant à eux, les symptômes d'anxiété avaient augmenté de manière plus importante chez les filles que chez les garçons (Raymond et al., 2022). L'augmentation de l'anxiété chez les adolescents de plus de 12 ans était en croissance constante entre juin 2020 et mars 2021 (Raymond et al., 2022). Leurs niveaux sont globalement plus élevés que pour les adolescents de moins de 12 ans (jeunes ou préadolescents) (Raymond et al., 2022). L'anxiété semble avoir diminué

légèrement en septembre 2020 par rapport à juin 2020, principalement chez les garçons et les adolescents de moins de 12 ans peu importe leur sexe (Raymond et al., 2022).

En résumé, il semble que les données concernant les symptômes dépressifs, le stress post-traumatique et l'anxiété mettaient en exergue une détérioration de la santé mentale des adolescents entre juin 2020 et mars 2021, et celle-ci ne semblait pas annoncer une amélioration pour les prochains mois (Raymond et al., 2022). Actuellement, les chiffres pour la période après mars 2021 ne sont pas disponibles.

3.6. Conséquences sur la santé mentale des adolescents

3.6.1. Introduction

Les conséquences de la pandémie de COVID-19 sur la santé mentale des adolescents sont nombreuses et disparates. De nombreux auteurs abordent l'une ou l'autre conséquence de manière isolée. Certains auteurs tentent d'apporter une vision globale, notamment Chadi et al. (2022) qui mettent l'accent sur les conséquences de la pandémie sur la santé mentale des adolescents en les regroupant en plusieurs catégories : les troubles internalisés et externalisés, les risques suicidaires, les troubles alimentaires et l'usage de substances. De même Bera et al. (2022) mettent en avant l'impact de la pandémie de COVID-19 sur 6 aspects émotionnels et/ou comportementaux selon deux catégories : les troubles internalisés (qui contiennent les troubles anxiodépressifs, les troubles du stress post traumatique et les troubles du comportement alimentaire) et les troubles externalisés (qui contiennent les idéations suicidaires et tentatives de suicide, les comportement addictifs ou l'usage de substances, les troubles du comportement et l'agressivité). Nous allons tenter de les résumer et de les regrouper afin d'apporter une vision globale de cette problématique.

3.6.2. Principales conséquences sur la santé mentale des adolescents

Une augmentation plus qu'inquiétante du nombre d'adolescents souffrant de troubles du comportement alimentaire a été constatée à travers le monde depuis le début de la pandémie (Chadi et al., 2022). En effet, au Canada et ailleurs dans les pays développés, les services pédiatriques spécialisés en troubles du comportement alimentaire ont vu une augmentation sans précédent du nombre de consultations et d'hospitalisations. Et ce, principalement pour des troubles restrictifs (Solmi et al., 2021 ; Szklarski, 2021 cité par chadi et al., 2022 ; Haripersad et al., 2021). En Australie, une étude menée dans un hôpital pour enfants a révélé une augmentation de 104% du nombre de patients anorexiques de moins de 16 ans admis pour une stabilisation

somatique (dénutrition sévère, risque de détresse cardiovasculaire) durant la pandémie par rapport aux années précédentes (Haripersad et al., 2021). Des résultats similaires ont été obtenus aux Etats-Unis (Lin et al., 2021 cité par Bera et al., 2022). Une augmentation de 70% des mauvaises habitudes alimentaires et des pensées associées au trouble de l'alimentation aurait été observée chez les adolescents anorexiques pendant la pandémie (Schlegl et al., 2020 cité par Jones et al., 2021).

De plus, la stigmatisation des personnes en surpoids, plus particulièrement concernant la comorbidité avec le COVID-19, peut avoir augmenté le contrôle de l'image de soi chez certains adolescents (Pearl, 2020 cité par Bera et al., 2022 ; Fernandez-Aranda et al., 2020). Enfin, l'anxiété due à la pandémie pourrait accroître les difficultés des patients à contrôler leur comportement alimentaire (Fernandez-Aranda et al., 2020).

Le comportement suicidaire, les idées suicidaires et les tentatives de suicide seront abordés de manière plus approfondie dans le point 3.7.

Des taux plus élevés de syndrome de stress post-traumatique ont été observés chez les adolescents ayant vécu des maltraitements avant la pandémie, ces adolescents ont également présenté des taux plus élevés d'anxiété (Guo et al., 2020 cité par Jones et al., 2021).

Concernant les comportements addictifs ou l'usage de substances, peu de littérature serait actuellement disponible sur le sujet. Mais selon Chadi et al. (2022), celle-ci serait plutôt rassurante. Bera et al. (2022), rapportent de nombreuses études avec des résultats qui révèlent une réduction de la consommation de substances psychoactives, d'alcool, de tabac. Toutefois, une étude canadienne a identifié une fréquence accrue de consommation de drogues, telles que l'alcool et le cannabis, chez les adolescents pendant la pandémie (Dumas et al., 2020 cité par Jones et al., 2021). Les résultats en lien avec l'usage de substances chez les adolescents pendant la pandémie semblent nuancés, nous devons également tenir compte de la variance culturelle, géographique et temporelle de ces études. De plus, comme le précisent White et al. (2020) notamment pendant la première partie de la pandémie, la diminution de la consommation d'alcool et de drogues pourrait être liée aux restrictions des opportunités de consommation sociale (White et al., 2020 cité par Chadi et al., 2022). D'autre part, certains auteurs s'inquiètent quant à l'usage de substance comme mécanisme de survie face à la solitude et la souffrance imposée par les restrictions liées à la pandémie (Chadi

et al., 2022). Dans le même ordre d'idées, d'autres auteurs suggèrent que les adolescents soient susceptibles d'adopter des comportements à risque tels que l'abus de drogues et les relations sexuelles pour faire face au stress traumatique engendré par la pandémie (Hagan, 2005 cité par Guessoum et al., 2020).

En ce qui concerne les troubles du comportement et l'agressivité, selon les recherches actuelles, une augmentation semble surtout avoir été observée chez des adolescents souffrant d'un trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) ou d'un trouble du spectre autistique (Bera et al., 2022). Une augmentation de la violence a été notifiée chez les adolescents tout-venant aux États-Unis (Stavridou et al., 2020). Cependant, dans la population générale, il ne semble pas y avoir d'augmentation significative de l'agressivité chez les adolescents (Bera et al., 2022).

La plupart des études effectuées lors des premiers mois de la pandémie rapportent des taux élevés de symptômes anxio-dépressifs chez les adolescents (Liang et al., 2020 cité par Bera et al., 2022 ; Zhou et al., 2020). Notamment celle menée par Zhou et al. (2020), chez des adolescents chinois (12-18 ans) ou le taux de prévalence des symptômes dépressifs était de 43,7% et d'anxiété de 37,4%. Des mesures plus récentes ne sont actuellement pas disponibles. Les adolescents ont des fluctuations importantes de l'humeur, ils éprouvent des émotions plus variables et plus intenses que les adultes, ce qui peut représenter un défi important, spécifiquement pendant la pandémie (Bailen et al., 2019 cité par Rogers et al. 2021).

Jones et al. (2021), rapportent plusieurs éléments dans leur analyse systématique de la littérature sur la santé mentale des adolescents tout-venant entre 2019 et 2021. Premièrement, plusieurs études ont établi un lien entre la pandémie de COVID-19 et les taux d'anxiété (Oosterhoff et al., 2020 ; Duan et al., 2020 ; McElory et al., 2020 ; Qi et al., 2020 ; Zang et al., 2020 cité par Jones et al., 2021). Deuxièmement, en ce qui concerne la dépression, un lien avec la pandémie aurait également été établi par plusieurs auteurs selon Jones et al. (2020) (Duan et al., 2020 ; Ellis et al., 2020 ; Tee et al., 2020 ; Qi et al., 2020 ; Zang et al., 2020 cité par Jones et al., 2021).

3.7. Le cas particulier des idéations suicidaires et du passage à l'acte depuis la pandémie

Comme le souligne Hoekstra (2020), “chaque jour et pour chaque suicide accompli, une proportion bien plus importante de personnes font des tentatives de suicide”. Les chiffres des épidémies passées semblent démontrer une augmentation du taux de suicide lors de ces épisodes (Chan et al., 2006 cité par Guessoum et al., 2020). Cependant, aucun chiffre sur le suicide chez les adolescents en période d'épidémie n'ont été trouvés par Guessoum et al. (2020).

Nous avons exposé les facteurs de risques propres au suicide dans la section 1.6.5.. A ce propos, John et al. (2020) pointent un élément important “ Nous devons rester attentifs aux nouveaux facteurs de risque de suicide, mais aussi reconnaître comment les facteurs de risque connus peuvent être exacerbés, et les tendances et inégalités existantes, renforcées par la pandémie”. En effet, Deslandes et al. (2020) exposent 3 éléments particuliers de la pandémie qui peuvent mener à des intentions d'automutilations ou suicidaires chez les adolescents. Ces éléments sont l'isolement social, l'utilisation intensive d'internet et la pratique de “challenges” (Deslandes et al., 2020). Les “challenges” sont un style de défi entre jeunes sur les réseaux sociaux, dans le cas de cette étude, sur YouTube.

Le confinement ou la phase « lune de miel » :

Selon Bera et al. (2022), les mesures de confinement pourraient avoir augmenté le comportement suicidaire chez les adolescents. De même Carballo et al. (2020), expliquent que le confinement aurait augmenté le taux de suicide. Cela aurait été le cas principalement dans les familles touchées par le chômage, la maladie et la violence domestique. Ces éléments pourraient être considérés comme des facteurs de risques du passage à l'acte suicidaire (Carballo et al., 2020 cité par Bera et al., 2022). Même si les recherches de John et al. (2020) ne sont pas uniquement basées sur les adolescents, ils pointent certains aspects qui nous semblent intéressants. Ils citent notamment Zortea et al. (2020) en parlant de « l'effet lune de miel » qui a été observé dans les données d'épidémies précédentes (Zortea et al., 2020 cité par John et al., 2020). Cet effet suggère une diminution des suicides à court terme ou durant une première phase. À leur tour, Bera et al. (2022) rapportent des divergences dans les mesures en fonction de la temporalité de la pandémie. Comme nous l'avons exposé dans la section 3.5. sur l'évolution de la santé mentale des adolescents lors de la pandémie, il semble y avoir eu une “diminution” des chiffres lors de la première vague (printemps 2020) de la pandémie. A Paris, les admissions aux urgences pour des raisons psychiatriques auraient

diminué de 42% durant le premier confinement par rapport à la même période en 2019, et ce, principalement chez les 16-24ans (Pignon et al., 2020 cité par Bera et al., 2022). Une autre étude parisienne révèle une diminution de 50% des admissions pédiatriques liées au comportement suicidaire pendant le premier confinement, par rapport aux mêmes périodes (Mourouvaye et al., 2021 cité par Bera et al., 2022). Toutefois, Bera et al. (2020) mettent en garde “la baisse des comportements suicidaires pendant le confinement peut être due à une réduction réelle de la suicidalité mais aussi à une diminution de l'utilisation des services d'urgence”.

Après la phase « lune de miel » :

En Espagne, une étude qui compare les données entre mars 2020 et mars 2021 révèle une augmentation drastique du nombre de tentatives de suicide chez les adolescents à partir de septembre 2020, ces chiffres sont particulièrement importants chez les filles, atteignant une augmentation de 195% (Gracia et al., 2020 cité par Bera et al., 2022). De même aux États-Unis, les arrivées aux urgences pour des idées ou des comportements suicidaires ont diminué dans un premier temps, puis ont repris à partir de l'été 2020, avec une augmentation de 50% jusqu'en mai 2021, ce qui correspond à la fin de l'étude et non pas à une baisse des chiffres (Yard et al., 2021 cité par Bera et al., 2022).

La tendance serait similaire à travers les pays occidentaux. En effet, les observations du début de la crise sanitaire semblent s'être inversées lorsqu'on prend en compte une temporalité plus longue (Gracia et al., 2021 ; Yard et al., 2021 ; Hill et al., 2021 cité par Chadi et al., 2022).

Une importante revue systématique de littérature a été menée par John et al. (2020a) sur les comportements d'automutilations et suicidaires de la population adulte à travers le monde pendant les six premiers mois de la pandémie. Malheureusement, il n'existe actuellement pas de telles recherches chez les adolescents.

3.8. Résultats et observations

Comme l'indiquent Ravens-Sieberer et al. (2020), dans la publication des résultats de l'étude COPSYS portant sur la qualité de vie des enfants et adolescents entre 7 et 17 ans avant et depuis la pandémie, ceux-ci mettent en évidence une augmentation du taux d'enfants et d'adolescents ayant une mauvaise qualité de vie en lien avec leur santé mentale. Ce taux serait passé de 15% à 40% pendant la pandémie (Ravens-Sieberer et al., 2020). Le risque de problèmes de santé mentale serait passé d'environ

18% à 30% pendant la pandémie (Ravens-Sieberer et al., 2020). Cette recherche se base à nouveau sur des éléments de la première vague de la pandémie.

3.9. Conclusion

Dans ce troisième chapitre, nous nous sommes centrés sur la santé mentale des adolescents pendant la pandémie de COVID-19. Pour ce faire, nous avons tout d'abord défini la santé mentale des adolescents pendant la pandémie et détaillé ses spécificités. Nous avons rapporté des éléments épidémiologiques comme l'âge, le sexe et la fréquence. Ensuite, nous avons parcouru les facteurs de risques et les facteurs de protection de la santé mentale des adolescents pendant la pandémie de COVID-19, que nous avons regroupés dans un tableau. Ensuite, nous avons mis en avant l'évolution de la santé mentale des adolescents pendant la pandémie et avons exposé les principales conséquences de la pandémie sur la santé mentale des adolescents notamment les troubles des conduites alimentaires, les comportements addictifs ou l'usage de substances, les comportements agressifs, les symptômes anxiodépressifs, etc. Enfin, nous avons abordé spécifiquement les idéations suicidaires et le passage à l'acte suicidaire chez les adolescents pendant la pandémie et ce, en distinguant différentes périodes. Nous avons conclu ce chapitre par des observations.

Conclusion partie théorique :

La partie théorique est divisée en trois chapitres. Premièrement nous avons abordé la santé mentale des adolescents de manière générale. Ensuite, dans le deuxième chapitre, nous avons exposé les conséquences et les implications de la pandémie de COVID-19 sur le quotidien et l'environnement de vie des adolescents par le modèle écologique de Bronfenbrenner (1979). Enfin, dans le troisième chapitre, nous avons pointé les différentes conséquences de la pandémie de COVID-19 sur la santé mentale des adolescents, ainsi que les symptômes d'une détérioration de leur santé mentale. Nous avons notamment abordé les troubles du comportement alimentaire, les symptômes anxiodépressifs, l'usage de substances, etc. Nous avons également centré notre attention sur les idéations suicidaires et le passage à l'acte suicidaire durant la période pandémique.

Comme nous l'avons vu, la santé mentale des adolescents pendant la pandémie de COVID-19 est extrêmement complexe. Elle peut être influencée par de nombreux facteurs que nous avons exposés de manière non exhaustive. Les conséquences ou les symptômes de la détérioration de la santé mentale des adolescents sont tout aussi complexes. Ce mémoire essaie d'explorer et de reprendre les éléments les plus saillants des premières recherches, qui concernent principalement la première année de pandémie de COVID-19.

C'est dans cette même optique exploratoire que nous allons transiter vers la deuxième partie de ce travail, la partie empirique. Dans celle-ci, nous allons exposer l'étude que nous avons menée auprès de soignants travaillant avec des adolescents. Le point de vue des soignants pourra, nous l'espérons, apporter un regard actuel et professionnel sur l'état de santé mentale des adolescents. Et cela, afin de nous aider à nous rendre compte de la situation actuelle et de combler ainsi le manque de données.

Partie empirique :

L'objectif de cette étude est d'une part de mettre en lumière la détérioration de la santé mentale des adolescents pendant la pandémie de COVID-19 du point de vue des soignants. Et, d'autre part, de nous éclairer sur le vécu des soignants concernant cette même situation. De cette manière, nous espérons pouvoir apporter un regard nouveau sur ce sujet. Mais également, un regard plus actuel, car comme nous l'avons expliqué à plusieurs reprises dans la partie théorique, les données actuellement disponibles ne nous permettent pas de nous rendre compte de la situation au-delà de la première année de pandémie de COVID-19.

