



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -  
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

ANNÉE 2021

N° 063

**Bien-être psychologique  
des jeunes avec des troubles psychiatriques  
durant la phase précoce du confinement lié au COVID-19**

*Mental well-being  
in young people with psychiatric disorders  
during the early phase of COVID-19 lockdown*

**THESE D'EXERCICE EN MEDECINE**

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1

Et soutenue publiquement le 23 Mars 2021

En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

par

**Émilie ORFEUVRE**

**Née le 21 – 10 – 1989, à Lyon**

**Sous la direction du Docteur Frédéric HAESEBAERT**



UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

# UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

---

2020 - 2021

Président

Pr Frédéric FLEURY

Président du Comité de Coordination  
des Études Médicales

Pr Pierre COCHAT

Directeur Général des services

M. Damien VERHAEGHE

## **Secteur Santé :**

Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est

Pr Gilles RODE

Doyenne de l'UFR de Médecine Lyon-Sud  
Charles Mérieux

Pr Carole BURILLON

Doyenne de l'Institut des Sciences Pharmaceutiques (ISPB)

Pr Christine VINCIGUERRA

Doyenne de l'UFR d'Odontologie

Pr Dominique SEUX

Directeur de l'Institut des Sciences et Techniques  
de Réadaptation (ISTR)

Dr Xavier PERROT

Directrice du département de Biologie Humaine

Pr Anne-Marie SCHOTT

## **Secteur Sciences et Technologie :**

Administratrice Provisoire de l'UFR BioSciences

Pr Kathrin GIESELER

Administrateur Provisoire de l'UFR Faculté des Sciences  
Et Technologies

Pr Bruno ANDRIOLETTI

Directeur de l'UFR Sciences et Techniques des  
Activités Physiques et Sportives (STAPS)

M. Yannick VANPOULLE

|  |                                |
|--|--------------------------------|
| Directeur de Polytech  | Pr Emmanuel PERRIN             |
| Directeur de l'IUT   | Pr Christophe VITON            |
| Directeur de l'Institut des Sciences Financières<br>Et Assurances (ISFA)                               | M. Nicolas LEBOISNE            |
| Directrice de l'Observatoire de Lyon   | Pr Isabelle DANIEL             |
| Administrateur Provisoire de l'Institut National Supérieur<br>du Professorat et de l'Éducation (INSPé) | M. Pierre CHAREYRON            |
| Directrice du Département Composante Génie Électrique<br>et Procédés (GEP)                             | Pr Rosaria FERRIGNO            |
| Directeur du Département Composante Informatique   | Pr Behzad SHARIAT<br>TORBAGHAN |
| Directeur du Département Composante Mécanique  | Pr Marc BUFFAT                 |

# FACULTE DE MEDECINE LYON EST

## Liste des enseignants 2020/2021

### Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Échelon 2

|               |               |  |
|---------------|---------------|--|
| BLAY          | Jean-Yves     | Cancérologie ; radiothérapie   |
| BORSON-CHAZOT | Françoise     | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale                  |
| CHASSARD      | Dominique     | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence   |
| CLARIS        | Olivier       | Pédiatrie  |
| COCHAT        | Pierre        | Pédiatrie<br><i>(en retraite à compter du 01/03/2021)</i>                                |
| ETIENNE       | Jérôme        | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière   |
| FINET         | Gérard        | Cardiologie  |
| GUERIN        | Claude        | Réanimation ; médecine d'urgence   |
| GUERIN        | Jean-François | Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale       |
| LACHAUX       | Alain         | Pédiatrie  |
| MIOSSEC       | Pierre        | Rhumatologie   |
| MORNEX        | Jean-François | Pneumologie ; addictologie   |
| NEGRIER       | Sylvie        | Cancérologie ; radiothérapie   |
| NIGHOGHOSSIAN | Norbert       | Neurologie   |
| NINET         | Jean          | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire<br><i>(en retraite à compter du 01.04.2021)</i> |
| OBADIA        | Jean-François | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire   |
| OVIZE         | Michel        | Cardiologie<br><i>(en disponibilité jusqu'au 31.08.21)</i>                               |
| PONCHON       | Thierry       | Gastroentérologie ; hépatologie ;  |
| addictologie  |               |  |
| REVEL         | Didier        | Radiologie et imagerie médicale  |
| RIVOIRE       | Michel        | Cancérologie ; radiothérapie   |
| VANDENESCH    | François      | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière   |
| ZOULIM        | Fabien        | Gastroentérologie ; hépatologie ;  |
| addictologie  |               |  |

## Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

### Classe exceptionnelle Échelon 1

|                 |                  |   |
|-----------------|------------------|---|
| BERTRAND        | Yves             | Pédiatrie   |
| BOILLOT         | Olivier          | Chirurgie viscérale et digestive  |
| BRETON          | Pierre           | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie   |
| CHEVALIER       | Philippe         | Cardiologie   |
| COLIN           | Cyrille          | Épidémiologie, économie de la santé et prévention   |
| D'AMATO         | Thierry          | Psychiatrie d'adultes ; addictologie  |
| DELAHAYE        | François         | Cardiologie   |
| DENIS           | Philippe         | Ophtalmologie   |
| DOUEK           | Charles-Philippe | Radiologie et imagerie médicale   |
| DUCERF          | Christian        | Chirurgie viscérale et digestive  |
| DUMONTET        | Charles          | Hématologie ; transfusion   |
| DURIEU          | Isabelle         | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie |
| EDERY           | Charles Patrick  | Génétique   |
| GAUCHERAND      | Pascal           | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale  |
| GUEYFFIER       | François         | Pharmacologie fondamentale ;<br>Pharmacologie clinique ; addictologie                         |
| HONNORAT        | Jérôme           | Neurologie  |
| LERMUSIAUX      | Patrick          | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire  |
| LINA            | Bruno            | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  |
| MERTENS         | Patrick          | Neurochirurgie  |
| MORELON         | Emmanuel         | Néphrologie   |
| MOULIN          | Philippe         | Endocrinologie  |
| NEGRIER         | Claude           | Hématologie ; transfusion   |
| RODE            | Gilles           | Médecine physique et de réadaptation  |
| SCHOTT-PETHELAZ | Anne-Marie       | Épidémiologie, économie de la santé et prévention   |
| TRUY            | Eric             | Oto-rhino-laryngologie  |
| TERRA           | Jean-Louis       | Psychiatrie d'adultes ; addictologie  |
| TURJMAN         | Francis          | Radiologie et imagerie médicale   |

## Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

### Première classe

|        |          |  |
|--------|----------|--|
| ADER   | Florence | Maladies infectieuses ; maladies tropicales      |
| ARGAUD | Laurent  | Réanimation ; médecine d'urgence                 |
| AUBRUN | Frédéric | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence |

|                    |               |  |
|--------------------|---------------|--|
| BADET              | Lionel        | Urologie   |
| BERTHEZENE         | Yves          | Radiologie et imagerie médicale  |
| BESSEREAU          | Jean-Louis    | Biologie cellulaire  |
| BRAYE              | Fabienne      | Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie                                  |
| BUZLUCA DARGAUD    | Yesim         | Hématologie ; transfusion  |
| CALENDER           | Alain         | Génétique  |
| CHAPURLAT          | Roland        | Rhumatologie   |
| CHARBOTEL          | Barbara       | Médecine et santé au travail   |
| COLOMBEL           | Marc          | Urologie   |
| COTTIN             | Vincent       | Pneumologie ; addictologie   |
| COTTON             | François      | Radiologie et imagerie médicale  |
| DAVID              | Jean-Stéphane | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence   |
| DEVOUASSOUX        | Mojgan        | Anatomie et cytologie pathologiques  |
| DI FILLIPO         | Sylvie        | Cardiologie  |
| DUBERNARD          | Gil           | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale   |
| DUBOURG            | Laurence      | Physiologie  |
| DUMORTIER          | Jérôme        | Gastroentérologie ; hépatologie ;<br>addictologie  |
| FANTON             | Laurent       | Médecine légale  |
| FAUVEL             | Jean-Pierre   | Thérapeutique  |
| FELLAHI            | Jean-Luc      | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence   |
| FERRY              | Tristan       | Maladies infectieuses ; maladies tropicales  |
| FOURNERET          | Pierre        | Pédopsychiatrie ; addictologie   |
| FROMENT (TILIKETE) | Caroline      | Neurologie   |
| GUENOT             | Marc          | Neurochirurgie   |
| GUIBAUD            | Laurent       | Radiologie et imagerie médicale  |
| JACQUIN-COURTOIS   | Sophie        | Médecine physique et de réadaptation   |
| JAVOUHEY           | Etienne       | Pédiatrie  |
| JUILLARD           | Laurent       | Néphrologie  |
| JULLIEN            | Denis         | Dermato-vénérologie  |
| KODJIKIAN          | Laurent       | Ophtalmologie  |
| KROLAK SALMON      | Pierre        | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ;<br>addictologie |
| LEJEUNE            | Hervé         | Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale               |
| LESURTEL           | Mickaël       | Chirurgie générale   |
| MABRUT             | Jean-Yves     | Chirurgie générale   |
| MERLE              | Philippe      | Gastroentérologie ; hépatologie ;<br>addictologie  |
| MICHEL             | Philippe      | Épidémiologie, économie de la santé et prévention  |

