

Les impacts de la pandémie COVID-19 sur la santé mentale des jeunes adultes

The impacts of COVID-19 pandemic on youth mental health

MARCHINI S.^{1,2,3}, REIS J.^{1,3,4}, BOUZIOTIS J.^{3,5}, HUSSEIN I.^{1,3,6}, DELHAYE M.^{2,3} et DELVENNE V.^{1,3}

¹Service de Pédopsychiatrie, Hôpital universitaire des Enfants Reine Fabiola (HUDERF)

²Service de Psychiatrie infanto-juvénile, Hôpital Erasme

³Faculté de Médecine, Université libre de Bruxelles (ULB)

⁴Equipe Enfants et Adolescents, Service de Santé mentale, Université libre de Bruxelles – La Plaine (ULB)

⁵Service de la Recherche biomédicale, Hôpital Erasme

⁶Service de Psychiatrie et Psychologie médicale, CHU Brugmann

RÉSUMÉ

La santé mentale des jeunes adultes a été fortement affectée par la pandémie COVID-19, en partie à cause des mesures d'isolement social forcé et de la solitude. L'augmentation des symptômes anxiodépressifs ainsi que la prise de psychotropes a été objectivée durant cette période. L'évaluation des potentiels facteurs de protection, comme la résilience, semble essentielle afin de détecter les sujets les plus vulnérables.

Cette étude prospective longitudinale s'est déroulée en deux temps : le premier pendant le confinement au printemps 2020 (T1) et le deuxième en été 2020 (T2), lorsque les mesures restrictives avaient été assouplies. Les variables prises en compte étaient les scores de l'échelle de résilience pour adultes (RSA), celle de solitude, les besoins de soins en santé mentale (BSSM) avant et après le confinement ainsi que les contacts sociaux. Les participants ont été répartis en trois groupes en fonction de leurs BSSM. L'augmentation des BSSM a été relevée chez 5 % des participants à T1, y compris le début d'une médication psychotrope. Les différences des scores moyens de RSA (scores totaux et de *perception de soi*) étaient statistiquement significatives entre les groupes à T1. La différence des scores de solitude a diminué entre T1 et T2, en particulier, chez les jeunes avec des BSSM.

La pandémie à COVID-19 et les mesures restrictives associées représentent un impact négatif sur la santé mentale des jeunes, surtout chez les plus vulnérables. La résilience et les contacts sociaux avec les pairs sont des facteurs de protection à prendre en compte.

Rev Med Brux 2021 ; 42 : 368-377

Doi : 10.30637/2021.21-025

ABSTRACT

COVID-19 pandemic deeply affected young adults' mental health, partially because of both forced social isolation measures and loneliness. An increase in anxious and depressive symptoms and psychotropic drug use was established during this period. It seems essential to evaluate the potential protective factors, such as resilience, in order to detect vulnerable individuals.

This prospective longitudinal study was carried out in a two-phase survey: the first one during lockdown in spring 2020 (T1) and the second one in summer 2020 (T2), when restrictive measures were slackened. The main outcomes were the resilience scale for adults (RSA), the loneliness scale, mental health care needs (MHCN) before and after lockdown and social contacts. Participants were divided into three groups according to their MHCN. 5% of the participants experienced an increase in MHCN at T1, including the start of a psychotropic treatment. Differences in mean RSA scores (total score and *Perception of self* score) were statistically significant between groups at T1. The difference of loneliness scores was decreased between T1 and T2, in particular in youth with MHCN.

The COVID-19 pandemic and associated restrictive measures represent a negative impact on youth mental health, particularly among vulnerable individuals. Resilience and social contact with peers are protective factors that need to be taken into account.

Rev Med Brux 2021 ; 42 : 368/377

Doi : 10.30637/2021.21-025

Key words : COVID-19, lockdown, mental health, youth

INTRODUCTION

Les mesures de confinement adoptées pour endiguer la pandémie COVID-19, incluant l'isolement social, se sont multipliées depuis le printemps 2020 et représentent d'importantes sources de stress pour la santé mentale de la population^{1,3}. Les jeunes adultes, sensibles à l'isolement social, représentent une population particulièrement à risque en santé mentale. En effet, la majorité des symptômes de troubles psychiques se manifestent avant l'âge de 24 ans⁴.

Une étude menée en Chine, sur 584 sujets entre 14 et 35 ans, relève qu'un problème psychologique concomitant à la pandémie COVID-19 est présent chez 40,4 % d'entre eux⁵. Ces résultats sont corroborés par d'autres enquêtes en ligne, menées notamment pendant les premières semaines du confinement en Italie, où 40 % des 5.683 participants rapportent une souffrance psychique qui semble plus marquée chez les femmes et chez les jeunes⁶. Au-delà de la détresse psychique ressentie, d'autres paramètres ont été utilisés pour quantifier l'augmentation des besoins de soins en santé mentale (BSSM) pendant cette période, y compris le recours à une médication psychotrope visant l'atténuation des symptômes apparus contextuellement à la pandémie COVID-19. Dans une vaste étude réalisée aux États-Unis sur 5.470 répondants, 13,3 % d'entre eux ont commencé ou augmenté la dose d'un traitement psychotrope pour faire face au stress ou aux émotions en lien avec la pandémie ; parmi ces individus, la plupart étaient âgés de 18 à 24 ans⁷.

Les mesures d'isolement social, liées à la COVID-19, peuvent accentuer le sentiment de solitude qui représente un facteur de risque majeur des troubles anxio-dépressifs^{8,9}. Le sentiment de solitude semble, par ailleurs, plus marqué chez les jeunes de moins de 30 ans et chez ceux ayant un diagnostic antérieur de trouble psychique¹⁰.

Dans ce contexte de pandémie, suscitant un stress considérable, il paraît essentiel de cerner les compétences individuelles permettant de faire face à ces événements potentiellement traumatiques. La résilience, définie comme la capacité d'un individu à répondre adéquatement à des événements de vie défavorables, semble jouer un rôle de protection dans les troubles anxio-dépressifs en temps ordinaire¹¹ mais encore plus en période pandémique¹². Une corrélation négative entre résilience et solitude a déjà été montrée, en dehors de la pandémie COVID-19¹³ mais le lien entre ces deux variables, chez des jeunes adultes, n'a pas encore été évalué en période de crise sanitaire.