Pour commencer, nous exposerons notre méthodologie, notre échantillon et nos hypothèses de travail. Ensuite, nous exposerons les différentes analyses auxquelles nous avons eu recours. Nous exposerons les résultats en nous aidant de tableaux statistiques. Comme vous avez pu en avoir un a priori en lisant la première partie de ce travail, nous avons trois questions de recherche. La première est d'évaluer si les soignants ont observé une détérioration de la santé mentale des adolescents pendant la période pandémique. La deuxième évalue si les soignants ont été confrontés à des difficultés de prise en charge concernant la santé mentale des adolescents pendant la pandémie. Et la troisième évalue si les soignants ont observé une fluctuation dans la santé mentale des adolescents durant la période pandémique.

1. Méthodologie, instruments et échantillon

1.1. Description de l'échantillon

Notre échantillon est constitué de soignants travaillant avec des adolescents. Celui-ci est composé de 72 participants. Nous allons détailler plus précisément notre échantillon ci-dessous.

L'échantillon n'a pas été genré car cela ne semblait pas pertinent. Cependant, celui-ci a été subdivisé selon la fonction et le lieu de travail.

La fonction :

Table 1 : Répartition de l'échantillon selon la fonction (N= 72)

	Fonction recodée	N (%)	Fonction initiale	N (%)
La fonction	Psychologue	32 (44,4)	Psychologue	32 (44,4)
	Infirmier	15 (20,8)	Infirmier	15 (20,8)
	Accompagnant psychosocial	8 (11,1)	Assistant social	5 (6,9)
			Éducateur	1 (1,4)
			Éducateur spécialisé	1 (1,4)
			Psychopédagogue	1 (1,4)
	Psychiatre	7 (9,7)	Psychiatre	2 (2,8)
			Pédopsychiatre	5 (6,9)
	Autre	6 (8,3)	Kinésithérapeute	3 (4,2)
			Enseignant	2 (2,8)
			Directeur d'établissement scolaire	1 (1,4)
	Médecin	4 (5,6)	Médecin	1 (1,4)
			Pédiatre	3 (4,2)
Total		72 (100)		72 (100)

Notre échantillon est majoritairement composé de psychologues (44,4%), d'infirmiers (20,8%), d'assistants sociaux (6,9%) et de (pédo)psychiatres (6,9 %). Mais il est également composé d'autres soignants : les pédiatres (4,2%), les kinésithérapeutes (4,2%), les éducateurs (1,4%), les éducateurs spécialisés (1,4%), les médecins (1,4%), les psychopédagogues (1,4%). Trois participants ne remplissaient pas le critère de soignant. Ces participants sont du milieu scolaire, deux enseignants (2,8%) et un directeur d'établissement scolaire (1,4%). Nous avons décidé de ne pas les supprimer de l'échantillon mais de la placer dans une catégorie "autre" concernant la catégorie fonction. Dans cette même catégorie, nous allons inclure les kinésithérapeutes de par leur fonction spécifique n'entrant pas dans les autres catégories. La catégorie "autre" ne sera pas incluse dans les analyses. Dans la suite de ce travail nous utiliserons de la fonction recodée.

Nous avons décidé de ne pas regrouper le personnel médical en une seule catégorie. Il nous semble que leur rôle et leur vécu peuvent différer selon leur fonction.

Le lieu de travail :

Table 2 : Lieu de travail par catégorie de l'échantillon (N=72)

	Lieu de travail recodé	N (%)	Lieu de travail initial	N (%)
Le lieu de travail	Hôpital	26 (36,1)	Hôpital	26 (36,1)
	Service de santé mentale	18 (25)	Service de santé mentale	9 (12,5)
			Planning familial	3 (4,2)
			SOS enfants	2 (2,8)
			ASBL	1 (1,4)
			Service jeunesse	1 (1,4)
			SAJ	1 (1,4)
			Centre ambulatoire	1 (1,4)
	Scolaire	15 (20,8)	École	7 (9,7)
			PMS	8 (11,1)
	Consultation privée	11 (15,3)	Consultation privée	11 (15,3)
	Autre	2 (2,8)	Ressources humaines	1 (1,4)
			Don du sang	1 (1,4)
Total		72 (100)		72 (100)

Le lieu de travail principal de l'échantillon a été questionné. Celui-ci est réparti principalement sur les hôpitaux (34,7%), la consultation privée (13,9%), les services de santé mentale (SSM) (12,5%), les PMS (11,1%), les écoles (9,7%). Mais d'également SOS enfant (2,8%), le planning familial (4,2%), le SAJ (1,4%), le centre de revalidation fonctionnelle (CRF) (1,4%), un centre ambulatoire (1,4%), une ASBL (2,8%), un service jeunesse (1,4%), le don du sang (1,4%) et les ressources humaines (1,4%).

Il nous semblait important de pouvoir différencier le vécu des soignants en fonction des différents lieux de travail. En effet, le vécu d'un infirmier en milieu hospitalier n'est par exemple pas le même qu'un infirmier travaillant en milieu scolaire.

C'est pourquoi nous avons essayé de regrouper les différents lieux de travail selon des catégories pertinentes pour notre étude.

Notre échantillon a globalement plusieurs années d'expériences. Les années d'expériences professionnelles varient de 1 à 45 ans d'expérience parmi les participants et avec une moyenne de 14,97 ans (cf. table 3).

1.2. Matériel

L'étude est basée sur un questionnaire (cf. annexe 1) accessible par internet. Celui-ci a été élaboré sur Google Forms et peut être consulté par le lien suivant : <https://forms.gle/Td3tQgU6nhcqpkkc6> . Il n'est pas requis d'avoir un compte Google pour y répondre. Le questionnaire était disponible autant sur smartphone, que sur ordinateur ou tablette. Le participant clique sur ce lien, ce qui lui permet d'être redirigé automatiquement vers le questionnaire. Le logiciel IBM SPSS Statistic 27 a été utilisé afin de faire les analyses statistiques.

Les aspects éthiques ont été respectés dans cette étude, comme la bienfaisance et non-malfaisance. Le respect des droits et de la dignité de la personne, mais aussi de l'intégrité et de la justice a été central dans la construction de ce questionnaire et de cette étude. L'anonymat a été respecté pour chaque participant (aucune information personnelle demandée). Cette étude n'a pas eu recours à une dissimulation totale ou partielle d'informations.

1.3. Instrument de recherche

1.3.1. Introduction

Afin de réaliser cette étude, nous avons construit un questionnaire en collaboration avec le Professeur Pascale Janne. Pour l'élaboration de celui-ci, nous avons orienté les questions sur base de mon questionnement personnel faisant suite à mon expérience de stage (cf. annexe 1). Le questionnaire en ligne est composé d'un total de 15 questions. Deux espaces de commentaires libres ont été introduits en fin de questionnaire afin que les participants puissent déposer davantage leur vécu ou de poser des questions, faire des remarques ou encore demander un débriefing. Une adresse électronique était communiquée en fin de questionnaire avec un mot de remerciements (cf. annexe 1).

1.3.2. Informations sociodémographiques

Le questionnaire (cf. annexe 1) est composé d'une première partie qui concerne les caractéristiques sociodémographiques du participant. À savoir sa profession, son lieu de travail et ses années d'expériences. Le questionnaire s'adressait aux soignants belges francophones.

1.3.3. Mesure

La deuxième partie entre dans le vif du sujet avec une question d'introduction générale sur la santé mentale des adolescents. Il est ensuite demandé aux participants d'évaluer la période de détresse des adolescents par un calendrier sous forme de matrice. Celui-ci est suivi de plusieurs échelles de Likert sur différentes thématiques comme l'utilisation des écrans, les comportements hors normes, leur vécu, etc. Le questionnaire complet comportant toutes les questions est disponible en annexe (cf. annexe 1). La majorité des questions qui portent sur le contenu spécifique de cette recherche sont construites sur base d'échelles de Likert. Celles-ci vont de "1 = pas du tout d'accord" à "10 = tout à fait d'accord". Une minorité de questions comportent des choix multiples, comme une question sur les comportements spécifiques (à sélectionner) qui ont augmenté depuis le COVID-19. Alors que d'autres sont des questions ouvertes, comme celles portant sur les comportements hors du commun observés par les soignants concernant également cette période.

2. Procédure

Le questionnaire a été diffusé via les réseaux sociaux grâce à une petite affiche (cf. annexe 5). Notamment sur certains groupes Facebook comme "trace ton cercle", des groupes pour psychologues et pédopsychiatres Belges. Le post a été largement partagé. Celui-ci a également été diffusé par mail dans mon entourage privé et professionnel.

Le questionnaire était accessible à tous les soignants travaillant avec des adolescents. Les deux critères pour pouvoir participer à l'étude étaient, premièrement, d'être soignant et deuxièmement, de travailler avec des adolescents. La durée de celui-ci était annoncée de 5 à 10 minutes. Aucune rémunération n'était proposée pour la participation au questionnaire. Le consentement de chaque participant a été demandé par une dernière question dichotomique avant l'espace de commentaires libres et la clôture du questionnaire. La récolte des données par le questionnaire a eu lieu du 16 février 2022 au 14 juin 2022.

3. Hypothèses

Trois questions de recherche et hypothèse de travail ont été établies :

1) Les soignants ont-ils observé une détérioration de la santé mentale des adolescents durant la période pandémique ?

Nous émettons l'hypothèse que les soignants ont observé une détérioration de la santé mentale des adolescents, et ce par l'augmentation de différents types de comportements comme : la consommation de substances, l'humeur dépressive, les automutilations, l'isolement, l'anxiété, le passage à l'acte suicidaire, le décrochage scolaire, les troubles du comportement alimentaire.

2) Les soignants ont-ils été confrontés à des difficultés de prise en charge concernant la santé mentale des adolescents pendant la pandémie ?

Nous émettons l'hypothèse que les soignants se sont trouvés face à une indisponibilité de soins, un système de santé mentale saturé, avec des difficultés de trouver un endroit pour prendre le relais, ceux-ci ont pu se trouver face à un choix ou un tri à faire entre les patients à prendre en charge par manque de temps, de ressources...

3) Les soignants ont-ils observé une fluctuation dans la santé mentale des adolescents durant la période pandémique ?

Nous émettons l'hypothèse que les soignants ont observé une fluctuation, avec une détérioration importante de la santé mentale des adolescents à partir de janvier 2021 jusqu'à l'été 2021 avec une recrudescence dès la rentrée scolaire en septembre 2021.

Nous avons formulé ces 3 hypothèses de travail. Cependant, cette étude se veut premièrement exploratoire.

4. Analyses statistiques

4.1. Introduction

Tout d'abord, nous allons procéder à des analyses descriptives des différentes variables afin d'apporter une vision claire des résultats. Dans cette même section, nous avons analysé la période de mars 2020 à mars 2022. Ensuite, nous avons réalisé un tableau de corrélation de Pearson qui nous permettra d'observer les liens entre nos différentes variables. Dans cette même section, nous avons réalisé une analyse factorielle. Enfin, nous avons réalisé des tests de Kruskal-Wallis et de Mann Withney. Notre échantillon ne remplissant pas les conditions de normalité, les tests non paramétriques ont été privilégiés. Les résultats des différentes analyses feront l'objet de plus amples explications dans la discussion.

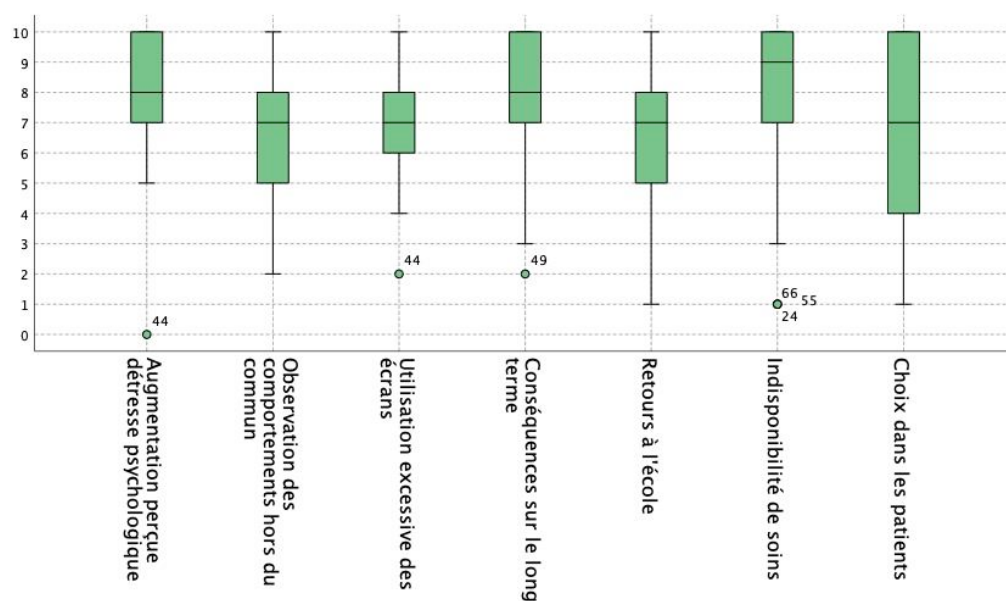
Pour chaque analyse faite dans ce travail les conditions d'application sont respectées, sauf mention contraire.

4.2. Analyses descriptives

Table 3 : Moyenne des soignants ayant observé ces comportements allant de 0 (pas du tout observé) à 10 (tout à fait observé) (N= 72)

Variabiles	N	Moyenne	Écart-type	Minimum	Maximum
Augmentation drastique détresse psychologique	72	8,31	1,725	0	10
L'indisponibilité de soins	72	8,18	2,358	1	10
Les conséquences sur le long terme	72	8,11	1,827	2	10
L'utilisation excessive des écrans	72	7,15	1,881	2	10
Comportements hors du commun	72	6,94	2,041	2	10
Lien retour à l'école et détresse psychologique	72	6,76	2,172	1	10
Le choix dans les patients	72	6,40	3,244	1	10
Les années d'expériences des soignants	72	14,97	11,171	1	45

Graphique 1 : Boxplots représentatifs des différentes variables évaluées par échelles de Likert.



Les affirmations qui suivent ont été évaluées sur des échelles de Likert allant de 0 (pas du tout) à 10 (tout à fait). Les affirmations ayant obtenu les scores les plus élevés sont dans l'ordre : l'augmentation drastique de la détresse psychologique ($M= 8,31$), l'indisponibilité de soins ($M= 8,18$), l'inquiétude des conséquences sur le long terme sur la santé mentale des adolescents ($M= 8,11$), l'utilisation excessive des écrans ($M= 7,15$), les comportements hors du commun ($M= 6,94$), le lien entre le retour à l'école et la détresse psychologique ($M= 6,76$), le choix dans les patients ($M= 6,40$).

Table 4 : Proportion de soignants ayant observé une augmentation dans les comportements suivants (N= 72)

Variables	N	%
Détérioration de la santé mentale	69	95,8
L'humeur dépressive	64	88,9
Les idéations suicidaires	53	73,6
Les automutilations	51	70,8
Le passage à l'acte suicidaire	41	56,9
Les troubles du comportement alimentaire	36	50
La prise de substances	26	36,1
L'isolement *	18	25
Le décrochage scolaire *	20	22,8
L'anxiété*	14	19,4

*Variables volontairement rajoutées par certains soignants

Les soignants sont nombreux à rapporter une augmentation des différents comportements, dont, par ordre décroissant : la détérioration de la santé mentale (95,8%), l'humeur dépressive (88,9%), les idéations suicidaires (73,6%), les automutilations (70,8%), le passage à l'acte suicidaire (56,9%), les troubles du comportement alimentaire (50%), la prise de substances (36,1%).

Certains comportements ont été ajoutés de façon répétitive dans les espaces de communication libre. Nous avons donc décidé de les ajouter en tant que variable. En effet, 25% des participants ont rapporté avoir vu une augmentation dans l'isolement. L'anxiété a été rapportée par 19,4% des participants. Le décrochage scolaire a été rapporté dans les commentaires libres par 22,8% des participants. Ces trois variables devront donc être interprétées différemment et avec précaution. Nous devons y être attentifs tout au long des analyses.

Période de mars 2020 à mars 2022 :

Afin d'évaluer la période au long des deux premières années de pandémie de COVID-19, nous avons questionné les soignants par un calendrier en matrice.