|             |             |   |
|-------------|-------------|---|
| MURE        | Pierre-Yves | Chirurgie infantile   |
| NICOLINO    | Marc        | Pédiatrie   |
| PICOT       | Stéphane    | Parasitologie et mycologie  |
| PONCET      | Gilles      | Chirurgie viscérale et digestive  |
| POULET      | Emmanuel    | Psychiatrie d'adultes ; addictologie                                    |
| RAVEROT     | Gérald      | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale |
| RAY-COQUARD | Isabelle    | Cancérologie ; radiothérapie  |
| ROBERT      | Maud        | Chirurgie digestive   |
| ROSSETTI    | Yves        | Médecine Physique de la Réadaptation                                    |
| ROUVIERE    | Olivier     | Radiologie et imagerie médicale   |
| ROY         | Pascal      | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| SAOUD       | Mohamed     | Psychiatrie d'adultes et addictologie                                   |
| SCHAEFFER   | Laurent     | Biologie cellulaire   |
| VANHEMS     | Philippe    | Épidémiologie, économie de la santé et prévention                       |
| VUKUSIC     | Sandra      | Neurologie  |
| WATTEL      | Éric        | Hématologie ; transfusion   |

## Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

### Seconde Classe

|                    |           |   |
|--------------------|-----------|---|
| BACCHETTA          | Justine   | Pédiatrie   |
| BOUSSEL            | Loïc      | Radiologie et imagerie médicale                                       |
| CHENE              | Gautier   | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale                        |
| COLLARDEAU FRACHON | Sophie    | Anatomie et cytologie pathologiques                                   |
| CONFAVREUX         | Cyrille   | Rhumatologie  |
| COUR               | Martin    | Médecine intensive de réanimation                                     |
| CROUZET            | Sébastien | Urologie  |
| CUCHERAT           | Michel    | Pharmacologie fondamentale ;<br>Pharmacologie clinique ; addictologie |
| DI ROCCO           | Federico  | Neurochirurgie  |
| DUCLOS             | Antoine   | Épidémiologie, économie de la santé et prévention                     |
| DUCRAY             | François  | Neurologie  |
| EKER               | Omer      | Radiologie ; imagerie médicale  |
| GILLET             | Yves      | Pédiatrie   |
| GLEIZAL            | Arnaud    | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie                             |
| GUEBRE-EGZIABHER   | Fitsum    | Néphrologie   |
| HENAINE            | Roland    | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire                              |
| HOT                | Arnaud    | Médecine interne  |
| HUISSOUD           | Cyril     | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale                        |