Objectif de l'étude

Cette étude avait pour objectif d'analyser l'impact de la pandémie COVID-19 et des mesures sanitaires sur la santé mentale des jeunes adultes âgés de 18 à 25 ans. Dans un premier temps, nous avons analysé les besoins de soins de santé mentale (BSSM) de 825 jeunes adultes au cours du printemps 2020, alors que les mesures restrictives de confinement étaient d'application¹⁴. Afin d'étudier les potentiels facteurs de risque et de protection en matière de santé mentale, l'émergence des BSSM a été étudiée en lien avec les capacités de résilience, la solitude et les contacts sociaux. Dans un deuxième temps la modification du sentiment de solitude a été évaluée entre la période de confinement du printemps 2020 (T1) et celle de l'assouplissement des mesures restrictives en été 2020 (T2) et a été étudiée en corrélation avec la résilience des individus¹⁵.

MATERIEL ET METHODES

Éthique et collecte de données

Cette étude a fait l'objet d'une évaluation et de l'approbation éthique de deux institutions compétentes : le Comité d'Éthique de l'Hôpital Erasme ainsi que le Comité d'Examen institutionnel (CEI) du département du cerveau et des sciences du comportement de l'Université de Pavie, Italie. L'étude a été menée conformément à la Conférence internationale sur l'harmonisation (ICH), notamment en suivant les Bonnes Pratiques Cliniques (BPC), elle a ainsi été enregistrée sur la plateforme ClinicalTrials.gov (Identifiant : NCT04371250). Chaque sujet a fourni son consentement éclairé écrit pour la participation à cette enquête anonyme.

La collecte des données a été effectuée à deux moments sur la plateforme sécurisée REDCap® (Research Electronic Data Capture). Une première phase de l'enquête (T1) a été réalisée entre le 7 avril et le 4 mai 2020, pendant la période de confinement, en Italie et en Belgique. Une deuxième récolte de données (T2) a été réalisée entre le 3 août et le 10 octobre 2020, pendant la période d'assouplissement des mesures susmentionnées. L'enquête a été diffusée sur les réseaux sociaux à T1. Pour cette phase de l'enquête, à visée épidémiologique en santé mentale, nous avons estimé un échantillon de 383 individus pour chaque pays ; cette considération a été réalisée en fixant le niveau de confiance à 95 % et la marge d'erreur à 5 %.

Les participants, qui avaient marqué leur accord, ont été recontacté par mail pendant l'été 2020 pour remplir la deuxième partie de l'étude (T2). Les critères d'inclusion et d'exclusion sont présentés dans le tableau 1.

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Genre masculin ou féminin	Enquêtes incomplètes
18 à 25 ans	Date de remplissage de l'enquête T1 après les mesures de confinement dans le pays de résidence
Francophone ou italophone	
Consentement éclairé signé par le participant	
Pays de résidence pendant les mesures de confinement : Belgique ou Italie	

Matériels

L'enquête en ligne était composée de quatre sections. La première section comprenait des informations sociodémographiques (sexe, âge, nationalité, activité professionnelle ou académique). La deuxième section a exploré le changement des contacts (à distance et/ou en présentiel) pendant les mesures de confinement (T1) et pendant la période d'assouplissement de ces mesures (T2). La troisième partie visait à évaluer les BSSM avant et pendant les mesures de confinement (T1) et après la fin des mesures de confinement (T2), telles que des soins psychiatriques ambulatoires ou hospitaliers, les suivis psychothérapeutiques ou psychologiques ou une prise de médicaments psychotropes. La dernière section était composée de deux auto-questionnaires évaluant la résilience (T1) et la solitude (T1 et T2).

Échelle de Résilience pour Adultes (RSA)

La RSA est un auto-questionnaire composé de 33 items^{16,17}. Cette échelle est composée de 6 facteurs de résilience intra- et interpersonnels : (1) Perception de soi (six items), (2) Planification future (quatre items), (3) Compétences sociales (six items), (4) Structure personnelle (quatre items), (5) Structure familiale cohérente (six items) et (6) Support social (sept items)^{18,19}.

Le score total de la RSA représente un indice global de résilience : un score élevé indique des niveaux plus élevés de résilience. Chaque score des 6 facteurs évalués a été analysé pour identifier celui qui était le plus étroitement associé à l'augmentation des BSSM pendant la période de confinement. Cette échelle a été validée à la fois dans la population italophone²⁰ et belge francophone²¹.

Échelle de Solitude de l'Université de Californie, Los Angeles (UCLA)

L'échelle de solitude de l'UCLA est un auto-questionnaire composé de 20 items²². Les participants doivent choisir la fréquence des sentiments de solitude dans leur vie quotidienne sur une échelle de 1 (jamais) à 4 (toujours). Un score élevé représente un plus grand sentiment de solitude. Cet outil est validé à la fois dans la population italienne²³ et francophone²⁴. Dans notre étude, les scores de solitude ont été évalués à T1 puis à T2 chez les mêmes sujets.

Classement des participants

Nous avons divisé la population étudiée grâce à cette

enquête en ligne, en trois groupes, en fonction de leurs BSSM : le groupe 0 (pas de BSSM) correspond aux sujets qui n'avaient jamais cherché de l'aide en matière de santé mentale durant leur vie entière; le groupe 1 (BSSM constants) inclus des jeunes ayant déjà reçu des soins en santé mentale dans leur vie (ex. consultation et/ou suivi psychologique ou psychiatrique), sans que ces besoins aient changé pendant la période de confinement ; le groupe 2 (BSSM augmentés) correspond aux jeunes qui ont rapporté de nouveaux besoins de soins en santé mentale ou une augmentation de ces besoins après le début du confinement.