Table 5 : Proportion de l'échantillon ayant identifié une détérioration de la santé mentale des adolescents pendant la période de mars 2020 à mars 2022

Année	Mois	N	%
2020	Mars	7	9,70
	Avril	9	12,50
	Mai	8	11,10
	Juin	8	11,10
	Juillet	5	6,90
	Aout	5	6,90
	Septembre	19	26,40
	Octobre	21	29,20
	Novembre	24	33,40
	Décembre	22	30,60
2021	Janvier	38	52,80
	Février	37	51,40
	Mars	34	47,20
	Avril	32	44,40
	Mai	22	30,60
	Juin	20	27,80
	Juillet	14	19,40
	Aout	12	16,60
	Septembre	19	26,40
	Octobre	27	37,50
	Novembre	29	40,30
	Décembre	27	37,50
2022	Janvier	37	51,40
	Février	34	47,2
	Mars*	15	20,80

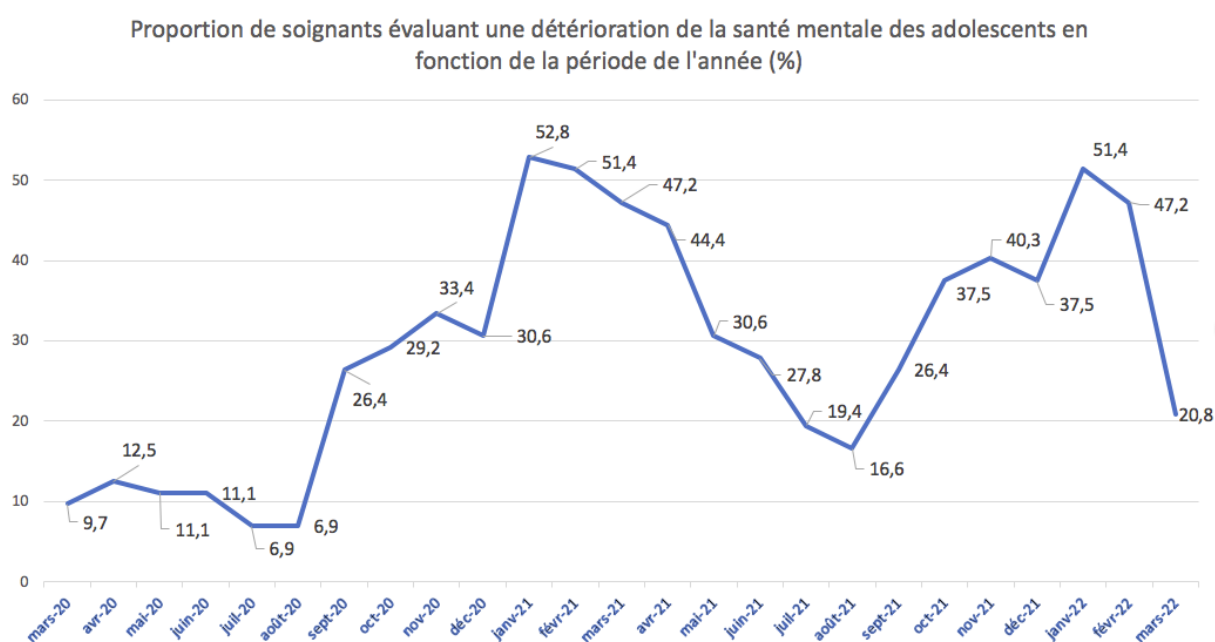
*Certains participants ont répondu au questionnaire avant mars 2022

Par le tableau de fréquence ci-dessus, nous pouvons observer que davantage de soignants rapportent une détérioration de la santé mentale des adolescents principalement à partir de septembre 2020, durant cette période, 26,4% des soignants ont rapporté une détérioration de la santé mentale des adolescents. Ces chiffres augmentent jusqu'en novembre 2020 (33,4%), pour connaître une légère diminution en décembre 2020 (30,6%). Pour ensuite repartir de plus belle en janvier 2021, où 52,8% des soignants ont observé une détérioration de la santé mentale des adolescents. Ces chiffres restent élevés jusqu'en avril 2021, où 44,4% de soignants l'observent. Ensuite, il semble y avoir une baisse avec 19,4% pour juillet 2021 et 16,6% pour aout. Dès

septembre 2021 on observe une nouvelle augmentation avec 35,7% en octobre 2021 et 40,3% en novembre 2021. Décembre 2021 compte 37,5% et en janvier 2022, atteint 51,4%.

Notre étude ayant débuté en février 2022, les chiffres pour cette période ainsi que pour le mois de mars 2022 sont à interpréter avec précautions. Ils pourraient ne pas représenter un retour vers une meilleure santé mentale des adolescents mais juste un manque de données.

Graphique 2: Proportion (%) de soignants évaluant une détérioration de la santé mentale des adolescents.



4.3. Corrélations

Dans cette section, nous allons premièrement exposer les corrélations de Pearson entre les différentes variables. Ensuite, nous allons exposer les saturations factorielles.

4.3.1. Corrélations de Paerson (cf. annexe 2 table 5) :

Par les analyses de corrélations de Pearson (cf. annexe 2 table 5) nous pouvons observer différents éléments. Nous observons que **l'augmentation des comportements hors du commun** est corrélée de manière significative et positive avec l'utilisation excessive des écrans ($r = .288$; $p < .05$), les conséquences sur le long terme ($r = .326$; $p < .01$), l'augmentation drastique de la détresse psychologique ($r = .425$; $p < .01$).

L'utilisation excessive des écrans est corrélée de manière significative et positive avec l'augmentation drastique de la détresse psychologique ($r = .254$; $p < .05$), les conséquences sur le long terme ($r = .310$; $p < .01$) et le retour à l'école ($r = .233$; $p < .05$).

L'augmentation drastique de la détresse psychologique est corrélée de manière significative et positive avec les conséquences sur le long terme ($r = .472$; $p < .01$).

L'indisponibilité de soins est corrélée de manière significative et positive avec le choix dans les patients ($r = .580$; $p < .01$), les idéations suicidaires ($r = .248$; $p < .05$), le passage à l'acte suicidaire ($r = .319$; $p < .01$), les automutilations ($r = .415$; $p < .01$). L'indisponibilité de soins est corrélée de manière significative et négative avec le décrochage scolaire ($r = -.392$; $p < .01$).

Le choix dans les patients est corrélé de manière significative et positive avec les idéations suicidaires ($r = .378$; $p < .01$), la prise de substance ($r = .238$; $p < .05$), les automutilations ($r = .241$; $p < .05$).

Les troubles du comportement alimentaire n'est corrélé significativement avec aucune autre variable.

Les idéations suicidaires sont corrélées de manière significative et positive avec les automutilations ($r = .378$; $p < .01$) et le passage à l'acte suicidaire ($r = .307$; $p < .01$).

La prise de substance est corrélée de manière significative et positive avec l'humeur dépressive ($r = .266$; $p < .05$).

Le passage à l'acte suicidaire est corrélé de manière significative et positive avec l'augmentation drastique de la détresse psychologique ($r = .335$; $p < .01$) et les automutilations ($r = .306$; $p < .01$). Le passage à l'acte suicidaire est corrélé de manière significative et négative avec l'anxiété* ($r = -.352$; $p < .01$).

L'humeur dépressive est corrélée de manière significative et positive avec la prise de substances ($r = .266$; $p < .05$).

L'anxiété* est corrélée de manière significative et positive avec le décrochage scolaire* ($r = .244$; $p < .05$).

Le décrochage scolaire* est corrélé de manière significative et positive avec l'isolement* ($r = .286$; $p < .05$). Le décrochage scolaire est corrélé de manière significative et négative avec l'indisponibilité de soins ($r = -.392$; $p < .01$).

Les interprétations des variables ajoutées (*) sont à prendre avec précautions car n'ont pas été proposées aux participants mais ajoutés selon les commentaires libres.

4.3.2. Analyses factorielles :

Nous avons réalisé une analyse factorielle avec les différentes échelles de Likert ainsi que les différents comportements, soit avec 16 variables. Cette première analyse a permis d'extraire cinq facteurs. Globalement, nous retrouvons (1)l'indisponibilité de soins, le choix dans les patients, le décrochage scolaire, les automutilations, idéations suicidaires et le passage à l'acte suicidaire, (2)l'isolement, la prise de substances, l'utilisation excessive des écrans et l'humeur dépressive, (3)les conséquences sur le long terme, le retour à l'école et utilisation excessive des écrans, (4)la prise de substances et le décrochage scolaire et (5)l'isolement et les troubles du comportement alimentaire.

L'analyse factorielle a été recommencée, mais cette fois-ci sans les variables isolement, anxiété et décrochage scolaire.

Afin que ces variables ajoutées (isolement, anxiété et décrochage scolaire) n'entravent pas les résultats, celles ont été supprimées. Cette deuxième analyse se concentre sur les 13 variables restantes.

Selon le critère de Kaiser, nous devons dans cette deuxième version de l'analyse factorielle retenir cinq facteurs. Ces cinq facteurs expliquent 65,083% de la variance totale.

Table 7 : Analyse factorielle avec 13 variables.

Variables	Facteurs				
	1	2	3	4	5
Passage à l'acte suicidaire	.610			-.375	
Choix dans les patients	.600	.365		.477	
Augmentation drastique détresse psychologique	.572	-.501			.356
Automutilations	.542	.391			
Idéations suicidaires	.526	.427			
Observation comportement hors du commun	.478	-.432	.322		
Conséquences sur le long terme	.407	-.572			.326
Retour à l'école	.407				-.660
Indisponibilité de soins	.365		-.319	.473	
Troubles du comportement alimentaire	.349		.488	-.477	-.357
Utilisation excessive des écrans		-.666			
Humeur dépressive		.319	.675		
Prise de substances		.354	.565	.310	
Valeurs propres initiales	2,837	2,068	1,385	1,162	1,009
% de la variance totale	21,823	15,906	10,653	8,940	7,761
Variance totale			48,386		65,083

En analysant davantage les saturations factorielles, nous pouvons observer que les trois premiers facteurs expliquent 48,383% de la variance. Les saturations factorielles des différentes variables sur les facteurs 4 et 5 sont faibles et sont redondantes par rapport aux trois premiers facteurs. Pour le facteur 4, les saturations sont toutes relativement faibles, aucune tendance ne se dégage. Pour le facteur 5, la seule variable intéressante est le « retour à l'école », mais cette variable crée quasiment un facteur à elle toute seule. Ce qui n'aurait pas de sens, le facteur 5 est donc inutile. À noter que ce cinquième facteur atteint tout juste la limite du seuil acceptable avec une valeur propre de 1,009.

Le graphe d'Éboulis (cf. annexe 3 graphique 3) n'est pas très clair et ne nous aide pas à trancher dans la sélection du nombre de facteurs à conserver.

Sur base de ces éléments ainsi que l'analyse du Scree plot (cf. annexe 3 graphique 3), nous allons conserver uniquement les trois premiers facteurs.

<u>Facteur 1</u>	<u>Facteur 2</u>	<u>Facteur 3</u>
L'indisponibilité de soins	Augmentation drastique détresse	Humeur dépressive
Passage à l'acte suicidaire	Comportement hors du commun	Prise de substances
Choix dans les patients	Utilisation excessive des écrans	Troubles du comportement alimentaire
Augmentation drastique détresse psychologique	Conséquences sur le long terme	Indisponibilité de soins
Automutilations		
Idéations suicidaires		
Comportement hors du commun		

Le premier facteur explique à lui seul 21,823% de la variance. Il comprend principalement deux “thématiques” de variables, (1) celles en lien avec l'indisponibilité de soins et le choix des patients et (2) celles liées à la santé mentale comme les automutilations, les idéations suicidaires et le passage à l'acte suicidaire et l'augmentation drastique de la détresse psychologique.

Le deuxième facteur explique à lui seul 15,906% de la variance. Il comprend les variables d'utilisation excessive des écrans et les conséquences sur le long terme.

Les variables de comportements hors du commun et d'augmentation drastique de la détresse psychologique ont toutes les deux des corrélations similaires sur le facteur 1 et le facteur 2. Dans notre étude, cela ne pose pas de problème car nous sommes dans une étude exploratoire. De plus, ces deux variables étaient liées à certaines questions assez générales du questionnaire, cela ne semble donc pas anormal qu'elles se trouvent sur les deux facteurs.

Le troisième facteur explique à lui seul 10,653% de la variance. Il comprend l'humeur dépressive, la prise de substance et les troubles du comportement alimentaire.

Nous pouvons observer que le premier facteur est lié aux problèmes relatifs à la détérioration importante de la santé mentale ainsi qu'à une certaine détresse de la part des soignants, alors que les autres facteurs abordent d'autres facettes de la détérioration de la santé mentale.

Comme expliqué ci-dessous, nous n'avons pas ajouté les trois nouvelles variables dans l'analyse factorielle car elles n'avaient pas été proposées aux participants. Néanmoins, si nous avions pu ajouter les trois nouvelles variables (isolement, anxiété, décrochage scolaire) dans l'analyse factorielle, nous aurions sûrement pu remarquer un facteur qui réunissait ces trois variables. En effet, quand les participants évoquaient l'isolement, ils parlaient de décrochage scolaire et d'anxiété dans les commentaires libres.

4.4. MANOVAs

Au moyen de 2 MANOVAs, nous avons voulu observer si les variables étudiées varient (1) selon la fonction du soignant et (2) selon le lieu de travail du soignant. Cependant, les conditions d'application posaient un problème pour différentes variables. Nous avons tenté une transformation en logarithme 10, sans succès. L'utilisation d'ANOVAs paramétrique n'étaient plus indiquée dans cette situation.

Vu que les conditions d'application pour une ANOVA paramétrique ne sont pas respectées et que nous n'avons pas l'intention de tester un effet d'interaction, nous avons décidé de continuer les analyses avec des ANOVAs de Kruskal-Wallis.

Nous avons de ce fait réalisé plusieurs ANOVAs de Kruskal-Wallis afin de voir si, soit la fonction du soignant, soit le lieu de travail du soignant avait une influence significative sur : (1) l'augmentation drastique de la détresse psychologique, (2) les comportements hors du commun, (3) les TCA (troubles du comportement alimentaire), (4) les idéations suicidaires, (5) la consommation de substances, (6) le passage à l'acte suicidaire, (7) l'humeur dépressive, (8) l'anxiété, (9) le décrochage scolaire, (10) les automutilations, (11) l'isolement, (12) l'utilisation excessive des écrans, (13) les conséquences sur le long terme, (14) le lien entre retour à l'école et la détresse psychologique, (15) l'indisponibilité de soins en santé mentale, (16) le choix dans les patients.

Autant dans l'analyse selon la fonction que selon le lieu de travail, les catégories "autre" n'ont pas été incluses dans les analyses.

Le lieu de travail :

Table 8a : ANOVA de Kruskal-Wallis comparaison des différentes variables selon **le lieu de travail** du soignant.

Variables	Kruskal-Wallis H	dl
Passage à l'acte suicidaire	14,237**	3
Indisponibilité de soins	13,435**	3
Décrochage scolaire *	11,108*	3
Anxiété *	10,432*	3
Choix dans les patients	7,468 ^{NS}	3
Troubles du comportement alimentaire	6,015 ^{NS}	3
Humeur dépressive	3,509 ^{NS}	3
Automutilations	3,372 ^{NS}	3
Retour à l'école	1,696 ^{NS}	3
Prise de substances	1,122 ^{NS}	3
Utilisation excessive des écrans	1,025 ^{NS}	3
Conséquences sur le long terme	0,744 ^{NS}	3
Isolement *	,193 ^{NS}	3
Idéations suicidaires	,006 ^{NS}	3

* Variables volontairement rajoutées par certains soignants ; * $p < .05$; ** $p < .01$

Indisponibilité de soins de santé mentale (cf. annexe 2 table 8b):

Nous constatons que l'indisponibilité de soins varie significativement en fonction du lieu de travail ($H(4) = 13,435$; $p < .01$). Les tests post-hoc de Mann-Whitney ont montré que les soignants travaillant en service de santé mentale ($MR = 18,17$) ont un rang moyen significativement plus élevé concernant l'indisponibilité de soins que les soignants ayant des consultations privées ($MR = 9,82$; $U = 42,00$; $p < .01$) (cf. table 8^e). Les soignants travaillant en hôpital ($MR = 22,73$) ont un rang moyen significativement plus élevé concernant l'indisponibilité de soins que les soignants ayant une consultation privée ($MR = 10,18$; $U = 46$; $p < .01$) (cf. table 8d). Les soignants travaillant en hôpital ($MR = 23,62$) ont un rang moyen presque significativement plus élevé concernant l'indisponibilité de soins que les soignants travaillant en milieu scolaire ($MR = 16,47$; $U = 127,00$; $p = .052$) (cf. table 8c).