|                |                 |  |
|----------------|-----------------|--|
| JANIER         | Marc            | Biophysique et médecine nucléaire  |
| JARRAUD        | Sophie          | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière                             |
| LESCA          | Gaëtan          | Génétique  |
| LEVRERO        | Massimo         | Gastroentérologie ; hépatologie ;<br>addictologie                          |
| LUKASZEWICZ    | Anne-Claire     | Anesthésiologie-réanimation ;<br>médecine d'urgence                        |
| MAUCORT BOULCH | Delphine        | Biostatistiques, informatique médicale et<br>technologies de communication |
| MEWTON         | Nathan          | Cardiologie  |
| MEYRONET       | David           | Anatomie et cytologie pathologiques  |
| MILLON         | Antoine         | Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire                                 |
| MOKHAM         | Kayvan          | Chirurgie viscérale et digestive   |
| MONNEUSE       | Olivier         | Chirurgie générale   |
| NATAF          | Serge           | Cytologie et histologie  |
| PERETTI        | Noël            | Pédiatrie  |
| PIOCHE         | Mathieu         | Gastroentérologie  |
| RHEIMS         | Sylvain         | Neurologie   |
| RICHARD        | Jean-Christophe | Réanimation ; médecine d'urgence   |
| RIMMELE        | Thomas          | Anesthésiologie-réanimation ;<br>médecine d'urgence                        |
| ROMAN          | Sabine          | Gastroentérologie  |
| SOUQUET        | Jean-Christophe | Gastroentérologie ; hépatologie ;<br>addictologie                          |
| THAUNAT        | Olivier         | Néphrologie  |
| THIBAUT        | Hélène          | Cardiologie  |
| VENET          | Fabienne        | Immunologie  |

### **Professeur des Universités**

#### **Classe exceptionnelle**

|       |         |   |
|-------|---------|---|
| PERRU | Olivier | Épistémologie, histoire des sciences<br>et techniques |
|-------|---------|---|

### **Professeur des Universités - Médecine Générale**

#### **Première classe**

|             |         |
|-------------|---------|
| FLORI       | Marie   |
| LETRILLIART | Laurent |

### **Professeur des Universités - Médecine Générale**

#### **Deuxième classe**

|        |      |
|--------|------|
| ZERBIB | Yves |
|--------|------|

## Professeurs associés de Médecine Générale

|       |         |
|-------|---------|
| FARGE | Thierry |
| LAINÉ | Xavier  |

## Professeurs associés autres disciplines

|           |        |   |
|-----------|--------|---|
| BERARD    | Annick | Pharmacie fondamentale ; pharmacie clinique |
| CHVETZOFF | Gisèle | Médecine palliative                         |
| LAMBLIN   | Géry   | Gynécologie ; obstétrique                   |

## Professeurs émérites

|                |               |   |
|----------------|---------------|---|
| BEZIAT         | Jean-Luc      | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie           |
| CHAYVIALLE     | Jean-Alain    | Gastroentérologie ; hépatologie ;<br>addictologie   |
| CORDIER        | Jean-François | Pneumologie ; addictologie                          |
| DALIGAND       | Liliane       | Médecine légale et droit de la santé                |
| DROZ           | Jean-Pierre   | Cancérologie ; radiothérapie                        |
| FLORET         | Daniel        | Pédiatrie   |
| GHARIB         | Claude        | Physiologie   |
| LEHOT          | Jean-Jacques  | Anesthésiologie-réanimation ;<br>médecine d'urgence |
| MAUGUIERE      | François      | Neurologie  |
| MELLIER        | Georges       | Gynécologie   |
| MICHALLET      | Mauricette    | Hématologie ; transfusion                           |
| MOREAU         | Alain         | Médecine générale                                   |
| NEIDHARDT      | Jean-Pierre   | Anatomie  |
| PUGEAT         | Michel        | Endocrinologie                                      |
| RUDIGOZ        | René-Charles  | Gynécologie   |
| SCHEIBER       | Christian     | Biophysique ; Médecine Nucléaire                    |
| SINDOU         | Marc          | Neurochirurgie                                      |
| THIVOLET-BEJUI | Françoise     | Anatomie et cytologie pathologiques                 |
| TOURAINÉ       | Jean-Louis    | Néphrologie   |
| TREPO          | Christian     | Gastroentérologie ; hépatologie ;<br>addictologie   |
| TROUILLAS      | Jacqueline    | Cytologie et histologie                             |

## Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

### Hors classe

|          |       |  |
|----------|-------|--|
| BENCHAIB | Mehdi | Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale |
|----------|-------|--|

|                 |             |                                     |
|-----------------|-------------|-------------------------------------|
| BRINGUIER       | Pierre-Paul | Cytologie et histologie             |
| CHALABREYSSE    | Lara        | Anatomie et cytologie pathologiques |
| HERVIEU         | Valérie     | Anatomie et cytologie pathologiques |
| KOLOPP-SARDA    | Marie       | Nathalie Immunologie                |
| LE BARS         | Didier      | Biophysique et médecine nucléaire   |
| MENOTTI         | Jean        | Parasitologie et mycologie          |
| PERSAT          | Florence    | Parasitologie et mycologie          |
| PIATON          | Eric        | Cytologie et histologie             |
| SAPPEY-MARINIER | Dominique   | Biophysique et médecine nucléaire   |
| STREICHENBERGER | Nathalie    | Anatomie et cytologie pathologiques |
| TARDY GUIDOLLET | Véronique   | Biochimie et biologie moléculaire   |

## **Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers**

### **Première classe**

|                   |                |  |
|-------------------|----------------|--|
| BONTEMPS          | Laurence       | Biophysique et médecine nucléaire  |
| CASALEGNO         | Jean-Sébastien | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière                             |
| CHARRIERE         | Sybil          | Endocrinologie   |
| COZON             | Grégoire       | Immunologie  |
| ESCURET           | Vanessa        | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière                             |
| PINA-JOMIR        | Géraldine      | Biophysique et médecine nucléaire  |
| PLOTTON           | Ingrid         | Biochimie et biologie moléculaire  |
| RABILLOUD         | Muriel         | Biostatistiques, informatique<br>médicale et technologies de communication |
| SCHLUTH-BOLARD    | Caroline       | Génétique  |
| TRISTAN           | Anne           | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière                             |
| VASILJEVIC        | Alexandre      | Anatomie et cytologie pathologiques  |
| VLAEMINCK-GUILLEM | Virginie       | Biochimie et biologie moléculaire  |

## **Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers**

### **Seconde classe**

|                 |           |   |
|-----------------|-----------|---|
| BOUCHIAT SARABI | Coralie   | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière    |
| BUTIN           | Marine    | Pédiatrie   |
| CORTET          | Marion    | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie<br>médicale |
| COUTANT         | Frédéric  | Immunologie                                       |
| CURIE           | Aurore    | Pédiatrie   |
| DURUISSEAU      | Michaël   | Pneumologie                                       |
| HAESEBAERT      | Julie     | Médecin de santé publique                         |
| HAESEBAERT      | Frédéric  | Psychiatrie d'adultes ; addictologie              |
| JACQUESSON      | Timothée  | Neurochirurgie                                    |
| JOSSET          | Laurence  | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière    |
| LACON REYNAUD   | Quitterie | Médecine interne ; gériatrie ; addictologie       |
| LEMOINE         | Sandrine  | Néphrologie                                       |

|                |            |                                   |
|----------------|------------|-----------------------------------|
| NGUYEN CHU     | Huu Kim An | Pédiatrie                         |
| ROUCHER BOULEZ | Florence   | Biochimie et biologie moléculaire |
| SIMONET        | Thomas     | Biologie cellulaire               |

## **Maître de Conférences**

### **Classe normale**

|           |            |  |
|-----------|------------|--|
| DALIBERT  | Lucie      | Épistémologie, histoire des sciences et techniques |
| GOFFETTE  | Jérôme     | Épistémologie, histoire des sciences et techniques |
| LASSERRE  | Evelyne    | Ethnologie préhistoire anthropologie               |
| LECHOPIER | Nicolas    | Épistémologie, histoire des sciences et techniques |
| NAZARE    | Julie-Anne | Physiologie  |
| PANTHU    | Baptiste   | Biologie Cellulaire                                |
| VIALON    | Vivian     | Mathématiques appliquées                           |
| VIGNERON  | Arnaud     | Biochimie, biologie                                |
| VINDRIEUX | David      | Physiologie  |

## **Maitre de Conférence de Médecine Générale**

|            |      |
|------------|------|
| CHANELIERE | Marc |
|------------|------|

## **Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale**

|                |            |
|----------------|------------|
| DE FREMINVILLE | Humbert    |
| PERROTIN       | Sofia      |
| PIGACHE        | Christophe |
| ZORZI          | Frédéric   |