Analyses statistiques

Des statistiques descriptives ont été utilisées pour analyser les caractéristiques sociodémographiques et les activités des participants. Le nombre d'individus et la fréquence relative (%) ont été considérées comme des variables qualitatives. La moyenne et la déviation standard ont été présentées pour décrire les données quantitatives distribuées normalement. La médiane et l'écart interquartile ont été utilisés pour décrire les distributions asymétriques. La normalité des distributions a été évaluée sur base de représentations graphiques (histogramme, boîte à moustache, plot normal).

Les données quantitatives ont été comparées entre les trois groupes avec une ANOVA quand les distributions étaient normales et les variances homogènes ou avec le test de Kruskal-Wallis dans le cas contraire. Les données qualitatives ont été comparées avec le test du Chi carré de Pearson.

La différence du score de solitude entre T1 et T2 a été analysée, en fonction du groupe 0, 1 ou 2 et du score de résilience avec une analyse de covariance. Les comparaisons 2 à 2 post-hoc ont été réalisées avec le test de Tukey.

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel Stata/MP 14.1. Le seuil de significativité a été fixé à 0,05.

RESULTATS

L'échantillon au temps T1 comptait 825 participants qui résidaient autant en Belgique qu'en Italie. Au temps T2, nous avons pu récolter les réponses de 88 personnes sur 251 qui avaient initialement donné leur consentement à participer à la 2^e phase de l'étude.

Les groupes 0 et 1 étaient les plus représentés, comptant à eux deux, plus de 93 % des participants. Le groupe 2 comptait plus de 60 % de Belges au temps T1. Trois quarts des participants au total étaient de sexe féminin, avec davantage de femmes dans les groupes 1 et 2 comparés au groupe 0.

80 % des répondants étaient des étudiants, avec un âge moyen de 22 ans (DS=2,2). La moitié d'entre eux vivait en couple. A part la différence de répartition de groupe en fonction du sexe et du pays au temps T1, les trois groupes ne présentaient pas de différences significatives pour les caractéristiques sociodémographiques (tableaux 2 et 3).

Tableau 2

Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon et comparaison des groupes à T1 (N=825).

Variables	Total		Groupe 0 (n = 425) (pas de BSSM)		Groupe 1 (n = 360) (BSSM constants)		Groupe 2 (n = 40) (BSSM augmentés)		valeur p
	n	% / Moyenne (DS)	n	% / Moyenne (DS)	n	% / Moyenne (DS)	n	% / Moyenne (DS)	
Genre									< 0,001
Masculin	209	25,3	133	31,3	69	19,2	1	17,5	
Féminin	616	74,7	239	68,7	291	80,8	5	82,5	
Age (ans)	825	22,0 (2,2)	425	21,9 (2,3)	360	22,1 (2,2)	40	22 (2,3)	0,38
En couple									0,93
Non	418	50,7	218	51,3	180	50,0	20	50,0	
Oui	407	49,3	207	48,7	180	50,0	20	50,0	
Activité									0,82
Étudiant	684	82,9	354	83,3	296	82,2	34	85,0	
Travailleur	130	17,8	67	15,8	58	16,1	5	12,5	
Sans activité/ autre	11	1,3	4	0,9	6	1,7	1	2,5	
Pays									0,03
Belgique	378	45,8	180	42,3	173	48,1	25	62,5	
Italie	447	54,2	245	57,7	187	51,9	15	37,5	

Abréviation : DS : Déviation standard.

Tableau 3

Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon et comparaison des groupes à T2 (N=88).

Variables	Total		Groupe 0 (n = 33) (pas de BSSM)		Groupe 1 (n = 49) (BSSM constants)		Groupe 2 (n = 6) (BSSM augmentés)		valeur p
	n	% / Moyenne (DS)	n	% / Moyenne (DS)	n	% / Moyenne (DS)	n	% / Moyenne (DS)	
Genre									0,29
Masculin	19	21,6	10	30,3	8	16,3	1	16,7	
Féminin	69	78,4	23	69,7	41	86,7	5	83,3	
Age (ans)	88	22,0 (2,4)	33	22,2 (2,5)	49	22,0 (2,4)	6	21,5 (2,9)	0,80
En couple									0,94
Non	41	46,6	16	48,5	22	44,9	3	50,0	
Oui	47	53,4	17	51,5	27	55,1	3	50,0	
Activité									0,60
Étudiant	72	81,8	27	81,8	40	81,6	5	83,3	
Travailleur	11	12,5	5	15,2	6	12,2	0	0,0	
Sans activité/ autre	5	5,7	1	3,0	3	6,1	1	16,7	
Pays									1,00
Belgique	41	46,6	15	45,5	23	46,9	3	50,0	
Italie	47	53,4	18	54,5	26	53,1	3	50,0	

Abréviation : DS : Déviation standard.

La consommation de médicaments psychotropes a été analysée en détail au temps T1. Avec une provenance géographique plutôt homogène (Belgique 53,5 % - Italie 46,5 %), 58 participants (7 %) ont rapporté la consommation de médicaments psychotropes, avec une majorité de filles (81 %). Une majorité d'entre

eux (n=52), prenaient déjà un traitement psychotrope avant le début du confinement, seul 6 sujets ont commencé un traitement psychotrope avec le confinement. La plupart des jeunes qui consommaient une médication psychotrope (80 %), prenaient une seule molécule, alors que 20 % en prenaient au moins deux

(tableau 4). Parmi les sujets du groupe 2, 83,3 % des participants prenaient également une seule molécule. Les classes de molécules les plus prescrites au sein de

cette population étaient les antidépresseurs (50 %) et les anxiolytiques / hypnotiques (50 %).

Tableau 4

Consommation de psychotropes à T1 (n=58).