Passage à l'acte suicidaire (cf. annexe 2 table 8b):

Nous constatons que le passage à l'acte varie significativement en fonction du lieu de travail ($H(3) = 14,237$; $p < .01$). Les tests post-hoc de Mann-Whitney ont montré que les soignants travaillant en hôpital ($MR = 26,12$) ont un rang moyen significativement plus élevé concernant le passage à l'acte suicidaire que les soignants travaillant en service de santé mentale ($MR = 17,28$; $U = 140,00$; $p < .01$) (cf. table 8f). Les soignants travaillant en hôpital ($MR = 21,65$) ont un rang moyen significativement plus élevé concernant le passage à l'acte suicidaire que les soignants ayant une consultation privée ($MR = 12,73$; $U = 74,00$; $p < .01$) (cf. table 8h). Les soignants travaillant en hôpital ($MR = 24,85$) ont un rang moyen significativement plus élevé concernant le passage à l'acte suicidaire que les soignants travaillant en milieu scolaire ($MR = 14,33$; $U = 95,00$; $p < .01$) (cf. table 8g).

Anxiété (cf. annexe 2 table 8b):

Nous constatons que l'anxiété varie significativement en fonction du lieu de travail ($H(3) = 10,432$; $p < .05$). Les tests post-hoc de Mann-Whitney ont montré que les soignants travaillant en service de santé mentale ($MR = 25,83$) ont un score significativement plus élevé pour l'anxiété que les soignants travaillant en hôpital ($MR = 20,19$; $U = 174,00$; $p < .05$) (cf. table 8j). Les soignants ayant une consultation privée ($MR = 16,41$) ont un rang moyen significativement plus élevé pour l'anxiété que les soignants travaillant en milieu scolaire ($MR = 11,37$; $U = 50,50$; $p < .05$) (cf. table 8k). Les soignants ayant une consultation privée ($MR = 23,91$) ont un score significativement plus élevé pour l'anxiété que les soignants travaillant en hôpital ($MR = 16,92$; $U = 89,00$; $p < .01$) (cf. table 8i).

Décrochage scolaire (cf. annexe 2 table 8b):

Nous constatons que le décrochage scolaire varie significativement en fonction du lieu de travail ($H(3) = 11,108$; $p < .05$). Les tests post-hoc de Mann-Whitney ont montré que les soignants ayant une consultation privée ($MR = 18,41$) ont un rang moyen significativement plus élevé de décrochage scolaire que les soignants travaillant en service de santé mentale ($MR = 12,92$; $U = 61,5$; $p < .05$) (cf. table 8m). Les soignants ayant une consultation privée ($MR = 24,59$) ont un rang moyen significativement plus élevé de décrochage scolaire que les soignants travaillant en hôpital ($MR = 16,63$; $U = 81,50$; $p < .01$) (cf. table 8l). Les soignants travaillant en milieu scolaire ($MR = 25,57$)

ont un rang moyen significativement plus élevé de décrochage scolaire que pour les soignants travaillant en hôpital (MR= 18,37 ; U= 126,50 ; $p < .05$) (cf. table 8n).

La fonction :

Table 9a : ANOVA de Kruskal-Wallis comparaison des différentes variables selon **la fonction** du soignant.

Variables	Kruskal-Wallis H	dl
Humeur dépressive	12,309*	4
Retour à l'école	11,519*	4
Passage à l'acte suicidaire	7,570 ^{NS}	4
Idéations suicidaires	6,542 ^{NS}	4
Choix dans les patients	6,144 ^{NS}	4
Indisponibilité de soins	5,230 ^{NS}	4
Automutilations	3,554 ^{NS}	4
Utilisation excessive des écrans	3,302 ^{NS}	4
Troubles du comportement alimentaire	2,767 ^{NS}	4
Décrochage scolaire *	2,648 ^{NS}	4
Isolement *	2,228 ^{NS}	4
Prise de substances	1,282 ^{NS}	4
Anxiété *	1,941 ^{NS}	4
Conséquences sur le long terme	1,002 ^{NS}	4

* Variables volontairement rajoutées par certains soignants ; * $p < .05$

L'humeur dépressive (cf. annexe 2 table 9b):

Nous constatons que l'humeur dépressive varie significativement selon la fonction du soignant ($H(4)=12,309$; $p < .05$).

Les tests post-hoc de Mann-Whitney ont montré que les psychologues (MR= 21,00) ont un rang moyen significativement plus élevé pour l'humeur dépressive que les accompagnants psychosociaux (MR= 18,50 ; U= 112,00 ; $p < .05$) (cf. table 9e). Les psychologues (MR =21,50) ont un rang moyen significativement plus élevé pour l'humeur dépressive que les psychiatres (MR=15,50 ; U= 64,00 ; $p < .01$) (cf. table 9f). Les psychologues (MR= 19,00) ont un rang moyen significativement plus élevé pour l'humeur dépressive que les médecins (MR=14,50 ; U= 48,00 ; $p < .01$) (cf. table 9g).

Retour à l'école (cf. annexe 2 table 9b) :

Nous constatons que le lien entre le retour à l'école et le niveau de détresse varie significativement selon la fonction ($H(4) = 11,519$; $p < .05$). Les tests post-hoc de Mann-Whitney ont montré que les psychiatres ($MR=31,43$) ont un rang moyen significativement plus élevé pour le retour à l'école que les psychologues ($MR = 17,50$; $U = 32,00$; $p < .01$) (cf. table 9d). Les médecins ($MR=28,00$) ont un rang moyen significativement plus élevé pour le retour à l'école que les psychologues ($MR = 17,31$; $U = 26,00$; $p < .053$) (cf. table 9c).

Nous ne constatons aucune autre variation significative selon la fonction du soignant.

Discussion

Dans la discussion, nous allons tout d'abord élaborer une mise en commun de la partie théorique et de la partie pratique, dans celle-ci nous allons également interpréter les résultats exposés dans la partie empirique. Par la suite, nous aborderons dans un premier temps les limites d'un point de vue théorique et dans un second temps d'un point de vue méthodologique. Par après, nous aborderons les apports et ouvertures en lien avec ce travail. Pour finalement aborder les perspectives pour les recherches futures, tout en abordant les particularités de notre étude et son originalité. Enfin, nous concluons ce travail.

1. Interprétation des résultats

Dans cette section, chacune de nos questions de recherches sera abordée l'une après l'autre. Ainsi, nous exposerons nos interprétations des résultats et ferons les liens entre la partie théorique et la partie empirique. Par la suite, nous exposerons davantage d'interprétations, et ce, de par le caractère exploratoire de notre recherche.

1) Les soignants ont-ils observé une détérioration de la santé mentale des adolescents durant la période pandémique ?

Notre étude rejoint la tendance mise en avant dans la littérature pour dire qu'une détérioration importante de la santé mentale des adolescents a été observée. Même si la littérature actuelle ne permet pas de rapporter des chiffres précis, un certain consensus est établi sur un chamboulement et un impact important sur la santé mentale des adolescents (Jones et al., 2021 ; Leeb et al., 2020). Selon Ravens-Sieberer et al. (2020) "le risque de problème de santé mentale serait passé de 18 à 30%, et ce uniquement pendant la première année de la pandémie". Notre étude révèle que 95,8% des soignants ont observé une détérioration de la santé mentale des adolescents.

Notre étude rejoint également la littérature concernant les symptômes dépressifs. Ceux-ci ont, selon Zhou et al. (2020), "un taux de prévalence de 43,7% lors des premiers mois de la pandémie". Des chiffres plus récents ne sont pas disponibles. Les résultats rapportés par notre étude semblent révéler une tendance

similaire avec 88,9% des soignants qui ont observé une augmentation de l'humeur dépressive chez les adolescents.

Notre étude rejoint la littérature concernant l'augmentation des troubles du comportement alimentaire. Selon Haripersad et al. (2021), "une augmentation de 104% a été observée lors d'une étude dans un hôpital Australien". Chadi et al. (2022) parlent d'une augmentation effroyable sans avancer de chiffres. Dans notre étude, 50% des soignants rapportent une augmentation de ceux-ci. Cependant, nous ne connaissons pas l'ampleur de cette augmentation.

Des résultats plus nuancés concernant la prise de substances ont également été observés dans la littérature, avec la précision d'une certaine prudence concernant le changement de la nature de la consommation (White et al., 2020 cité par Chadi et al., 2022 ; Hagan, 2005 cité par Guessoum et al., 2020). Les chiffres de notre étude sont également plus nuancés, 36,1% des soignants rapportent une augmentation de la prise de substances.

Afin d'interpréter correctement nos résultats, il est important de préciser que pour les variables évoquées ci-dessus qui rapportent le pourcentage de soignants ayant constaté une augmentation durant la période pandémique, ne représentent pas l'ampleur de l'augmentation de la variable, mais bien la proportion de soignants ayant observé une augmentation. Alors que la littérature rapporte davantage l'ampleur des augmentations. Une certaine prudence doit donc être de mise lors de ces interprétations.

2) Les soignants ont-ils été confrontés à des difficultés de prise en charge concernant la santé mentale des adolescents pendant la pandémie ?

Notre étude rejoint la littérature concernant les difficultés de prise en charge de la santé mentale des adolescents pendant la pandémie. Notre recherche montre que sur des échelles de Likert allant de 0 (pas du tout) à 10 (tout à fait). Les soignants ont évalué l'indisponibilité de soins en santé mentale de manière alarmante à 8,18. De plus, les soignants ont évalué le fait de devoir faire un choix dans les patients par manque de temps ou de ressources à 6,40. Ces deux variables ont des valeurs très élevées et reflètent les difficultés de prise en charge de la santé mentale des adolescents vécues par les soignants pendant la pandémie. Dans la littérature, une

tendance similaire a été observée. En effet, la difficulté d'accessibilité aux soins de santé a été pointée du doigt par différents auteurs dans la littérature, notamment Shen (2020), Henderson et al. (2020), Gosh et al. (2020), Maes (2021), Chadi et al. (2022).

Dans notre étude, nous avons observé que les soignants ont tendance à avoir des vécus similaires concernant le choix parmi les patients par manque de temps ou de ressources peu importe leur lieu de travail ou leur fonction. Pour l'indisponibilité de soins en santé mentale, il n'y a pas de différence selon la fonction du soignant. Cependant, pour cette même variable, il y a une différence concernant le lieu de travail. Les soignants travaillant en hôpital et en service de santé mentale ont été davantage confrontés à de l'indisponibilité de soins en santé mentale. Nous pouvons faire l'hypothèse que ce sont les institutions de première ligne qui semblent souffrir le plus du manque de moyens, nous en reparlerons dans la section apports et ouvertures.

Notre étude a également montré, tout comme la littérature le suggère, que l'indisponibilité de soins en santé mentale est corrélée avec (1) le choix dans les patients, (2) le passage à l'acte suicidaire, (3) les automutilations, (4) les idéations suicidaires. En effet, Chadi et al. (2022), soulignent que l'accès réduit aux services de santé mentale est un potentiel facteur de risque pour la santé mentale des adolescents. Nous pouvons faire l'hypothèse qu'un lien existe entre la santé mentale et l'indisponibilité de soins en santé mentale.

3) Les soignants ont-ils observé une fluctuation dans la santé mentale des adolescents durant la période pandémique ?

Notre étude rejoint la littérature concernant une fluctuation dans la santé mentale des adolescents pendant la période pandémique. De surcroît, ces fluctuations ont tendance à s'ordonner sur les mêmes périodes (cf. annexe 3 graphique 2).

Dans la littérature, la période de la première vague comporte d'importantes nuances, ainsi qu'une ambivalence importante dans les résultats avec pour certains une amélioration de la santé mentale des adolescents, pour d'autres une détérioration, ou encore pas de changement dans celle-ci (Ford et al., 2021 ;

Bruining et al., 2021 ; Magson et al., 2021 ; Cost et al., 2021 ; Rogers et al., 2021a ; Chadi et al., 2022 ; Bera et al., 2022).

Au cours de la deuxième vague, ou à partir de septembre 2020 de nombreux auteurs dans la littérature mettent en évidence une détérioration de la santé mentale des adolescents. Raymond et al. (2022), rapportent des données de plus en plus inquiétantes au fur et à mesure du temps de mesures entre juin 2020 et mars 2021. Bera et al. (2022) exposent par exemple que dans de nombreux pays du monde une recrudescence des idées suicidaires et tentatives de suicide a été constatée à partir de cette période et pour les vagues qui ont suivi.

Dans notre étude, nous pouvons observer des résultats étonnamment similaires pour ces différentes périodes. En effet, une certaine ambivalence pendant la première vague peut être observée dans nos résultats qui sont relativement faibles pour cette période. Cependant, dès septembre 2020 une augmentation très importante, signifiant une détérioration importante de la santé mentale des adolescents peut être constatée.

Notre étude permet de voir plus loin que la première année de pandémie qui est ciblé par la littérature dans ce travail. Nos résultats permettent de voir qu'il y a des fluctuations selon les périodes de l'année, et que globalement les chiffres restent très inquiétants. Notre étude nous montre, tout comme la littérature le suggère, qu'une amélioration ne semble pas s'annoncer pour les prochains mois (évalué en mars 2021) (Raymond et al., 2022). Les soignants évaluent comme importantes les conséquences à long terme dans notre étude.

Nous devons garder à l'esprit que les chiffres pour mars 2022 ne peuvent pas être pris en compte étant donné que notre récolte de données a débuté en février, cela pourrait donc entraver nos estimations.

Nous pouvons également observer que les chiffres semblent fluctuer pendant les mêmes périodes. Nous pourrions faire l'hypothèse que les petites baisses des mois de décembre 2020 et 2021 pourraient être en lien avec les vacances de fin d'année, alors que les baisses durant le mois de juillet et août 2020 et 2021 seraient liées aux vacances d'été. Avec une recrudescence importante lors des deux rentrées scolaires, à savoir, janvier 2021 (52,8%), septembre 2021 (26,4%) et janvier 2022 (51,4%). Une tendance similaire semble se dessiner entre fin d'année 2020 et fin

d'année, 2021. Dans nos résultats nous pouvons observer deux pics qui sont les mois de janvier 2021 et janvier 2022.

Nous pensons pouvoir dire qu'une fluctuation de la santé mentale des adolescents pendant la période pandémique a été observée par les soignants.

De manière générale, les résultats qui ressortent de notre étude sont cohérents avec la littérature.

Autres interprétations :

Dans nos résultats, nous montrent que peu importe la fonction ou le lieu de travail du soignant, pour la plupart des variables, il n'y a pas de différence significative, ce qui peut vouloir dire que tous les soignants peu importe leur fonction ou leur lieu de travail ont observé une détérioration similaire de la santé mentale des adolescents. Nous pourrions faire l'hypothèse que ceci rend ces observations encore plus inquiétantes car cela signifie qu'autant les infirmiers, que les psychologues ou les intervenants psychosociaux ont observé une détérioration importante de la santé mentale des adolescents. Mais cela signifie également que cela ne concerne pas que le secteur de la santé mentale mais également le secteur scolaire et les consultations privées par exemple. Cela pourrait donc signifier qu'une détérioration de la santé mentale des adolescents a été constatée globalement par les soignants, et cela peu importe leur fonction et leur lieu de travail.

Nous avons synthétisé les remarques laissées par les participants dans les commentaires libres en fin de questionnaire (cf. annexe 6). Les participants abordent systématiquement (1) la problématique des infrastructures et des ressources non adaptées ou manquantes, (2) la problématique des soignants démunis, débordés, surchargés et épuisés et (3) la stupeur face à la situation. Nous pensons que ces commentaires nous fournissent davantage d'information sur le vécu des soignants et ainsi de mieux le comprendre (cf. annexe 6)

Section spécifique sur les écrans :

Les résultats observés dans notre étude rejoignent la littérature concernant l'utilisation excessive des écrans. Les résultats de notre étude rapportent des chiffres élevés sur l'utilisation excessive des écrans. De même que la littérature met en avant une augmentation de l'utilisation des écrans pendant la période pandémique (Fransisco et al., 2020). Ainsi que "des corrélations avec les niveaux de dépression, d'anxiété et de détresse psychologique ou d'une augmentation du risque de

développer des problèmes de santé mentale” (Keles et al., 2020 cités par Gyessoum et al., 2020 ; Henderson et al., 2020).