# SERMENT d'HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

# REMERCIEMENTS

*Aux membres du jury qui m'ont fait l'honneur de juger ce travail de thèse,*

**A Monsieur le Professeur Nicolas Franck, psychiatre, praticien hospitalier, président du jury :**

Je vous remercie sincèrement de m'avoir fait l'honneur de présider ce jury ainsi que pour la confiance que vous m'avez accordée en m'offrant de travailler sur les données de votre enquête *LockUwell*. En me partageant vos connaissances et votre grande expérience clinique de la réhabilitation psychosociale, vous avez nourri mes réflexions tout du long de ce travail et enrichi ma pratique soignante. Les nombreux échanges que nous avons pu avoir concernant l'exercice de la médecine, la recherche, la pédagogie, me sont également précieux. Enfin, je vous remercie pour le temps que vous m'avez consacré et la bienveillance dont vous avez fait preuve à mon égard.

**A Monsieur le Professeur Emmanuel Poulet, psychiatre, praticien hospitalier :**

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury ainsi que pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail. J'admire et vous remercie pour votre activité aux urgences de Lyon en cette période pandémique.

**A Madame le Professeur Caroline Demily, psychiatre, praticien hospitalier :**

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury ainsi que pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail. Particulièrement sensible à vos travaux sur les troubles neurodéveloppementaux, je vous remercie également pour vos riches enseignements.

**A Monsieur le Docteur Frédéric Haesebaert, psychiatre, praticien hospitalier :**

Merci à toi Frédéric d'avoir accepté de diriger ma thèse puis de participer à ce jury. Ton expérience de médecin et de chercheur m'a été grandement profitable. Tu as su m'accompagner avec justesse, en trouvant l'équilibre entre travail personnel et réflexion partagée, pour ainsi me permettre de gagner en autonomie et en confiance en moi. Je ne pourrai oublier l'aide, la bienveillance et la patience dont tu as fait preuve à mon égard tout du long de ce travail de thèse, et bien au-delà. Je te suis profondément reconnaissante pour tout cela.

*A tous ceux qui ont participé à ce travail de thèse, de près ou de loin,*

**A Monsieur Julien Plasse**, sans qui l'analyse des résultats n'aurait pas été possible. Grâce à toi, l'univers des statistiques m'apparaît un peu plus lumineux.

**Au Docteur Elodie Zante**, qui a participé au développement du protocole, à l'élaboration du questionnaire et au recueil des données de l'enquête *LockUwell*.

**Au Docteur Evan Gouy**, qui compte parmi mes meilleurs amis. Pour la relecture de ce travail, ton engagement auprès des internes, ta bienveillance, ton dynamisme (équivalent à celui de Voltali) et surtout ton amitié, je te dis merci, du fond du cœur.

**Au Docteur Nelly Doligez**, pour m'avoir fait découvrir l'univers des pathologies émergentes de l'adolescent et du jeune adulte. Merci pour ton accompagnement et ta bienveillance.

**A Madame Caroline Benair**, pour son soutien sincère, son accompagnement et sa disponibilité toutes ces années.

*A tous les professionnels du soins et patients rencontrés,  
Si tous m'ont énormément transmis, apporté, donné, je tiens à remercier tout  
particulièrement,*

Le **Docteur Fabienne Bourdoncle**, pour son apprentissage fabuleux de la séméiologie psychiatrique, et pour m'avoir familiarisée à cette maladie qui m'était alors étrange : la schizophrénie.

Le **Professeur Mircea Polosan**, le **Docteur Jérôme Holtzmann**, le **Docteur Arnaud Pouchon**, le **Docteur Téano Roussel**, pour m'avoir fait bénéficier de leurs expériences et connaissances pointues sur le trouble bipolaire.

Le **Docteur Claire Danion** et le **Docteur Laure Bouchet** pour m'avoir permis d'expérimenter avec bienveillance les notions de réhabilitation psychosociale et de rétablissement.

Le **Professeur Benjamin Rolland**, pour son expertise clinique et universitaire vis-à-vis des pratiques addictives et du TDAH. Merci également pour les passionnants travaux universitaires et de recherche initiés ensemble. En espérant la poursuite de cette collaboration.