Variables	Total		Début avant confinement (n = 52) Groupe 1 (BSSM constants)		Début pendant confinement (n = 6) Groupe 2 (BSSM augmentés)		valeur p	
	n	%	n	%	n	%		
Genre	Masculin	11	19	9	17,3	2	33,3	0,32
	Féminin	47	81	43	82,7	4	66,7	
Pays	Belgique	31	53,5	29	55,8	2	33,3	0,40
	Italie	27	46,5	23	44,2	4	66,7	
Quantité de molécule	1	36	80	31	79,5	5	83,3	1,00
	≥2	9	20	8	20,5	1	16,7	
Classe de molécule	Antidépresseur	23	39,6	20	38,5	3	50,0	0,67
	Anxiolytique / hypnotique	18	31,0	15	28,9	3	50,0	0,36
	Thymorégulateur	4	6,9	4	7,7	0	0	1,00
	Psychostimulant	2	3,5	2	3,9	0	0	1,00
	Complément naturel	5	8,6	4	7,7	1	16,7	0,43
	Autres	2	3,5	2	3,9	0	0	1,00

Détail des molécules psychotropes consommées au sein de la population étudiée :

Antidépresseur : inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) ; inhibiteurs mixtes de recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN) ; inhibiteurs de la recapture de la dopamine et de la noradrénaline (IRDN) ; **Anxiolytique / hypnotiques** : benzo-diazépines et apparentés (ex. zolpidem) ; **Thymorégulateur** : carbonate de lithium et lamotrigine ; **Psychostimulant** : méthylphénidate ; **Complément naturel** : mélatonine, extraits de passiflore ; **Autres** : antipsychotique ou autre non spécifié.

À T1, le score moyen de solitude était de 42,8 (DS=9,9) et celui de résilience de 161,6 (DS=28,3). Au sein de la population suivie longitudinalement, le score moyen de solitude était de 43,8 (DS=10,3) à T1 et de 43,1 (DS=10,3) à T2. Les détails des scores des questionnaires de solitude et de résilience sont rapportés dans les tableaux 5 et 6.

Tableau 5

Scores des questionnaires de solitude et résilience à T1 (N=825).

	Moyenne (DS)
UCLA Solitude	42,8 (9,9)
RSA Score Total	161,6 (28,3)
	Médiane (EIQ)
RSA Perception de soi	27 (20-32)
RSA Planification future	18 (13-22)
RSA Compétences sociales	31 (25-35)
RSA Structure personnelle	29 (23-35)
RSA Structure familiale cohérente	42 (37-46)
RSA Support Social	20 (16-23)

Abbréviations: UCLA : Echelle de Solitude de l'Université de Californie, Los Angeles ; RSA : Echelle de Résilience pour Adultes ; DS : Déviation standard ; EIQ : Ecart Interquartile.

Tableau 6

Scores du questionnaire de solitude à T1 et T2 (N=88).

Groupe	UCLA		valeur p
	T1	T2	
Total	43,8 (10,3)	43,1 (10,6)	0,33
0	40,6 (9,2)	40,6 (9,3)	0,98
1	46,0 (10,9)	45,7 (11,2)	0,78
2	43,0 (7,2)	35,5 (4,5)	0,04

Abbréviations: UCLA : Echelle de Solitude de l'Université de Californie, Los Angeles ; DS : Déviation standard.

Au temps T1, le score de résilience total et les sous-items ont été comparés entre les groupes. Le groupe 0 avait un score total moyen (165,2) significativement plus élevé que celui du groupe 1 (158,3, p=0,002) et du groupe 2 (153,9, p=0,046). Le score de Perception de soi était également plus élevé dans le groupe 0 (médiane [EIQ] 28 [23 – 32]), par rapport au groupe 1 (médiane [EIQ] 25 [18 – 31]) ou au groupe 2 (médiane [EIQ] 25 [16,5 – 29]). Le score de Structure personnelle était plus élevé dans le groupe 0 (médiane [EIQ] 30 [25 – 36]) par rapport au groupe 1 (médiane [EIQ] 28,5 [22 – 35]). Les autres items du score de résilience ne diffé-

raient pas significativement entre les groupes.

Le groupe 2 diffère des deux autres groupes, en ce qui concerne les contacts en ligne avec la famille et les contacts en présentiel avec les amis. Seuls 42,5 % des participants du groupe 2 ont gardé constantes leurs habitudes de contacts en ligne avec leur famille, ce qui est significativement moins fréquent que dans le groupe 0 (66,1 %, $p=0,009$) que dans le groupe 1 (65,6 %, $p=0,02$). Le groupe 2 a montré une augmen-

tation des contacts en ligne avec la famille (40,0 %, par rapport au groupe 0 (21,7 %, $p=0,04$) et au groupe 1 (21,1 %, $p=0,02$). Pour ce qui est des contacts en personne avec les amis, ceux-ci sont restés le plus souvent constants dans le groupe 2 (42,5 %) comparé aux groupes 0 (25,7 %, $p=0,003$) et 1 (16,1 %, $p<0,001$). Le groupe 2 a montré moins d'augmentation (30 %) de ces contacts en présence que le groupe 0 (50,6 %, $p=0,04$) et que le groupe 1 (52,8 %, $p=0,02$) (tableau 7)

Tableau 7

Comparaison de données entre groupes (T1).