Section spécifique sur les idéations suicidaires et le passage à l’acte suicidaire :

Les résultats observés dans notre étude rejoignent la littérature concernant les idéations suicidaires et le passage à l’acte suicidaire. En effet, dans notre étude, 73,6% des soignants ont rapporté une augmentation dans les idéations suicidaires, 70,8 % ont rapporté une augmentation dans les automutilations et 56,9% ont rapporté une augmentation dans les passages à l’acte suicidaire. Ces chiffres sont fortement élevés. De même que pour la santé mentale de manière générale, la première vague semble avoir été une phase “lune de miel” (Zotera et al., 2020 cités par John et al., 2020). Plusieurs auteurs rapportent une diminution des admissions pédiatriques liées au comportement suicidaire (Bera et al., 2020). Ceux-ci mettent en garde et parlent d’une augmentation allant jusqu’à 195% à partir de septembre 2020. D’autres parlent d’une augmentation de 50% sur une période allant de l’été 2020 à mai 2021. Gardons à l’esprit que la littérature de ce travail ne couvre que la première année de pandémie.

Nous pouvons conclure que les différents résultats qui ressortent de cette étude témoignent d’une situation alarmante autant au niveau de la santé mentale des adolescents qu’au niveau de la possibilité de prise en charge par les soignants.

2. Limites

2.1. Partie théorique

Comme nous l’avons déjà évoqué dans la partie théorique, nous mettons en évidence deux grandes limites concernant cette partie de notre travail.

La première est en lien avec l’actualité de ce sujet. La pandémie étant encore en cours lors de la réalisation de ce travail, celui-ci n’est pas en mesure de représenter la totalité de la pandémie de COVID-19, mais plutôt la première année de celle-ci. Nous nous sommes retrouvés face à une littérature en constante évolution avec de nouveaux articles publiés quotidiennement à travers le monde. Dans le cadre de ce travail, nous avons su couvrir uniquement la première année de pandémie. En effet, les recherches couvrant la deuxième année de pandémie n’étaient pas encore

disponibles lors de la rédaction de la partie théorique de ce travail. Afin d'avoir une vue d'ensemble de littérature comprise dans ce travail, un arbre décisionnel comportant les critères d'inclusion et d'exclusion auxquels nous avons eu recours se trouve en annexe (cf. annexe 4).

La seconde est en lien avec la disparité des recherches et données disponibles. En effet, comme nous l'avons évoqué dans la partie théorique, de nombreux éléments peuvent différer d'une étude à l'autre, ce qui rend presque impossible de tirer des conclusions à ce stade. Ces éléments peuvent différer selon plusieurs aspects : la tranche d'âge, les régions, pays et cultures, comprenant d'autres tranches de populations que les adolescents, sur des populations avec un niveau socio-économique ou d'éducation différent, durant des périodes différentes au niveau des confinements ou des restrictions sanitaires. De surcroît, les recherches ont ciblé la santé mentale de nombreuses façons : ciblant un seul symptôme ou différents comportements, questionnant directement la santé mentale ou une évaluation par questionnaire, la santé mentale a également pu être évaluée de façon auto ou hétéro-centrée (par exemple par les parents).

2.2. Partie empirique et méthodologie

2.2.1. Dans le questionnaire (cf. annexe 1) :

Question 5 : La question concernant la période, qui a été présentée sous forme de matrice, pourrait avoir porté à confusion certains participants. Il est possible que certains d'entre eux aient uniquement notifié les mois de début et/ou de fin, sans cocher tous les mois entre ces deux périodes. Nous avons également observé un problème technique, la matrice ne s'affichait pas totalement lorsqu'on répondait sur un téléphone portable, il fallait la faire glisser sur la gauche pour voir les différents mois. Nous pouvons penser que les chiffres rapportés pourraient être sous-estimés pour cette question. Nous pouvons proposer une précision dans l'explication de l'item comme par exemple : "cocher toutes les cases des mois où vous avez observé une détérioration de la santé mentale des adolescents".

Question 10 : Nous avons constaté que pour la question numéro 10 de nombreux participants ont ajouté (possibilité d'ajout) l'anxiété, le décrochage scolaire et l'isolement. Nous avons décidé d'ajouter ces trois variables aux variables "comportements". Celles-ci auraient pu être ajoutées aux propositions de base, ainsi

nous aurions pu obtenir des données représentatives concernant ces nouvelles variables. Actuellement, vu qu'elles n'étaient pas proposées d'emblée, ces variables pourraient être sous-évaluées, en effet, les participants auraient pu vouloir également sélectionner ce comportement s'il leur avait été proposé. Nous pourrions donc pour une prochaine étude ajouter ces comportements ainsi que d'autres comportements supplémentaires.

De manière générale, les termes utilisés dans les questions ou les propositions de réponses pourraient avoir porté à confusion. En effet, les termes utilisés en santé mentale ne sont pas toujours compris de manière unanime. Des nuances existent et peuvent porter à différencier certains termes en santé mentale.

2.2.2. Dans notre recherche :

Du fait de son caractère hétérocentrée, notre questionnaire comporte des limites. En effet, même si les soignants apportent une vision professionnelle de la santé mentale, cela reste une interprétation subjective de la santé mentale des adolescents. Cette interprétation ou perception pourrait être biaisée par de nombreux éléments. Comme l'état de fatigue des soignants dû à une surcharge de travail.

Dans la littérature, nous mettons en avant qu'il est important de ne pas voir les adolescents comme un groupe homogène. Néanmoins, nous avons fait de même dans notre étude. Alors qu'un adolescent de 13 ans ne se compare pas avec un adolescent de 18 ans par exemple.

La taille de notre échantillon étant relativement petite, une certaine prudence doit être de mise concernant les résultats de cette étude. Nous aborderons ce point dans les perspectives pour les recherches futures.

Le questionnaire étant élaboré sur base d'un questionnement personnel et non pas sur base d'un outil existant sa validité pourrait donc être interrogée.

La généralisation des résultats peut être remise en question au regard de la petite taille de notre échantillon. Et ce, principalement pour certaines sous-catégories, comme par exemple les médecins qui n'ont été que 4 participants dans cette catégorie.

D'autre part, les résultats obtenus à ce questionnaire représentent le vécu des participants à un instant "T" et ne peuvent pas être généralisés sur la totalité d'une période plus ou moins longue.

3. Apports et ouvertures

Comme nous l'avons évoqué dans l'introduction générale, ce travail m'a permis de cheminer par rapport à mon expérience de stage. De plus, le fait de parcourir les chiffres, dans la littérature et par l'analyse de notre étude, m'a permis de mieux comprendre l'ampleur de la problématique. Cela m'a apporté une certaine forme de tolérance et d'acceptation, voire de reconnaissance, de ce que j'ai pu vivre d'une part, et de la réalité des limites auxquelles j'ai dû faire face d'autre part, comme la difficulté de trouver des endroits pour prendre le relais, assurer le suivi, ou encore, celles d'être confrontée à des choix compliqués par manque de temps et de ressources. Si d'autres soignants lisent ce travail, j'espère que cela pourra également leur apporter de la reconnaissance par rapport à leur vécu et de la tolérance vis-à-vis d'eux-mêmes.

Pour tenter de maintenir une meilleure santé mentale chez les adolescents pendant la pandémie de COVID-19, nous pouvons nous concentrer sur plusieurs éléments qui ressortent de la littérature, notamment (1) travailler les ressources personnelles de l'adolescent comme les capacités d'adaptations positives (Ravens-Sieberer et al., 2020) et l'activité physique (Chadi et al., 2022) ainsi que (2) travailler les ressources familiales par du soutien à la parentalité en favorisant les discussions parent-enfant (Jones et al., 2021), en passant du temps en famille et en favorisant le maintien des routines (Glynn et al., 2021), etc.

Comme nous l'avons exposé dans la section théorique, la population adolescente belge a pu selon certains auteurs être stigmatisée dans la gestion de la crise sanitaire. Ce travail pourrait encourager un changement des mentalités en apportant un regard différent sur cette tranche de la population.

Ce travail pourrait être bénéfique pour les adolescents eux-mêmes. De fait, par la lecture de ce travail par leur entourage, celui-ci pourrait se montrer plus indulgent et compréhensif par rapport aux difficultés qu'ils ont pu traverser pendant la période pandémique.

Ce travail pourra, nous l'espérons, apporter une vision plus actuelle et mettre en avant de manière la plus objective possible la gravité de la situation. Ainsi, celui-

ci pourrait motiver différents changements dans notre système de gestion de la santé mentale, et ce, principalement pour la population adolescente.

Ce travail pourrait soutenir un changement, voire une mutation, au niveau de l'offre de soins de santé mentale pour les adolescents. Celui-ci soutient en effet le manque de disponibilité de soins de santé mentale de qualité pour les adolescents. Ce travail pourrait soutenir le fait d'allouer plus de budget au niveau des infrastructures (voir de créations de nouvelles infrastructures), du matériel mais également afin de rendre les soins en santé mentale, des soins de première nécessité, de permettre de les rendre accessibles, financièrement, pratiquement et socialement pour tous les adolescents.

Un travail de prévention de la détérioration de la santé mentale des adolescents est également soutenu par ce travail.

Par ce travail nous pourrions imaginer et encourager une évaluation systématique de la santé mentale des adolescents au sein des écoles. En temps de crise (économique, sanitaire, sociale...) une certaine flexibilité pourrait être accordée concernant les cursus scolaires afin de faire de la psychoéducation sur cette crise. En effet, comme nous l'avons évoqué dans la littérature, le niveau d'information et de prévention sur le COVID-19 serait corrélé négativement avec la santé mentale des adolescents (Zhou et al., 2020).

Comme le met en avant notre étude, les soignants ont été confrontés à une panoplie de situations témoignant de la détérioration de la santé mentale des adolescents. Et comme l'ont mis en évidence plusieurs de nos participants dans les commentaires libres, certains d'entre eux estiment ne pas avoir eu les ressources nécessaires ; que ce soit au niveau de la formation ou au niveau pratique comme le fait d'être submergés de travail et de manquer de temps. De surcroît, de nombreux soignants ont aussi pointé le manque d'échanges interdisciplinaires pour faire face à de nombreuses situations inédites. Nous espérons que ce travail pourra également conscientiser l'importance d'une formation adéquate et de qualité de nos soignants, mais aussi la possibilité d'avoir des interventions ou supervisions, ainsi que du soutien dans toutes ses formes. Nous tenons à souligner qu'il est primordial de maintenir leur qualité de travail et leur bien-être. Et ce, afin de ne pas davantage aggraver la problématique de l'indisponibilité de soins en santé mentale auxquels nous sommes déjà confrontés.

4. Perspectives pour recherches futures :

La perspective classique d'élargissement de la taille de l'échantillon d'une recherche n'épargne pas notre étude. En effet, la taille de notre échantillon étant restreint, la première perspective à laquelle nous pouvons penser est d'agrandir celui-ci. Ceci pourrait être le cas par une meilleure communication, accompagnée d'une communication ciblée dans les lieux de travail des soignants par exemple. Tout en ayant l'occasion de garder celui-ci accessible sur une période plus longue.

De plus, une différenciation des questions selon le genre et les tranches d'âge de la population adolescente nous permettrait d'apporter une dimension supplémentaire à notre recherche, ne considérant plus la population adolescente comme homogène.

De surcroît, proposer des échelles de Likert pour chaque comportement ou symptôme témoignant de la détérioration de la santé mentale des adolescents pourrait permettre d'observer l'importance ou l'ampleur de l'augmentation pour chacun d'entre eux. Plutôt que de se focaliser sur l'augmentation, comme c'est le cas dans notre étude actuellement.

En outre, nous pensons qu'il pourrait être important d'adresser une section du questionnaire aux problématiques spécifiques des idéations suicidaires, des automutilations et du passage à l'acte suicidaire. Mon opinion à propos de ces thématiques encore taboues, est qu'elles ne furent pas assez questionnées dans notre étude. Et ce, en comparaison avec l'importance de celles-ci pour la prise en charge de la santé mentale des adolescents.

Une perspective pourrait également être de traduire le questionnaire en néerlandais et en allemand afin de toucher également les soignants de la partie néerlandophone et germanophone de la Belgique, et par cela de pouvoir rapporter des chiffres plus représentatifs pour la Belgique dans sa globalité. Pour aller encore plus loin, il pourrait être élaboré dans d'autres langues afin de s'intéresser à d'autres pays, et ainsi de pouvoir réaliser des comparaisons.

Refaire cette recherche dans le futur, pourrait également nous apporter une vision sur l'évolution du vécu des soignants concernant ces thématiques.

Particularités de l'étude :

Nous n'avons pas choisi de questionner directement la santé mentale des adolescents auprès de ceux-ci. Et ce, parce que la pertinence d'une étude à petite échelle menée sur un temps court et sans suivi longitudinal ne semble pas apporter de plus-value par rapport aux recherches existantes ou en cours.

Nous avons choisi de nous adresser aux soignants notamment parce que nous avons fait l'hypothèse que ceux-ci aimeraient faire porter leur voix à ce sujet, sans pour autant, pour la plupart d'entre eux, en avoir le temps, les outils ou l'énergie. Les soignants travaillant sur le terrain disposent d'une expérience avec les adolescents, ils ont une vision professionnelle sur un échantillon large et diversifié d'adolescents. De surcroît, cette vision médicale peut leur permettre d'évaluer la santé mentale contrairement par exemple aux enseignants qui ont l'avantage de fréquenter les adolescents au quotidien et de les connaître personnellement, mais qui n'ont pas cette expertise médicale. Voici comment nous en sommes arrivés à supposer que le choix de cette population serait pertinent.

En diffusant le questionnaire de notre étude, nous avons néanmoins eu énormément de demandes de participation par des enseignants. Ceux-ci pourraient faire l'objet d'une prochaine étude, et pourraient apporter des aspects différents sur la santé mentale des adolescents. En effet, ceux-ci côtoient leurs élèves au quotidien, les connaissent et ont pu voir leurs évolutions ou leurs déclin. Leur point de vue pourrait être très enrichissant et complémentaire au point de vue des soignants dans la compréhension de l'état de santé mentale actuel des adolescents. Dans le but d'étendre encore une future étude, nous pourrions questionner le point de vue des parents, ce qui pourrait notamment nous aider à mieux cibler l'aide à la parentalité.

Originalité de l'étude

Nous pensons que cette étude apporte un point de vue inédit sur la santé mentale des adolescents. De surcroît, cette étude apporte un point de vue plus actuel (jusqu'en février 2022) sur l'état de santé mentale des adolescents, ce que la littérature actuelle ne permet pas pour le moment.

Comme nous l'avons déjà évoqué, les adolescents ne font pas l'objet de nombreuses recherches, ce travail participe à contrer humblement cette problématique.

Conclusion générale

Dans ce travail, nous avons essayé de clarifier l'état de santé mentale des adolescents pendant la pandémie de COVID-19.

Pour ce faire, nous avons parcouru la littérature afin de comprendre les implications et les conséquences de la pandémie de COVID-19 sur la santé mentale des adolescents. Dans la partie théorique, deux éléments doivent être retenus, tout d'abord il ressort de la littérature que la pandémie a eu un impact sur les différentes sphères de vie des adolescents tout comme nous l'avons démontré sur base du modèle écologique de Bronfenbrenner. Ensuite, les conséquences, en plus d'être nombreuses et diversifiées, ont été largement observées à travers le monde, dans des proportions inquiétantes.

Ensuite, dans la deuxième partie de ce travail, nous avons élaboré notre étude. Celle-ci se base sur un questionnaire qui s'adresse aux soignants travaillant avec des adolescents et comporte deux objectifs : (1) d'une part de mettre en lumière la détérioration de la santé mentale des adolescents pendant la pandémie de COVID-19 et (2) d'autre part, de nous éclairer sur le vécu des soignants et l'indisponibilité de soins en santé mentale. Différents éléments ressortent de celle-ci, en voici les quatre principales: (1) une détérioration importante de la santé mentale des adolescents a été observée par les soignants, et ce, principalement sur les comportements les plus inquiétants comme les automutilations, les idéations suicidaires et le passage à l'acte suicidaire, (2) une fluctuation peut être observée avec des taux qui explosent dès septembre 2020, des chiffres qui restent très élevés dans les mois qui suivent, avec une certaine diminution qui peut être observée durant les vacances scolaires d'été et d'hiver, (3) une indisponibilité de soins en santé mentale évaluée comme considérable par les soignants avec pour la plupart le vécu d'avoir dû faire des choix entre leurs patients, (4) des taux très élevés concernant la détresse psychologique en lien avec les idéations suicidaires ou les comportements tels que les automutilations ou la passage à l'acte suicidaire, et ce, selon une fluctuation temporelle spécifique, avec une première phase lune de miel, suivie d'une augmentation drastique dans ces comportements.