Le **Docteur Christophe Icard**, le **Docteur Delphine Ragonnet**, le **Docteur Claudie Bismuth**, pour les précieux outils qu'ils m'ont offerts face aux addictions, pour m'avoir fait découvrir le TDAH, ainsi que pour leur grande disponibilité.

**Tous les patients que j'ai rencontrés** , pour m'avoir fait confiance et m'avoir partagé leur savoir expérientiel, fort précieux pour ma pratique.

*Suivre les cours à la fac a toujours été pour moi un immense plaisir, et de certains échanges sont nées de belles amitiés,*

**A Madame le Professeur Jacqueline Trouillas.** Dès la première année, j'ai été captivée par votre discours et passionnée par la neurulation, l'hypophyse, la dopamine. Rien ne pourra effacer le souvenir de vos cours théâtraux sur fond bleu systématique. Je vous remercie du fond du cœur d'être ma seconde marraine, qui, en merveilleuse fée, n'a cessé de veiller sur moi toutes ces années. Avec toute mon affection.

**A Monsieur le Professeur Michel Pugeat.** Outre une passion que nous partageons encore aujourd'hui pour l'endocrinologie, je souhaite aujourd'hui vous remercier pour la bienveillance, l'écoute et les soins que vous m'avez offerts durant plusieurs années. Aujourd'hui je mords la vie à pleine dents et j'attends toujours de parcourir la Méditerranée avec vous. Avec toute mon amitié.

**A Monsieur le Professeur Pierre Cochat.** Je vous remercie sincèrement de m'avoir accompagnée tout du long de mon cursus d'étudiante, de ma première année quand vous étiez doyen puis en cours de route quand j'apprenais à marcher dans l'univers merveilleux de la médecine. Merci pour cette belle amitié, tissée au fil des années.

*A toute ma famille, je sais ce que je vous dois,*

**A Gilles mon père**, dont j'ai toujours admiré le parcours de pharmacien et qui m'a donnée envie d'exercer la médecine. Pour ces petites discussions médico-pharmacologiques mais aussi surtout pour ton amour et ton soutien, merci.

**A Monique ma mère**, pour son sang-froid face aux hauts et bas survenus tout du long de ce parcours universitaire, ton écoute et ton amour, merci.

**A Clémentine**, grande par l'esprit et par le cœur, merci d'avoir soutenue ta grande sœur toutes ces années.

**A Valentin**, sans toi et tes blagues, cette thèse n'aurait pas été écrite. Essaye de revenir du Vietnam un jour, j'aurai besoin de toi s'il me prenait l'envie d'ouvrir un cabinet !

**A Sidonie**, dont j'admire la débrouillardise et dont j'aime suivre les aventures. Merci pour tes rires et ta légèreté.

**A Claudine**, qui malgré la distance n'a jamais cessé de m'encourager, depuis mon plus jeune âge et chez qui j'ai toujours plaisir à me vider la tête.

**A Evelyne**, pour avoir pris soin de moi et m'avoir coachée ces dernières années ! Tes patients aux urgences sont entre de bonnes mains !

**A André**, qui surgit toujours de nulle part pour des choses improbables. Les montées d'adrénaline engendrées m'ont permis de tenir ce long marathon !

*A mes amis,*

**A Claire**, au soutien sans faille, avec qui j'ai pédalé toutes ces années, dopée par l'humour. Merci pour ta combativité dont je ne peux que m'inspirer.

**A Bernadette**, pour sa folie et son dynamisme qui m'inspirent et que j'admire.

**A Geoffroy** pour avoir cru en moi et m'avoir renvoyée mes qualités pédagogiques.

**A Quicky** pour sa gentillesse et son génie ludique. Au plaisir de partager un plat de spaghettis, arrosés d'amitié.

**A Jean-Luc** pour savoir immortaliser les bons moments et raviver la bonne humeur.

**A Gisèle** pour sa générosité et bienveillance sans limite. Sans toi je ne serai pas là.

*Ces remerciements seraient incomplets si je n'en adressais pas :*

**A Emmanuel** pour m'avoir offert autant de coquelicots toutes ces années. Avec humour, tu m'as remonté les bretelles et resserré la taille. Sans toi, tout cela ne ressemblerait à rien !