	Groupe 0 (pas de BSSM) n = 425	Groupe 1 (BSSM constants) n = 360	Groupe 2 (BSSM augmentés) n = 40		
Variabiles	Moyenne (DS) / Médiane (EIQ)	Moyenne (DS) / Médiane (EIQ)	Moyenne (DS) / Médiane (EIQ)	valeur p	Comparaisons appariées : diff. sign. Adj. valeur p
RSA Score total	165,2 (26,6)	158,3 (29,5)	153,9 (30,2)	< 0,001	Go vs G1 : 0,002 ; Go vs G2 : 0,046
RSA Perception de soi	28 (23 - 32)	25 (18 - 31)	25 (16,5 - 29)	< 0,001	Go vs G1 : <0,001 ; Go vs G2 : 0,002
RSA Planification future	18 (13 - 22)	18 (12 - 22)	17 (11 - 20)	0,08	/
RSA Compétences sociales	31 (25 - 35)	30 (24 - 36)	30,5 (25 - 34)	0,58	/
RSA Structure personnelle	30 (25 - 36)	28,5 (22 - 35)	29 (18,5 - 33,5)	0,007	Go vs G1 : 0,01
RSA Structure familiale cohérente	42 (37 - 46)	42 (36 - 46)	43 (33,5 - 45)	0,80	/
RSA Support social	20 (16 - 24)	20 (16 - 23)	20 (15,5 - 22)	0,59	/
	%	%	%	valeur p	
Contacts En ligne – Amis				0,18	/
Constant	73,4	70,6	67,5	0,55	
Augmentation	9,2	10,8	2,5	0,22	
Diminution	17,4	18,6	30,0	0,15	
Contacts En ligne – Famille				0,04	Go vs G2 : 0,03 ; G1 vs G2 : 0,03
Constant	66,1	65,6	42,5	0,01	Go vs G2 : 0,009 ; G1 vs G2 : 0,01
Augmentation	21,7	21,1	40,0	0,02	Go vs G2 : 0,03 ; G1 vs G2 : 0,02
Diminution	12,2	13,3	17,5	0,61	/
Contacts En personne – Amis				< 0,001	Go vs G1 : 0,006 ; G1 vs G2 : <0,001
Constant	25,7	16,1	42,5	< 0,001	Go vs G1 : 0,003 ; G1 vs G2 : <0,001
Augmentation	50,6	52,8	30,0	0,02	Go vs G2 : 0,04 ; G1 vs G2 : 0,02
Diminution	23,8	31,1	27,5	0,07	/
Contacts En personne – Famille				0,17	/
Constant	45,4	40,3	42,5	0,35	/
Augmentation	32,0	29,2	32,5	0,67	/
Diminution	22,6	30,6	25,0	0,04	Go vs G1 : 0,03

Abréviations : UCLA : Echelle de Solitude de l'Université de Californie, Los Angeles ; RSA : Echelle de Résilience pour Adultes ; DS : Déviation standard ; EIQ : Ecart Interquartile.

La différence du score de solitude entre T1 et T2 a varié significativement en fonction du groupe. Pour un score de résilience égal, comparé au groupe 0 (dans lequel le score est resté stable), la diminution du score de solitude dans le groupe 2 était plus grande, à savoir 7,24 en moins ($p=0,02$). Cette diminution dans le groupe 2

était également plus grande, comparée à la diminution du score dans le groupe 1 ($p=0,01$) qui, elle, ne différait en moyenne que de 0,22 par rapport au groupe 0. Indépendamment du groupe, plus le score de résilience était élevé, moins le score de solitude avait diminué ($p=0,02$) (tableau 8).

Tableau 8

Scores du questionnaire de solitude à T1 et T2 (N=88).

Variables	Δ UCLA (T2-T1) b (ES)	valeur p
Groupe		0,02*
0	0	
1	0,22 (1,33)	
2	-7,24 (2,61)	
RSA	0,06 (0,03)	0,02

*groupe 0 vs 2 : valeur p = 0,02 ; groupe 1 vs 2 : valeur p = 0,01

Abréviations : ES : Erreur standard ; RSA : Echelle de Résilience pour Adultes ; UCLA : Echelle de Solitude de l'Université de Californie, Los Angeles.

DISCUSSION

À l'aide d'une enquête en ligne, cette étude a investigué les impacts des mesures sanitaires, visant à contenir la pandémie de COVID-19, en ce compris l'isolement social, sur la santé mentale des jeunes adultes âgés de 18 à 25 ans, vivant en Belgique et en Italie. Les paramètres pris en compte sont les compétences de résilience, le sentiment de solitude, le contexte socio-familial et les contacts sociaux ainsi que le changement des besoins de soins de santé mentale comme la recherche d'aide professionnelle (psychologique, psychiatrique...), la prise de médication psychotrope et/ou les éventuelles hospitalisations en service de psychiatrie. L'évaluation longitudinale a été réalisée à deux reprises : une pendant le printemps 2020 lorsque le confinement était d'application dans ces deux pays européens et l'autre en été 2020, quand les mesures sanitaires ont été assouplies.

À la suite de la première phase de confinement, 5 % des 825 jeunes participants ont montré une augmentation des BSSM. Cette hausse a été quantifiée chez les sujets à partir du début du confinement, en évaluant la première prise de contact avec un professionnel de santé mentale ou le début d'un traitement psychotrope. Si on compare ce résultat, avec la plus récente étude européenne d'épidémiologie des troubles mentaux en population générale, qui a montré un taux de 6,4 % de nouvelles demandes de prise en charge en santé mentale en 12 mois dans un échantillon de sujets âgés de plus de 18 ans²⁵, le taux de 5 % d'émergence de BSSM au sein des jeunes de 18 à 25 ans sur une période de 3 mois, paraît très élevé¹⁴.

Concernant les traitements psychotropes prescrits chez les jeunes adultes, 8,6 % des répondants de notre étude consommaient au moins une classe de psychotropes lors de l'enquête dont la grande majorité d'entre eux le prenait déjà lors du début de la pandémie. Seuls 0,85 % de notre population étudiée ont commencé un traitement médicamenteux au début du confinement (groupe 2). Parmi eux, les molécules de choix pour initier le traitement étaient pour moitié des antidépresseurs, inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et pour moitié des anxioly-

tiques/hypnotiques de type benzodiazépines. 83,3 % de ces jeunes prenaient une monothérapie. Une portion mineure de sujets a rapporté un traitement thyro-régulateur (carbonate de lithium et lamotrigine), psychostimulant (méthylphénidate) ou encore basé sur des compléments naturels, y compris la mélatonine et les extraits de passiflore.

Ces résultats permettent de mettre en lumière une consommation de traitements psychotropes non négligeable chez les jeunes et une légère augmentation de la consommation concomitante au confinement du printemps 2020. Cette hausse de prescription de substances psychotropes, tout en étant cohérente avec les études réalisées au cours de l'année sur des échantillons d'adultes aux États-Unis⁷, reste néanmoins moins importante. Cet élément pourrait être expliqué, entre autres, par une tendance différente de prescription de psychotropes entre les États-Unis et les pays européens²⁶.