Les différents éléments qui ressortent de notre étude, et ce malgré qu'elle n'évalue pas toujours spécifiquement les mêmes aspects que la littérature, témoignent d'une détérioration importante de la santé mentale des adolescents et

d'une réelle indisponibilité de soins en santé mentale. Les résultats de celle-ci rejoignent les différents aspects également étudiés dans la littérature.

Nous pourrions faire l'hypothèse que pour quelques-uns des aspects, les résultats de notre étude sont encore plus inquiétants que ce que rapporte la littérature. Ceci pourrait être expliqué par le fait que la recherche rapportée dans la littérature s'arrête à la première année de la pandémie de COVID-19, alors que notre étude inclut les deux années de pandémie.

Plus particulièrement, pour des recherches futures, nous pensons qu'il pourrait être intéressant d'évaluer chaque comportement ou symptôme en lien avec la santé mentale des adolescents par des échelles de Likert afin de pouvoir évaluer l'ampleur de l'augmentation de ceux-ci et pas uniquement le fait qu'il y ait une augmentation comme c'est le cas actuellement dans notre étude. De plus, nous pensons que différencier les adolescents par tranches d'âge et par genre pourrait permettre de comprendre la problématique actuelle plus en profondeur.

Ce travail se voulant novateur et exploratoire, nous avons pu mettre en avant différents éléments préoccupants qui soulignent la situation des adolescents et le vécu des soignants durant la pandémie de COVID-19, cependant, des recherches plus précises seraient nécessaires pour affiner nos conclusions et permettre d'émettre un avis qui tient lieu de référence. Les recherches futures pourront, nous l'espérons, encourager, voire déclencher, une évolution au niveau des soins de santé mentale, et ainsi, permettre d'éviter de telles conséquences dans les crises ou les pandémies futures.

Bibliographie :

- Adu, J., & Oudshoorn, A. (2020). The Deinstitutionalization of Psychiatric Hospitals in Ghana: An Application of Bronfenbrenner's Social-Ecological Model. *Issues Ment Health Nurs*, 41(4), 306-314. <https://doi.org/10.1080/01612840.2019.1666327>
- American Psychological Association. (s.d.). Mental Health. APA Dictionary of Psychology en ligne. Consulté le 14 février 2022 sur <https://dictionary.apa.org/mental-health>
- American Psychological Association. (s.d.). Suicidal Ideation. APA Dictionary of Psychology en ligne. Consulté le 12 février 2022 sur <https://dictionary.apa.org/suicidal-ideation>
- Bera, L., Souchon, M., Ladsous, A., Colin, V., & Lopez-Castroman, J. (2022). Emotional and Behavioral Impact of the COVID-19 Epidemic in Adolescents. *Curr Psychiatry Rep*. <https://doi.org/10.1007/s11920-022-01313-8>
- Bronfenbrenner, U. (1979). The ecology of human development: Experiments by nature and design. Cambridge, Massachusetts, and London : Harvard University Press, 348 p.DOI: [10.1080/00131728109336000](https://doi.org/10.1080/00131728109336000)
- Bruining, H., Bartels, M., Polderman, T. J. C., & Popma, A. (2021). COVID-19 and child and adolescent psychiatry: an unexpected blessing for part of our population? *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 30(7), 1139-1140. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01578-5>
- Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé [KCE]. (2020). Santé mentale des enfants et des adolescents : Le KCE émet une série de propositions, conjointement avec tous les acteurs du secteur. Consulté en ligne le 15 février 2022 sur <https://kce.fgov.be/fr/press-release/santé-mentale-des-enfants-et-des-adolescents-le-kce-émet-une-série-de-propositions-con>
- Chadi, N., Ryan, N. C., & Geoffroy, M. C. (2022). COVID-19 and the impacts on youth mental health: emerging evidence from longitudinal studies. *Can J Public Health*, 113(1), 44-52. <https://doi.org/10.17269/s41997-021-00567-8>

- Conseil de la Santé du Nouveau Brunswick [CSNB]. (2016, janvier). Adresser les facteurs de protection pour améliorer la santé mentale des jeunes. Consulté le 15 février 2022 sur https://www.csnb.ca/sites/default/files/dossier_-_adresser_les_facteurs_de_protection_pour_ameliorer_la_sante_mentale_des_jeunes.pdf
- Cost, K. T., Crosbie, J., Anagnostou, E., Birken, C. S., Charach, A., Monga, S., Kelley, E., Nicolson, R., Maguire, J. L., Burton, C. L., Schachar, R. J., Arnold, P. D., & Koreczak, D. J. (2021). Mostly worse, occasionally better: impact of COVID-19 pandemic on the mental health of Canadian children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01744-3>
- Deslandes, S. F., & Coutinho, T. (2020). The intensive use of the internet by children and adolescents in the context of COVID-19 and the risks for self-inflicted violence. *Cien Saude Colet*, 25(suppl 1), 2479-2486. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.11472020>
- Deolmi, M., & Pisani, F. (2020). Psychological and psychiatric impact of COVID-19 pandemic among children and adolescents. *Acta Biomed*, 91(4), e2020149. <https://doi.org/10.23750/abm.v91i4.10870>
- Dubey, S., Biswas, P., Ghosh, R., Chatterjee, S., Dubey, M. J., Chatterjee, S., Lahiri, D., & Lavie, C. J. (2020). Psychosocial impact of COVID-19. *Diabetes Metab Syndr*, 14(5), 779-788. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.05.035>
- Fernandez-Aranda, F., Munguia, L., Mestre-Bach, G., Steward, T., Etxandi, M., Baenas, I., Granero, R., Sanchez, I., Ortega, E., Andreu, A., Moize, V. L., Fernandez-Real, J. M., Tinahones, F. J., Dieguez, C., Fruhbeck, G., Le Grange, D., Tchanturia, K., Karwautz, A., Zeiler, M., . . . Jimenez-Murcia, S. (2020). COVID Isolation Eating Scale (CIES): Analysis of the impact of confinement in eating disorders and obesity-A collaborative international study. *Eur Eat Disord Rev*, 28(6), 871-883. <https://doi.org/10.1002/erv.2784>

Ford, T., John, A., & Gunnell, D. (2021). Mental health of children and young people during pandemic. *BMJ*, 372, n614. <https://doi.org/10.1136/bmj.n614>

Fonds des Nations Unies pour l'enfance [UNICEF]. (2021). La situation des enfants dans le monde 2021. Dans ma tête : promouvoir, protéger et prendre en charge la santé mentale des enfants. Consulté le 19 mars 2022 sur <https://www.unicef.be/fr/news/la-sante-mentale-des-enfants-europeens-saggrave>

Fonds des Nations Unies pour l'enfance [UNICEF]. (2020). COVID-19: Children at heightened risk of abuse, neglect, exploitation and violence amidst intensifying containment measures. Consulté en ligne le 21 mars 2022 sur <https://www.unicef.org/press-releases/covid-19-children-heightened-risk-abuse-neglect-exploitation-and-violence-amidst>

Francisco, R., Pedro, M., Delvecchio, E., Espada, J. P., Morales, A., Mazzeschi, C., & Orgiles, M. (2020). Psychological Symptoms and Behavioral Changes in Children and Adolescents During the Early Phase of COVID-19 Quarantine in Three European Countries. *Front Psychiatry*, 11, 570164. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.570164>

Ghosh, R., Dubey, M. J., Chatterjee, S., & Dubey, S. (2020). Impact of COVID -19 on children: special focus on the psychosocial aspect. *Minerva Pediatr*, 72(3), 226-235. <https://doi.org/10.23736/S0026-4946.20.05887-9>

Glynn, L. M., Davis, E. P., Luby, J. L., Baram, T. Z., & Sandman, C. A. (2021). A predictable home environment may protect child mental health during the COVID-19 pandemic. *Neurobiol Stress*, 14, 100291. <https://doi.org/10.1016/j.ynstr.2020.100291>

Guessoum, S. B., Lachal, J., Radjack, R., Carretier, E., Minassian, S., Benoit, L., & Moro, M. R. (2020). Adolescent psychiatric disorders during the COVID-19 pandemic and lockdown. *Psychiatry Res*, 291, 113264. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113264>

Haripersad, Y. V., Kannegiesser-Bailey, M., Morton, K., Skeldon, S., Shipton, N., Edwards, K., Newton, R., Newell, A., Stevenson, P. G., & Martin, A. C. (2021). Outbreak of

- anorexia nervosa admissions during the COVID-19 pandemic. *Archives of disease in childhood*, 106(3), e15-e15. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2020-319868>
- Healthy Belgium. (2022). Suicidal Behaviour. For a healthy Belgium. Consulté le 21 février 2022 sur <https://www.healthybelgium.be/en/health-status/mental-health/suicidal-behaviour>
- Henderson, M. D., Schmus, C. J., McDonald, C. C., & Irving, S. Y. (2020). The COVID-19 pandemic and the impact on child mental health: a socio-ecological perspective. *Pediatric Nursing*, 46(6), 267-290.
- Hoekstra, P. J. (2020). Suicidality in children and adolescents: lessons to be learned from the COVID-19 crisis. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 29(6), 737-738. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01570-z>
- Institut Belge de Santé Sciensano (2022). Covid-19: Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (18 février 2022). Consulté le 18 février 2022 sur <https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/Dernière%20mise%20à%20jour%20de%20la%20situation%20épidémiologique.pdf>
- Institut Scientifique de Santé Publique Belge [ISP]. (s.d.). Santé mentale. Consulté le 14 février 2022 sur <https://www.wiv-isp.be/epidemio/epifr/index34.htm>
- Jones, E. A. K., Mitra, A. K., & Bhuiyan, A. R. (2021). Impact of COVID-19 on Mental Health in Adolescents: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*, 18(5). <https://doi.org/10.3390/ijerph18052470>
- John, A., Eyles, E., Webb, R. T., Okolie, C., Schmidt, L., Arensman, E., Hawton, K., O'Connor, R. C., Kapur, N., Moran, P., O'Neill, S., McGuinness, L. A., Olorisade, B. K., Dekel, D., Macleod-Hall, C., Cheng, H. Y., Higgins, J. P. T., & Gunnell, D. (2020a). The impact of the COVID-19 pandemic on self-harm and suicidal behaviour: update of living systematic review. *F1000Res*, 9, 1097. <https://doi.org/10.12688/f1000research.25522.2>

- John, A., Pirkis, J., Gunnell, D., Appleby, L., & Morrissey, J. (2020b). Trends in suicide during the covid-19 pandemic. *BMJ*, 371, m4352. <https://doi.org/10.1136/bmj.m4352>
- Larousse. (s. d.a). Adolescent. Dictionnaire en ligne. Consulté le 10 février 2022 sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/adolescent/1157>
- Larousse. (s. d.b). Épidémie. Dictionnaire en ligne. Consulté le 10 février 2022 sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/épidémie/30370>
- Larousse. (s. d.c). Pandémie. Dictionnaire en ligne. Consulté le 10 février 2022 sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/pandémie/57587>
- Le Manuel MSD. (2021). Présentation des troubles mentaux chez l'enfant, par Elia.,J. consulté le 14 février 2022 sur <https://www.msmanuals.com/fr/accueil/problèmes-de-santé-infantiles/troubles-mentaux-chez-les-enfants-et-les-adolescents/présentation-des-troubles-mentaux-chez-l-enfant>
- Leeb, R. T., Bitsko, R. H., Radhakrishnan, L., Martinez, P., Njai, R., & Holland, K. M. (2020). Mental health–related emergency department visits among children aged < 18 years during the COVID-19 pandemic—United States, January 1–October 17, 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69(45), 1675.
- Loades, M. E., Chatburn, E., Higson-Sweeney, N., Reynolds, S., Shafran, R., Brigden, A., Linney, C., McManus, M. N., Borwick, C., & Crawley, E. (2020). Rapid systematic review: the impact of social isolation and loneliness on the mental health of children and adolescents in the context of COVID-19. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(11), 1218-1239. e1213
- Magson, N. R., Freeman, J. Y. A., Rapee, R. M., Richardson, C. E., Oar, E. L., & Fardouly, J. (2021). Risk and Protective Factors for Prospective Changes in Adolescent Mental Health during the COVID-19 Pandemic. *J Youth Adolesc*, 50(1), 44-57. <https://doi.org/10.1007/s10964-020-01332-9>

Meas, S. (2021). Covid-19 : l'impact sur la santé mentale des jeunes. Temps d'arrêt. Yapaka. pdf <https://www.yapaka.be/livre/livre-covid-19-limpact-sur-la-sante-mentale-des-jeunes>

Organisation Mondiale de la Santé. (2018). Santé mentale : renforcer notre action. Consulté en ligne le 14 février 2022 sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Organisation Mondiale de la Santé. (2020a). Chronologie de l'action de l'OMS face à la COVID-19. Consulté en ligne le 19 novembre 2021 sur <https://www.who.int/fr/news/item/29-06-2020-covidtimeline>

Organisation Mondiale de la Santé. (2020b). Coronavirus. Consulté en ligne le 19 novembre 2021 sur https://www.who.int/fr/health-topics/coronavirus/coronavirus#tab=tab_1

Organisation Mondiale de la Santé. (2020c). Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 health behaviour in school-aged children (HBSC) survey in Europe and Canada international report. Volume 1: key findings. <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/spotlight-on-adolescent-health-and-well-being.-findings-from-the-20172018-health-behaviour-in-school-aged-children-hbsc-survey-in-europe-and-canada.-international-report.-volume-1.-key-findings>

Organisation Mondiale de la Santé. (2021a). Santé des adolescents et des jeunes adultes. Consulté le 9 février 2022 <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>

Organisation Mondiale de la Santé. (2021b). Santé mentale des adolescents. Consulté en ligne le 31 janvier 2022 sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Organisation Mondiale de la Santé. (2021c). Suicide. Consulté le 21 février 2022 sur <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

- Périsse, D., & Cohen, D. (2003). Suicide des jeunes : un point sur les facteurs de risque. *Le Carnet PSY*, 85(8). <https://doi.org/10.3917/lcp.085.0029>
- Prévention du suicide. (s.d.). Je cherche des infos : la prévention du suicide. Consulté le 15 février 2022 sur <https://www.preventionsuicide.be/fr/je-cherche-des-infos.html>
- Psycom. (2020). Santé mentale et jeunes. Ressource publique nationale pour la santé mentale. <https://www.psycom.org/wp-content/uploads/2020/11/Sante-mentale-et-jeunes-2020.pdf>
- Ravens-Sieberer, U., Kaman, A., Otto, C., Adedeji, A., Devine, J., Erhart, M., Napp, A.K., Becker, M., Blanck-Stellmacher, U., Löffler, C., Schlack, R., Hurrelmann, K. (2020). Mental health and quality of life in children and adolescents during the COVID-19 pandemic - results of the COPSYP study. DOI: 10.3238/arztebl.2020.0828
- Raymond, C., Provencher, J., Bilodeau-Houle, A., Leclerc, J., & Marin, M. F. (2022). A longitudinal investigation of psychological distress in children during COVID-19: the role of socio-emotional vulnerability. *Eur J Psychotraumatol*, 13(1), 2021048. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.2021048>
- Rogers, A. A., Ha, T., & Ockey, S. (2021). Adolescents' Perceived Socio-Emotional Impact of COVID-19 and Implications for Mental Health: Results from a U.S.-Based Mixed-Methods Study. *J Adolesc Health*, 68(1), 43-52. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.09.039>
- Séguin, M. & Huon, P. (1999). Le suicide. Comment prévenir, comment intervenir. Conseil québécois pour l'enfance et la jeunesse. Québec : éditions logiques.
- Singh, S., Roy, D., Sinha, K., Parveen, S., Sharma, G., & Joshi, G. (2020). Impact of COVID-19 and lockdown on mental health of children and adolescents: A narrative review with recommendations. *Psychiatry Res*, 293, 113429. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113429>

- Shen, J. (2020). Impact of the COVID-19 pandemic on children, youth and families, a brief produced by evidence-based policy institute. Judge Baker Children's Center. Harvard Medical School. Consulté en ligne le 20 mars 2022 sur https://jbcc.harvard.edu/sites/default/files/impact_of_the_covid-19_pandemic_on_children_youth_and_families_.pdf
- SPF Santé Publique. (2022). COVID-19. Avis publiés Consulté le 22 février 2022 sur <https://www.health.belgium.be/fr/covid-19-0#article>
- Stavridou, A., Stergiopoulou, A. A., Panagouli, E., Mesiris, G., Thirios, A., Mougiakos, T., Troupis, T., Psaltopoulou, T., Tsolia, M., Sergentanis, T. N., & Tsitsika, A. (2020). Psychosocial consequences of COVID-19 in children, adolescents and young adults: A systematic review. *Psychiatry Clin Neurosci*, 74(11), 615-616. <https://doi.org/10.1111/pcn.13134>
- Trace ton cercle. (2021). consulté en ligne le 20 mars 2022 <https://tracetoncercle.be/fr>
- Zech, E. (2021). LPSYS2733: Relations psychothérapeutiques en situations critiques. Slides du cours illustration suicide. Consulté le 20 février sur <https://moodle.uclouvain.be/course/view.php?id=1123>
- Zhou, X. (2020). Managing psychological distress in children and adolescents following the COVID-19 epidemic: A cooperative approach. *Psychol Trauma*, 12(S1), S76-S78. <https://doi.org/10.1037/tra0000754>
- Zhou, S. J., Zhang, L. G., Wang, L. L., Guo, Z. C., Wang, J. Q., Chen, J. C., Liu, M., Chen, X., & Chen, J. X. (2020). Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 29(6), 749-758. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01541-4>

Annexes :

Annexe 1 : Étude sur la santé mentale des adolescents du point de vue des soignants

Témoigner en tant que soignant concernant la santé mentale des adolescents depuis la pandémie de COVID-19

Bonjour Madame, Monsieur,

Tout d'abord, je souhaite vous remercier vivement de prendre quelques minutes de votre temps afin de participer à ce questionnaire dans la cadre de mon mémoire pour mon master en psychologie de la santé à l'UCL.

Premièrement, quelques questions générales vous seront posées.

Ensuite, nous entrerons dans le vif du sujet, à savoir, la santé mentale des adolescents depuis le début de la pandémie de COVID-19.

Et enfin, nous vous proposons un espace libre, où vous pouvez si vous le souhaitez ajouter des commentaires et/ou expliquer librement votre vécu.

Je vous remercie d'avance.

Partie 1 : Informations générales

Q1 : Ma fonction

- ☐ Psychologue
- ☐ Pédiopsychiatre
- ☐ Psychiatre
- ☐ Pédiatre
- ☐ Assistant social
- ☐ Infirmier
- ☐ Médecin généraliste
- ☐ Autre

Q2 : Mon lieu de travail

- ☐ Hôpital
- ☐ Consultation privée
- ☐ Service de santé mentale
- ☐ Équipe mobile de crise
- ☐ PMS
- ☐ Planning familial
- ☐ SAJ
- ☐ SPJ
- ☐

Q3 : Années d'expériences : Veuillez indiquer un chiffre

Partie 2 : Les questions suivantes concernent toute la période de pandémie de COVID-19

(depuis mars 2020 - à maintenant) et portent sur la population adolescente.

Q4 : *J'ai remarqué une détérioration de la santé mentale des adolescents*

☐ Oui

☐ Non

Q5 :

Durant quelle période (approximative) avez-vous perçu des changements concernant la santé mentale des adolescents? (et à partir de quand?)

	janvier	février	mars	avril	mai	juin	juillet	août	septe...	octob...	nove...	déc
2020	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2021	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2022	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Q6 : *J'ai l'impression que le nombre de jeunes adolescents en détresse psychologique ou avec des difficultés de santé mentale a augmenté drastiquement.*

Pas du tout d'accord

(0/10) ←-----→
(10/10) Tout à fait d'accord

Q7 : *Depuis la pandémie, j'ai observé / constaté des comportements hors du commun chez les adolescents.*

Pas du tout d'accord

(0/10) ←-----→
(10/10) Tout à fait d'accord

Q8 : *Les comportements hors du commun que j'ai observé sont : (question ouverte)*

Q9 : *Je pense que l'utilisation excessive des écrans (tablette, TV, GSM, réseaux sociaux, jeux vidéo,...) interfère davantage avec la santé mentale des adolescents depuis la pandémie.*

Pas du tout d'accord

(0/10) ←-----→
(10/10) Tout à fait d'accord

Q10: *Selon mon impression, les comportements suivants (à sélectionner) ont augmentés depuis la pandémie :*

- ☐ *Troubles des conduits alimentaires*
- ☐ *Comportement auto-agressif*
- ☐ *Passage à l'acte suicidaire*
- ☐ *Idéations suicidaires*
- ☐ *Usage de substances*
- ☐ *Humeur dépressive*
- ☐ *Aucun*
- ☐ *... (possibilité d'ajouter librement)*

Q11: *J'ai l'impression que les problématiques de santé mentale actuelle des jeunes adolescents auront des conséquences durant plusieurs années / sur le long terme.*

Pas du tout d'accord

(0/10) ←-----→
(10/10) Tout à fait d'accord

Q12: *J'ai l'impression que les retours à l'école des adolescents suite aux différentes fermetures ou mesures (distanciel) correspondent aux moments d'expression importante de leur détresse (passage à l'acte suicidaire, mise en danger, décompensation,...).*

Pas du tout d'accord

(0/10) ←-----→
(10/10) Tout à fait d'accord

Q13 : *À plusieurs moments, je me suis trouvé(e) face à une indisponibilité de soins, un système de santé mentale saturé, complet, avec de longues listes d'attente, des difficultés à trouver un endroit pour prendre le relais.*

Pas du tout d'accord

(0/10) ←-----→
(10/10) Tout à fait d'accord

Q14 : *À certains moments, j'ai été contraint(e) de faire une certaine forme de choix / tri dans les patients par manque de temps, de ressources, ...*

Pas du tout d'accord

(0/10) ←-----→

(10/10) Tout à fait d'accord

Q15 : *Je consent à ce que mes réponses à ce questionnaire soient utilisées à des fins de recherche.*

☐ *Oui*

☐ *Non*

Partie 3 : N'hésitez pas à nous faire part de votre vécu plus précisément dans les sections suivantes

Vous disposez ici d'un espace libre afin de nous faire part de vos commentaires, remarques, ...

Merci

Je vous remercie vivement d'avoir participé à ce questionnaire concernant la santé mentale des adolescents depuis la crise pandémique de ces deux dernières années.

N'hésitez pas à partager ce formulaire (simplement en envoyant le lien) à vos collègues, collaborateurs : psychologues, pédopsychiatres, psychiatres, pédiatres, médecins, assistants sociaux, infirmiers, délégués du juge, ... cela m'aiderait vivement à collecter de précieux témoignages.

Blandine Van Moorsel

Prise de contact possible : blandine.vanmoorsel@student.uclouvain.be

Annexes 2 : Tableaux statistiques

Table 6 : Corrélations de Pearson entre les différentes variables.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1) Augmentation drastique détresse psychologique	1															
2) Comportements hors du commun	.425** *	1														
3) Utilisation excessive écrans	.254*	.288*	1													
4) Conséquences sur long terme	.472** *	.326**	.310**	1												
5) Retour à l'école	.177	.178	.233	.195	1											
6) Indisponibilités des soins	.229	.017	-.022	.123	.149	1										
7) Choix dans les patients	.101	.082	.015	.075	.160	.580** *	1									
8) TCA	.065	.178	-.082	.000	.187	-.018	.185	1								
9) Idéations suicidaires	.162	.092	-.187	-.050	.110	.248*	.378**	.221	1							
10) Prise de substances	-.033	.035	-.108	-.062	.055	.127	.238*	.173	-.009	1						
11) Passage à l'acte suicidaire	.335**	.225	-.034	.100	.048	.319**	.187	.196	.307**	.011	1					
12) Humeur dépressive	-.169	-.053	-.160	-.076	-.121	-.199	.058	.088	.089	.266*	-.218	1				
13) Anxiété	-.026	.083	-.78	.105	-.011	-.113	.048	.070	-.104	.215	-	.174	1			
14) Décrochage scolaire	-.147	.048	-.117	.167	-.047	-	-.232	.062	-.051	-.079	.352**	.219	.244*	1		
15) Automutilations	-.028	.103	-.111	.039	.114	.392**	.241*	.214	.378**	.101	.306**	-.130	-.071	-.148	1	
16) Isolement	-.066	.127	-.202	-.035	.063	.415** *	.057	-.064	.127	-.033	-.016	.204	.203	.286*	.659	1

*p < .05 ; **p < .01 ; ***p < .001, NS si pas de *

Table 8b : ANOVA de Kruskal-Wallis: rangs des variables selon le **lieu de travail** (N=70), pas prise en compte de la catégorie « autre ».

Ranks			
Variables	Lieu de travail	N	Mean Rank
Troubles du comportement alimentaire	Hôpital	26	37,69
	Service de santé mentale	18	35,00
	Scolaire	15	26,83
	Consultation privée	11	42,95
Idéations suicidaires	Hôpital	26	35,58
	Service de santé mentale	18	35,28
	Scolaire	15	35,67
	Consultation privée	11	35,45
Prise de substances	Hôpital	26	35,96
	Service de santé mentale	18	38,06
	Scolaire	15	31,83
	Consultation privée	11	35,23
Passage à l'acte suicidaire	Hôpital	26	45,62
	Service de santé mentale	18	31,56
	Scolaire	15	27,67
	Consultation privée	11	28,3
Humeur dépressive	Hôpital	26	32,77
	Service de santé mentale	18	35,61
	Scolaire	15	39,50
	Consultation privée	11	36,32
Automutilations	Hôpital	26	39,62
	Service de santé mentale	18	33,33
	Scolaire	15	31,00
	Consultation privée	11	35,45
Isolement *	Hôpital	26	35,58
	Service de santé mentale	18	35,28
	Scolaire	15	34,50
	Consultation privée	11	37,05
Anxiété *	Hôpital	26	31,19
	Service de santé mentale	18	40,17
	Scolaire	15	30,83
	Consultation privée	11	44,41
Décrochage scolaire *	Hôpital	26	30,04
	Service de santé mentale	18	31,83
	Scolaire	15	42,33
	Consultation privée	11	45,09
Retour à l'école	Hôpital	26	39,13
	Service de santé mentale	18	31,31
	Scolaire	15	35,40
	Consultation privée	11	33,91
Conséquences sur le long terme	Hôpital	26	33,21
	Service de santé mentale	18	35,78
	Scolaire	15	36,53
	Consultation privée	11	39,05
Indisponibilité de soins	Hôpital	26	42,33
	Service de santé mentale	18	39,94
	Scolaire	15	30,87
	Consultation privée	11	18,41
Utilisation excessive des écrans	Hôpital	26	37,60

Choix dans les patients	Service de santé mentale	18	35,39
	Scolaire	15	35,80
	Consultation privée	11	30,32
	Hôpital	26	40,42
	Service de santé mentale	18	39,89
	Scolaire	15	30,80
	Consultation privée	11	23,09

* Variables volontairement rajoutées par certains soignants

Table 8c : Test de Mann-Whitney pour l'indisponibilité de soins selon le lieu de travail du soignant.

Indisponibilité de soins	N	Mean Rank	U	W	Z	Sig. (2-tailed)
Hôpital	26	23,62	127,00	247,00	-1,943	.052
Scolaire	15	16,47				

Table 8d : Test de Mann-Whitney pour l'indisponibilité de soins selon le lieu de travail du soignant.

Indisponibilité de soins	N	Mean Rank	U	W	Z	Sig. (2-tailed)
Hôpital	26	22,73	46,00	112,00	-3,360	.001
Consultation privée	11	10,18				

Table 8e : Test de Mann-Whitney pour l'indisponibilité de soins selon le lieu de travail du soignant.

Indisponibilité de soins	N	Mean Rank	U	W	Z	Sig. (2-tailed)
Service de santé mentale	18	18,17	42,00	108,00	-2,644	.008
Consultation privée	11	9,82				

Table 8f : Test de Mann-Whitney pour le passage à l'acte suicidaire selon le lieu de travail du soignant.

Passage à l'acte suicidaire	N	Mean Rank	U	W	Z	Sig. (2-tailed)
Hôpital	26	26,12	140,00	311,00	-2,781	.005
Service de santé mentale	18	17,28				

Table 8g : Test de Mann-Whitney pour le passage à l'acte suicidaire selon le lieu de travail du soignant.

Passage à l'acte suicidaire	N	Mean Rank	U	W	Z	Sig. (2-tailed)
Hôpital	26	24,85	95,00	215,00	-3,294	.001
Scolaire	15	14,33				

Table 8h : Test de Mann-Whitney pour le passage à l'acte suicidaire selon le lieu de travail du soignant.

Passage à l'acte suicidaire	N	Mean Rank	U	W	Z	Sig. (2-tailed)
Hôpital	26	21,65	74,00	140,00	-2,895	.004
Consultation privée	11	12,37				

Table 8i : Test de Mann-Whitney pour l'anxiété selon le lieu de travail du soignant.

L'anxiété*	N	Mean Rank	U	W	Z	Sig. (2-tailed)
Hôpital	26	16,92	89,00	440,00	-2,644	.008
Scolaire	11	23,91				

* Variables volontairement rajoutées par certains soignants

Table 8j : Test de Mann-Whitney pour l'anxiété selon le lieu de travail du soignant.

L'anxiété*	N	Mean Rank	U	W	Z	Sig. (2-tailed)
Hôpital	26	20,19	174,00	525,00	-2,143	.032
Service de santé mentale	18	25,83				

* Variables volontairement rajoutées par certains soignants

Table 8k : Test de Mann-Whitney pour l'anxiété selon le lieu de travail du soignant.

L'anxiété*	N	Mean Rank	U	W	Z	Sig. (2-tailed)
Scolaire	15	11,37	50,50	170,50	-2,274	.023
Consultation privée	11	16,41				

* Variables volontairement rajoutées par certains soignants

Table 8l : Test de Mann-Whitney pour le décrochage scolaire selon le lieu de travail du soignant.

Décrochage scolaire *	N	Mean Rank	U	W	Z	Sig. (2-tailed)
Hôpital	26	16,63	81,50	432,50	-2,749	.006
Consultation privée	11	25,59				

* Variables volontairement rajoutées par certains soignants

Table 8m : Test de Mann-Whitney pour le décrochage scolaire selon le lieu de travail du soignant.

Décrochage scolaire *	N	Mean Rank	U	W	Z	Sig. (2-tailed)
Service de santé mentale	18	12,92	61,50	232,50	-2,102	.036
Consultation privée	11	18,41				

* Variables volontairement rajoutées par certains soignants

Table 8n : Test de Mann-Whitney pour le décrochage scolaire selon le lieu de travail du soignant.

Décrochage scolaire *	N	Mean Rank	U	W	Z	Sig. (2-tailed)
Hôpital	26	18,37	126,50	477,50	-2,462	.013
Scolaire	15	25,57				

* Variables volontairement rajoutées par certains soignants

Table 9b : ANOVA de Kruskal-Wallis : rangs des variables selon la fonction (N=66), pas prise en compte de la catégorie « autre ».