Au sein de la population étudiée, le taux de 7 % de consommation de traitements psychotropes, est inférieur à celui rapporté dans l'enquête de santé 2013 en Belgique qui était de 16 % chez des personnes âgées de plus que 15 ans, avec une fréquence moindre chez les plus jeunes²⁷. La plus grande consommation chez les personnes de sexe féminin (81 %) s'inscrit dans la même tendance que dans la population générale²⁷. Les molécules les plus utilisées étaient du même type que celui rapporté dans la présente recherche : hypnotique, anxiolytique et antidépresseur. Dans l'échantillon étudié, la monothérapie était préférée, en cohérence avec les plus récentes recommandations internationales en matière de prescription de psychotropes, surtout chez les jeunes adultes²⁸.

Les capacités de résilience, évaluées par la RSA durant la période de confinement du printemps 2020, montrent que les participants appartenant au groupe 2 ont des taux de résilience moins élevés que ceux du groupe 0¹⁷. En analysant en détail le premier facteur de cette échelle Perception de soi, qui décrit la confiance en ses propres capacités de jugements et d'attentes, on note une différence entre le groupe 2 et le groupe 0, suggérant un manque de confiance en ses propres ressources plus marqué chez les individus qui avaient fait l'expérience d'une augmentation des BSSM. Ces résultats mettent en évidence le rôle de la détresse psychologique contextuelle à la période du confinement, qui, entraînant parfois un trouble en santé mentale, justifierait une demande de prise en charge. Les désastres à large échelle ont déjà été mis en relation avec une hausse des troubles dépressifs, anxieux et de stress post-traumatique^{1,29}. Il est donc possible d'émettre l'hypothèse que la pandémie COVID-19 et, plus particulièrement, les mesures de restriction sociale, auraient représenté un élément significatif influençant l'émergence ou l'augmentation des besoins de soins en santé mentale des jeunes adultes. Ce résultat est cohérent avec une étude récente, réalisée en temps de pandémie COVID-19, prouvant que la résilience est un facteur de protection vis-à-vis de l'effet du stress qui peut amener à des symptômes dépressifs, directement ou indirectement, par médiation de l'anxiété¹².

Comme les jeunes du groupe 2, les participants du groupe 1 montraient des scores moindres de compétences totales de résilience, ainsi que du facteur Perception de soi, par rapport au groupe 0. Ces résultats démontrent que la résilience et, en particulier, l'estime de soi, joue un rôle protecteur face aux événements adverses de la vie en termes de santé mentale.

Concernant les échanges sociaux, cette étude démontre l'importance des différents types de contacts, en ligne et en présentiel, avec les amis et la famille pendant les moments d'isolement social, en accord avec une étude italienne ayant eu lieu pendant la toute première période de confinement³⁰. En particulier, les participants du groupe 2 ont montré une augmentation des contacts en ligne avec leur famille beaucoup plus marquée que dans les groupes 0 et 1. Des auteurs français, ayant réalisé une vaste revue de littérature, suggèrent que des préoccupations réciproques pourraient expliquer ces résultats².

Pour les échanges sociaux en présence avec les amis, ils semblent avoir moins augmenté au sein du groupe 2 par rapport aux deux autres groupes. Ainsi, les jeunes des groupes 0 et 1 ont pu s'appuyer sur une augmentation des contacts en présence avec leurs amis pendant l'isolement social forcé. Ce résultat pourrait être expliqué de deux manières : soit les participants de ces 2 groupes sont moins seuls et partagent, par exemple un logement avec des pairs, ou bien ils ont volontairement ressenti, et agi, le besoin de rencontrer physiquement leurs amis, prenant ainsi le pas et faisant fi des règles sanitaires d'isolement social au profit de leurs besoins en santé mentale.

D'après une enquête nationale australienne, le soutien des pairs représente la ressource la plus précieuse pour combattre les difficultés en santé mentale, spécialement en cas d'intervention urgente³¹. Le sentiment d'appartenance à un groupe, conçu comme le désir d'affiliation interpersonnelle³², représente un facteur protecteur contre la solitude et la dépression potentielle chez les adolescents²³.

Les participants des groupes 0 et 1 ont pu s'autoriser à prioriser les contacts en personne avec leurs amis, car ils ont ressenti le besoin de soutien de leur part. À l'inverse, les participants du groupe 2 ayant nécessité une émergence des BSSM pendant le confinement, pourraient avoir vécu difficilement le fait de ne pas avoir des contacts en présence avec leurs pairs, ce qui a pu jouer un rôle clé dans la souffrance psychique de ces jeunes. Le soutien des pairs paraît être ainsi, un possible facteur de protection pour la détresse psychologique pendant le confinement. Des recherches plus approfondies sur les dynamiques de soutien entre pairs à l'égard de la santé mentale devraient être envisagées, en particulier, chez les jeunes où le sentiment d'appartenance représente un besoin fondamental.

En ce qui concerne la solitude, une tendance à la diminution de ce sentiment entre le printemps 2020 et l'été 2020 a été objectivée chez tous les participants des groupes 1 et 2, avec une diminution particulièrement importante chez les sujets ayant fait l'expérience d'une augmentation des BSSM après le début du confi-

nement. Comme cela a déjà été décrit en littérature, la solitude est en lien avec plusieurs troubles psychiatriques ainsi qu'avec des risques psycho-sociaux³⁴. En plus, les mesures d'isolement social sont étroitement connectées avec la solitude et, ces deux éléments conjoints, peuvent augmenter le risque de dépression et d'anxiété à court et moyen terme³⁵.

Ces résultats mettent en lumière le rôle potentiellement bénéfique de l'interaction sociale chez les jeunes, surtout parmi ceux qui font face à une souffrance psychologique. Les prises en charge en santé mentale, proposées entre T1 et T2, pourraient également avoir eu un impact positif sur la diminution du sentiment de solitude³⁶. De plus, une corrélation directe a été démontrée entre les compétences de résilience, évaluées à T1, et la différence de solitude entre T1 et T2. En effet, des compétences de résilience moins élevées pourraient être considérées comme prédictives des changements dans le sentiment de solitude à moyen terme, en lien avec des variations des mesures externes limitant les interactions sociales³⁵ ainsi que les prises en charge en santé mentale³⁶.

En termes de provenance géographique, plus de 60 % des participants appartenant au groupe 2 résidaient en Belgique. Cette disparité semble pouvoir être influencée par deux principaux facteurs confondants. D'une part, il est possible que des différences dans l'organisation du système de soin de santé entre la Belgique et l'Italie en temps normal et de confinement, aient joué un rôle dans l'accessibilité aux soins en santé mentale de la population étudiée³⁷. D'autre part, tout en faisant partie de l'Europe occidentale, ces deux pays se différencient en terme de discrimination et d'auto-stigmatisation en matière de santé mentale³⁸.

Au-delà des forces de cette étude, le fait que seuls des jeunes capables de remplir une enquête ont participé à l'étude peut représenter une limitation. Cependant, la grande taille de l'échantillon à T1, semble fournir une image assez complète de la santé mentale des jeunes en Belgique et en Italie pendant la période de pandémie COVID-19. Au temps T2, le taux de jeunes « perdus de vue » est important, amenant un biais d'interprétation. On peut toutefois émettre l'hypothèse que les jeunes se sentaient peu motivés à remplir un nouveau questionnaire sur leur état de santé mentale car ils se sentaient moins bien ou que l'enquête n'était pas une priorité pour eux. Par conséquent, l'impact potentiel du nombre important de perdus de vue sur les comparaisons établies entre T1 et T2 ne doit pas être ignoré. De plus, un déséquilibre de genre, en faveur des participants de sexe féminin, reste présent à T1 comme à T2. Enfin, il a été rapporté, à des multiples reprises en littérature scientifique, la tendance différente des hommes et des femmes à répondre aux enquêtes en ligne³⁹, ce facteur nécessite donc d'être pris en considération dans les résultats de cette étude.

CONCLUSION

La présente étude longitudinale a permis d'effectuer une importante évaluation à court et moyen terme des besoins de soins en santé mentale au sein d'une population de jeunes adultes (18 à 25 ans) en Belgique et Italie pendant le contexte pandémique de la COVID-19.

Lors du confinement au printemps 2020, l'augmentation des besoins de soins en santé mentale a été objectivée, ainsi que le rôle protecteur de la résilience et des échanges sociaux en présentiel avec les pairs.

Durant l'été 2020, en parallèle à un assouplissement des mesures de restriction sociale, la diminution de la solitude par rapport au confinement a été observée chez les participants les plus vulnérables, renforçant l'importance des contacts interpersonnels sur la santé mentale des jeunes. En plus, la corrélation directe entre la résilience et la variation de solitude est significative. Ceci montre que des compétences de résilience moindres pendant le confinement pourraient être considérées comme prédictives du changement de sentiment de solitude en accord avec les changements des mesures limitant les interactions sociales.

Ces résultats importants relèvent la nécessité de la détection précoce de la souffrance psychique, lors des désastres à large échelle et d'insister sur la mise en place d'interventions ciblées et rapides, destinées aux sujets définis comme les plus vulnérables.

Remerciements : Les auteurs déclarent que cette étude a été réalisée dans le cadre de la Chaire universitaire intitulée « Psychiatrie de Transition dans un monde en transition » (Université libre de Bruxelles – ULB) avec le soutien du Fonds Julie Renon, du Fonds Reine Fabiola et de la Fondation Roi Baudouin.

Conflits d'intérêt : néant.

BIBLIOGRAPHIE

1. Galea S, Merchant RM, Lurie N. The Mental Health Consequences of COVID-19 and Physical Distancing. *JAMA Intern Med* [Internet]. 2020;28(8):666-75. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2764404>
2. Mengin A, Allé MC, Rolling J, Ligier F, Schroder C, Lalanne L et al. Psychopathological consequences of confinement. *Encephale* [Internet]. 2020; Available from: <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.007>
3. Rossi R, Soggi V, Talevi D, Mensi S, Niuoli C, Pacitti F et al. COVID-19 Pandemic and Lockdown Measures Impact on Mental Health Among the General Population in Italy. *Front Psychiatry*. 2020;11(August):7-12.
4. Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Ustün TB. Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry* [Internet]. 2007;20(4):359-64. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17551351>
5. Liang L, Ren H, Cao R, Hu Y, Qin Z, Li C et al. The Effect of COVID-19 on Youth Mental Health. *Psychiatr Q* [Internet]. 2020;91(3):841-52. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11126-020-09744-3>
6. Di Giuseppe M, Zilcha-Mano S, Prout TA, Perry JC, Orrù G, Conversano C. Psychological Impact of Coronavirus Disease 2019 Among Italians During the First Week of Lockdown. *Front Psychiatry*. 2020;11(September):1-9.
7. Czeisler MÉ, Lane RI, Petrosky E, Wiley JF, Christensen A, Njai R et al. Mental Health, Substance Use, and Suicidal Ideation During the COVID-19 Pandemic – United States, June 24–30, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* [Internet]. 2020;69(32):1049-57. Available from: http://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6932a1.htm?s_cid=mm6932a1_w
8. Beutel ME, Klein EM, Brähler E, Reiner I, Jünger C, Michal M et al. Loneliness in the general population: Prevalence, determinants and relations to mental health. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):97.
9. Mushtaq R, Shoib S, Shah T, Mushtaq S. Relationship between loneliness, Psychiatric disorders and physical health? A review on the psychological aspects of loneliness. *J Clin Diagn Res*. 2014;8(9):WE01-4.
10. Varga TV, Bu F, Dissing AS, Elsenburg LK, Bustamante JJH, Matta J et al. Loneliness, worries, anxiety, and precautionary behaviours in response to the COVID-19 pandemic: a longitudinal analysis of 200,000 Western and Northern Europeans. *Lancet Reg Heal - Eur* [Internet]. 2021;100020. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S266677622030020X>
11. Hjemdal O, Vogel PA, Solem S, Hagen K, Stiles TC. The relationship between resilience and levels of anxiety, depression, and obsessive-compulsive symptoms in adolescents. *Clin Psychol Psychother*. 2011;18(4):314-21;
12. Havnen A, Anyan F, Hjemdal O, Solem S, Riksfjord MG, Hagen K. Resilience moderates negative outcome from stress during the COVID-19 pandemic: A moderatedmediation approach. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(18):1-12.
13. Jakobsen IS, Madsen LMR, Mau M, Hjemdal O, Friborg O. The relationship between resilience and loneliness elucidated by a Danish version of the resilience scale for adults. *BMC Psychol* [Internet]. 2020;8(1):1-11. Available from: <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00493-3>
14. Marchini S, Zaurino E, Bouziotis J, Brondino N, Delvenne V, Delhay M. Study of resilience and loneliness in youth (18-25 years old) during the COVID-19 pandemic lockdown measures. *J Community Psychol* [Internet]. 2020;(October):1-13. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33169377>
15. Marchini S, Reis J, Bouziotis J, Delvenne V, Delhay M. Medium-term effects of slackening in social isolation measures on loneliness in youth: a longitudinal prospective study during the COVID-19 lockdown measures and beyond.
16. Friborg O, Hjemdal O, Rosenvinge JH, Martinussen M. A new rating scale for adult resilience: What are the central protective resources behind healthy adjustment? *Int J Methods Psychiatr Res*. 2003;12(2):65-76.
17. Hjemdal O, Friborg O, Martinussen M, Rosenvinge JH. Preliminary results from the development and validation of a Norwegian scale for measuring adult resilience. *J of the Nor Psychol Assoc*. 2001;38:310-7.
18. Hjemdal O, Martinussen M, Friborg O, Rosenvinge Jan H, Barlaug D. Resilience in relation to personality and intelligence. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2005;14(1):29.