Ranks			
Variables	Fonction	N	Mean Rank
Troubles du comportement alimentaire	Accompagnant psychosocial	8	24,75
	Psychologue	32	34,03
	Psychiatre	7	35,36
	Médecin	4	33,00
	Infirmier	15	36,30
Idéations suicidaires	Accompagnant psychosocial	8	29,63
	Psychologue	32	34,78
	Psychiatre	7	37,29
	Médecin	4	17,25
	Infirmier	15	35,40
Prise de substances	Accompagnant psychosocial	8	30,25
	Psychologue	32	32,31
	Psychiatre	7	36,14
	Médecin	4	38,50
	Infirmier	15	35,20
Passage à l'acte suicidaire	Accompagnant psychosocial	8	23,25
	Psychologue	32	31,50
	Psychiatre	7	33,86
	Médecin	4	39,75
	Infirmier	15	41,40
Humeur dépressive	Accompagnant psychosocial	8	32,88
	Psychologue	32	37,00
	Psychiatre	7	22,86
	Médecin	4	28,75
	Infirmier	15	32,60
Automutilations	Accompagnant psychosocial	8	26,50
	Psychologue	32	34,75
	Psychiatre	7	38,29
	Médecin	4	26,50
	Infirmier	15	34,20
Isolement *	Accompagnant	8	29,63

Anxiété *	psychosocial		
	Psychologue	32	34,78
	Psychiatre	7	34,93
	Médecin	4	25,50
	Infirmier	15	34,30
	Accompagnant	8	35,75
Décrochage scolaire *	psychosocial		
	Psychologue	32	33,69
	Psychiatre	7	27,50
	Médecin	4	33,75
	Infirmier	15	34,10
	Accompagnant	8	34,25
Retour à l'école	psychosocial		
	Psychologue	32	35,28
	Psychiatre	7	26,00
	Médecin	4	34,25
	Infirmier	15	32,60
	Accompagnant	8	36,25
Conséquences sur le long terme	psychosocial		
	Psychologue	32	26,75
	Psychiatre	7	50,00
	Médecin	4	46,63
	Infirmier	15	35,23
	Accompagnant	8	29,00
Indisponibilité de soins	psychosocial		
	Psychologue	32	33,59
	Psychiatre	7	31,57
	Médecin	4	33,00
	Infirmier	15	36,73
	Accompagnant	8	23,81
Utilisation excessive des écrans	psychosocial		
	Psychologue	32	31,84
	Psychiatre	7	43,71
	Médecin	4	35,50
	Infirmier	15	36,90
	Accompagnant	8	37,06
Choix dans les patients	psychosocial		
	Psychologue	32	29,78
	Psychiatre	7	42,57
	Médecin	4	36,88
	Infirmier	15	34,40
	Accompagnant	8	27,75
	psychosocial		
	Psychologue	32	34,72
	Psychiatre	7	46,29
	Médecin	4	20,50
	Infirmier	15	31,47

* Variables volontairement rajoutées par certains soignants

Table 9c : Test de Mann-Whitney pour les retours à l'école selon la fonction du soignant.

Retours à l'école	N	Mean Rank	U	W	Z	Sig. (2-tailed)
Psychologue	32	17,31	26,00	554,00	-1,939	.053
Médecin	4	28,00				

Table 9d : Test de Mann-Whitney pour les retours à l'école selon la fonction du soignant.

Retours à l'école	N	Mean Rank	U	W	Z	Sig. (2-tailed)
Psychologue	32	17,50	32,00	560,00	-2,966	.003
Psychiatre	7	31,43				

Table 9e : Test de Mann-Whitney pour l'humeur dépressive selon la fonction du soignant.

L'humeur dépressive	N	Mean Rank	U	W	Z	Sig. (2-tailed)
Accompagnant psychosocial	8	18,50	112,00	148,00	-2,000	.046
Psychologue	32	21,00				

Table 9f : Test de Mann-Whitney pour l'humeur dépressive selon la fonction du soignant.

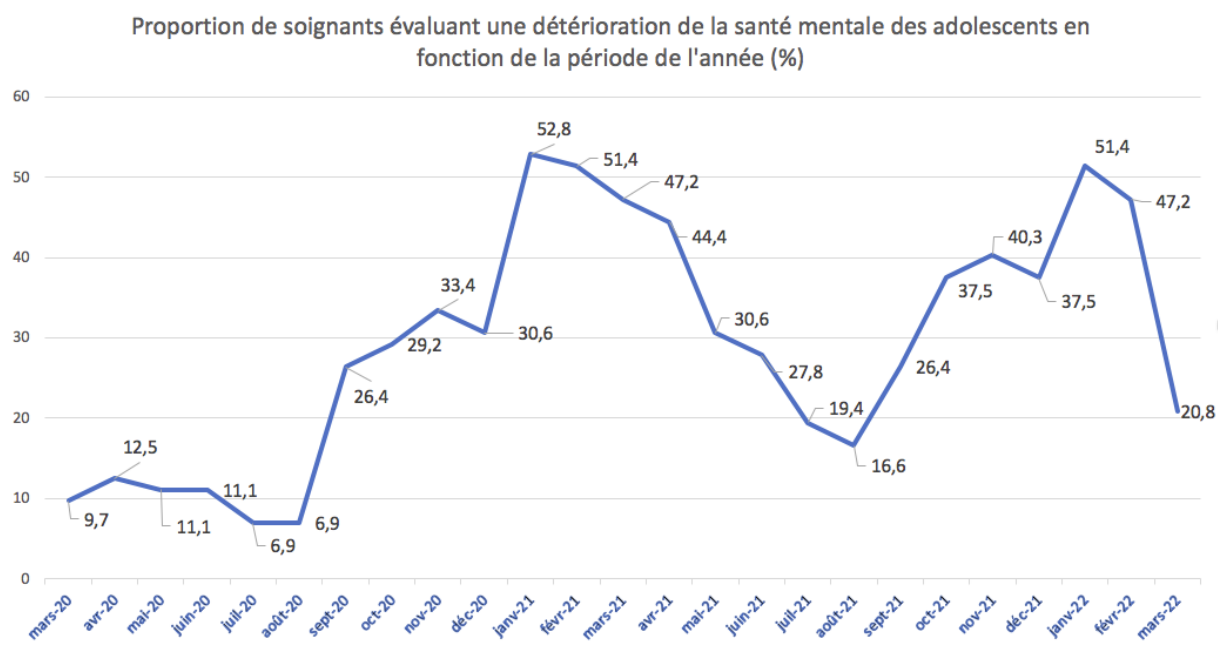
L'humeur dépressive	N	Mean Rank	U	W	Z	Sig. (2-tailed)
Psychiatre	7	13,14	64,00	92,00	-3,805	.000
Psychologue	32	21,50				

Table 9g : Test de Mann-Whitney pour l'humeur dépressive selon la fonction du soignant.

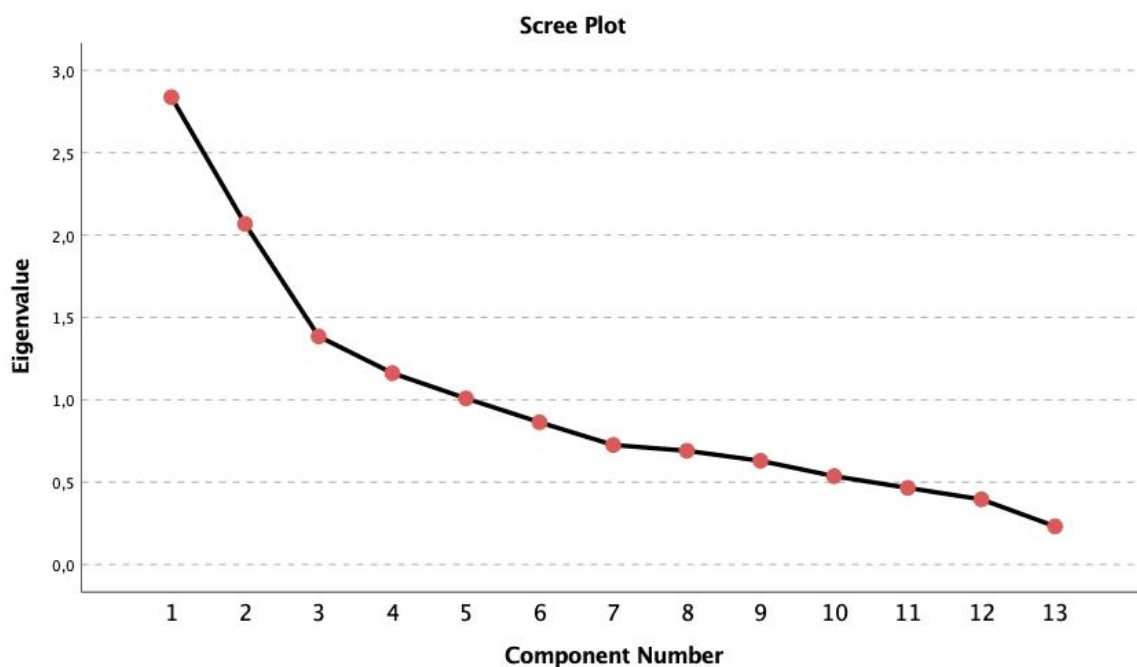
L'humeur dépressive	N	Mean Rank	U	W	Z	Sig. (2-tailed)
Médecin	4	14,50	48,00	58,00	-2,828	.005
Psychologue	32	19,00				

Annexe 3 : Graphiques

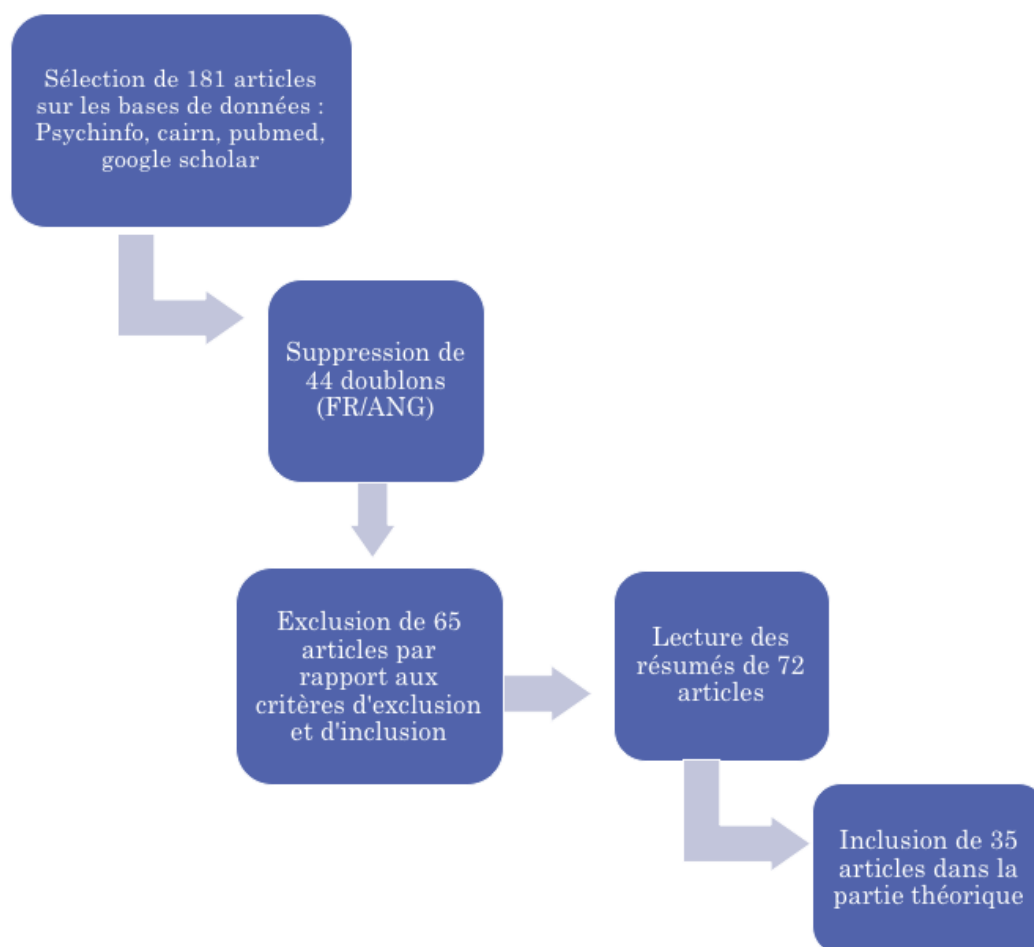
Graphique 2 : Proportion de soignants évaluant une détérioration de la santé mentale des adolescents en fonction de la période de l'année



Graphique 3 : Scree plot ou graphe d'Éboulis.



Annexe 4 : Sélection des articles pour la partie théorique



Mots clés (utilisé dans la recherche en français et en anglais):

Santé mentale, détresse psychologique, conséquences, impact, psychiatrie, pédopsychiatrie, état émotionnel, suicide,	Covid-19, Coronavirus, pandémie, épidémie	Adolescents
--	---	-------------

Critères d'exclusion	Critères d'inclusion
Population : « jeunes » ou enfants	Population : adolescents
Période : uniquement confinement ou lock down	Période : toute la période pandémique à partir de mars 2020
Adolescents ayant une déficience particulière, étant porteur d'handicap ou avec un problème de santé mentale préexistant	Adolescents tout venants
Aspects scolaires	Aspects de santé mentale

Étude sur la santé mentale des adolescents depuis la pandémie de COVID-19



1

Être soignant : *psychologue, infirmier, pédiatre, médecin, pédopsychiatre, psychiatre, assistant social,...*

2

Travailler avec des adolescents

3

Témoigner par questionnaire anonyme de 5-10min



Dans le cadre d'un mémoire en psychologie de la santé à l'UCL
Contact: blandine.vanmoorsel@student.uclouvain.be

Annexe 6 : Les remarques laissées par les participants dans les commentaires libres

Les remarques laissées en fin de questionnaire par les participants pointent systématiquement les éléments suivants :

1. La problématique des infrastructures et des ressources non-adaptées ou manquantes : *« Infrastructure non adaptée pour prendre en charge les patients adolescents souffrant de maladies psycho-sociales », « Manque de personnel soignant bien formé, de ressources humaines et matérielles », « Cette crise met en évidence les points faibles du système de santé et de l'accès aux soins », « Système de santé mentale complètement saturé », « Besoin urgent de créer de nouveaux lieux pour accueillir les adolescents », « Demande de suivis psychologiques que les services de santé mentale ne peuvent plus assumer ».*
2. La problématique des soignants démunis, débordés, surchargés et épuisés : *« Les neuropédiatres, neuropsychologues et psychiatres ne prennent même plus le temps de répondre car sont débordés », « Entretenir une bonne relation thérapeutique pluridisciplinaire est très compliquée », « J'ai vu ma consultation déborder de toute part », « J'ai augmenté au maximum mon agenda afin de pouvoir prendre en charge un maximum de patients, mais ce n'était pas suffisant », « Je n'ai pas pu prendre plus de patients en charge faute de disponibilité », « Démunis en tant que professionnel ».*
3. Stupeur face à la situation : *« Un niveau de détresse jamais atteints chez les adolescents », « Je n'ai pas de statistiques mais au minimum le double d'orientation en psychiatrie », « Les adolescents arrivent en masse aux urgences des hôpitaux et des équipes mobiles », « Trois suicides sur l'école en 1 an (alors que pas un seul en 20 ans), tentatives de suicide chaque semaine », « Forte de demande de placement en institution sans places », « Gestion des plus dramatique auprès de la jeunesse », « Personne n'écoute un tant soit peu le malaise de la jeunesse », « Culpabiliser les enfants et les adolescents comme bombes-virales », « Nette majoration des tentatives de suicide et idéations suicidaires », « Fonctionnement sans perspectives ou projets », « La situation est catastrophique », « Leurs (des adolescents) besoins spécifiques n'ont pas fait l'objet d'aucune priorité, ils ont été considérés comme résilients parce que jeunes, le monde adulte les a abandonnés ».*

Résumé

La santé mentale est une composante essentielle du bien-être et du développement chez l'adolescent. Pourtant, lors de la pandémie de COVID-19, celle-ci semble avoir été mise au second plan. Par ce travail, nous espérons mettre en avant cette thématique pour laquelle les recherches sont encore limitées et apporter une vision actuelle et globale sur la santé mentale des adolescents pendant la pandémie de COVID-19.

Dans la partie théorique de ce travail, nous avons parcouru la littérature afin de synthétiser d'une part les implications de la pandémie de COVID-19 sur l'environnement de vie et le quotidien des adolescents, et d'autre part, les conséquences de celles-ci sur leur santé mentale, tout en portant une attention particulière aux idéations suicidaires et au passage à l'acte suicidaire.

L'objectif de notre étude est de mettre en évidence deux éléments. Le premier est l'importance de la détérioration de la santé mentale des adolescents pendant la pandémie de COVID-19. Le second concerne l'indisponibilité de soins en santé mentale auxquels ont été confrontés les soignants durant la période pandémique, le tout, en souhaitant observer l'évolution ou l'éventuelle fluctuation dans la santé mentale des adolescents au cours de la pandémie de COVID-19. Pour ce faire, nous avons élaboré un questionnaire en ligne adressé aux soignants travaillant avec ce public.

Les résultats obtenus dans notre étude rejoignent la littérature et mettent en évidence la situation inquiétante concernant la détérioration de la santé mentale des adolescents pendant la pandémie de COVID-19. De nombreux soignants ont perçu une nette augmentation dans la plupart des comportements observés. Les résultats concernant l'indisponibilité de soins en santé mentale sont également inquiétants.

Dans de futures recherches, nous pensons qu'il serait pertinent de différencier la population adolescente par genre et par tranche d'âge, afin d'apporter plus de précisions dans nos observations. De même, évaluer chaque comportement ou symptôme d'une détérioration de la santé mentale dans une question spécifique, pourrait nous sembler pertinent.