19. Friberg O, Martinussen M, Rosenvinge JH. Likert-based vs. semantic differential-based scorings of positive psychological constructs: A psychometric comparison of two versions of a scale measuring resilience. *Pers Individ Dif* [Internet]. 2006;40(5):873-84. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0191886905003119>
20. Bonfiglio NS, Renati R, Hjemdal O, Friberg O. The resilience scale for adults in Italy: A validation study comparing clinical substance abusers with a nonclinical sample. *Psychol Addict Behav* [Internet]. 2016;30(4):509-15. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27031088>
21. Hjemdal O, Friberg O, Braun S, Kempnaers C, Linkowski P, Fossion P. The resilience scale for adults: Construct validity and measurement in a Belgian sample. *Int J Test*. 2011;11(1):53-70.
22. Russell D, Peplau LA, Cutrona CE. The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *J Pers Soc Psychol*. 1980;
23. Boffo M, Mannarini S, Munari C. Exploratory Structure Equation Modeling of the UCLA Loneliness Scale: A contribution to the Italian adaptation. *TPM Testing, Psychom Methodol Appl Psychol*. 2012;19(4).
24. Grace GDE, Joshi P, Pelletier R, Laval U. L' Echelle de solitude de l' Université Laval (ESUL): validation canadienne-française du UCLA Loneliness Scale. 1993;(1959):12-27.
25. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H et al. Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2004;109(420):21-7.
26. Zito JM, Safer DJ, Berg LT de J den, Janhsen K, Fegert JM, Gardner JF et al. A three-country comparison of psychotropic medication prevalence in youth. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* [Internet]. 2008;2(1):26. Available from: <https://capmh.biomedcentral.com/articles/10.1186/1753-2000-2-26>
27. Gisle L. Geestelijke gezondheid. In: Van der Heyden J, Charafeddine R, editors. *Gezondheidsenquête 2013*. Brussel: Sciensano. 2014.
28. NICE G. First-choice antidepressant use in adults with depression or generalised anxiety disorder. *Guidelines NICE - KTT8*. 2015.
29. Neria Y, Nandi A, Galea S. Post-traumatic stress disorder following disasters: a systematic review. *Psychol Med* [Internet]. 2008;38(4):467-80. Available from: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0033291707001353/type/journal_article
30. Pancani, L., Marinucci, M., Aureli, N., Riva, P. Forced Social Isolation and Mental Health: A Study on 1,006 Italians Under COVID-19 Lockdown. *Frontiers in Psychology*. 2021;12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.663799>.
31. Yap MBH, Wright A, Jorm AF. First aid actions taken by young people for mental health problems in a close friend or family member: Findings from an Australian national survey of youth. *Psychiatry Res* [Internet]. 2011;188(1):123-8. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165178111000485>
32. Baumeister RF, Leary MR. The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychol Bull*. 1995;117(3):497.
33. Baskin TW, Wampold BE, Quintana SM, Enright RD. Belongingness as a Protective Factor Against Loneliness and Potential Depression in a Multicultural Middle School. *Couns Psychol* [Internet]. 2010;38(5):626-51. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/001100009358459>
34. Cacioppo S, Grippo AJ, London S, Goossens L, Cacioppo JT. Loneliness: clinical import and interventions. *Perspect Psychol Sci* [Internet]. 2015;10(2):238-49. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25866548>
35. Loades ME, Chatburn E, Higson-Sweeney N, Reynolds S, Shafran R, Brigden A et al. Rapid Systematic Review: The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2020;59(11):1218-1239. e3.
36. Masi CM, Chen HY, Hawkey LC, Cacioppo JT. A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Personal Soc Psychol Rev*. 2011;15(3):219-66.
37. Gigantesco A. The Italian SEME Surveillance System of Severe Mental Disorders Presenting to Community Mental Health Services. *Clin Pract Epidemiol Ment Heal*. 2012;8(1):7-11.
38. Lasalvia A, Bortel T Van, Bonetto C, Jayaram G. Cross-national variations in reported discrimination among people treated for major depression worldwide: the ASPEN / INDIGO international study. *Br J Psychiatry*. 2014;(December):1-28.
39. Smith WG. Does gender influence online survey participation? A record-linkage analysis of university faculty online survey response behavior. *Eric Ed501717* [Internet]. 2008;1-21. Available from: <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED501717.pdf>

Travail reçu le 31 mars 2021 ; accepté dans sa version définitive le 15 juin 2021.

CORRESPONDANCE :

S. MARCHINI
Hôpital Erasme
Service de Psychiatrie infanto-juvénile
Route de Lennik, 808 - 1070 Bruxelles
Mail : simone.marchini@ulb.be