**A Joséphine**, un ange vers qui je suis allée chercher sans crainte douceur et écoute.

**A Xavier** qui avec des mosaïques colorées m'a aidée à revoir mes objectifs de façon SMART.

**A Sébastien** pour son expérience, son soutien et sa disponibilité. Nos nombreux échanges me resteront en mémoire.

**A Colette** pour son écoute, sa bienveillance et la pertinence de ses analyses.

# ABBREVIATIONS ET ACRONYMES

|                    |   |
|--------------------|---|
| <b>COVID-19:</b>   | Coronavirus Disease 2019                      |
| <b>SARS CoV-2:</b> | Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus |
| <b>WEMWBS:</b>     | Warwick-Edinburg Mental Well-Being Scale      |

# TABLE DES MATIERES

|   |    |
|---|----|
| INTRODUCTION GENERALE.....  | 21 |
| RESUME.....   | 23 |
| ABSTRACT .....  | 24 |
| REVUE BIBLIOGRAPHIQUE .....   | 25 |
| ARTICLE .....   | 30 |
| 1. INTRODUCTION.....  | 31 |
| 2. METHODS.....   | 32 |
| 2.1. Design and procedure .....   | 32 |
| 2.2. Materials and data collection.....                                 | 32 |
| 2.3. Participants .....   | 32 |
| 2.4. Statistical analysis .....   | 33 |
| 2.5. Ethical considerations .....                                       | 33 |
| 3. RESULTS.....   | 33 |
| 3.1. Sample characteristics .....                                       | 33 |
| 3.2. Lockdown processing.....   | 33 |
| 3.3. Well-being and stress .....  | 34 |
| 3.4. Factors associated with well-being .....                           | 34 |
| 4. DISCUSSION .....   | 35 |
| 4.1. Altered well-being in young people with psychiatric disorders..... | 35 |
| 4.2. Factors of well-being.....   | 35 |
| 4.3. A recovery-oriented approach.....                                  | 37 |
| 4.4. Strengths and limitations .....                                    | 37 |
| 4.5. Conclusion.....  | 38 |
| DISCUSSION GENERALE .....   | 40 |
| REFERENCES.....   | 45 |
| TABLEAUX .....  | 54 |
| ANNEXE .....  | 67 |
| CONCLUSIONS.....  | 84 |

# INTRODUCTION GENERALE

17 Mars 2020. Les mesures d'hygiène préconisées depuis plusieurs mois pour freiner la propagation du nouveau coronavirus SARS-CoV-2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*), identifié en Chine en décembre 2019, ont été déclarées insuffisantes et un premier plan de confinement national a été décidé. Les libertés ont alors été drastiquement circonscrites pendant une durée totale de 55 jours. Cette durée restera tout du long de la mesure totalement imprévisible. Sortir de « *chez soi* » n'était alors autorisé que pour le « *strict nécessaire* », notamment pour aller faire ses courses ou travailler en cas de télétravail impossible. Des critères de temps et de distance régissaient les balades : 1 heure et 1 kilomètre. Le risque d'isolement social s'est trouvé augmenté avec la diminution des interactions sociales secondaires aux mesures de distanciation physique. L'existence d'un autre univers, digital, offrait cependant la possibilité de rester connecté mais au prix d'une surabondance permanente d'informations, contradictoires, en lien avec la COVID-19 (*Coronavirus Disease 2019*), qui ne pouvaient ensuite qu'alimenter les conversations et attiser les ruminations anxieuses.

L'expérience de ce premier confinement s'avérait difficilement appréhendable. Comment décrire cette « *autre réalité* » dans laquelle chacun a été projeté ? Cette expérience profondément individuelle bien qu'assurément collective, puisque partagée par la communauté ? Incomparable et inédite pour beaucoup d'entre nous, plusieurs comparaisons ont été retrouvées dans la littérature et fréquemment évoquées, bien qu'assez rares à l'échelle de la population générale : quarantaine, emprisonnement, cosmonautes, spéléologues, plongeurs, skippers. Mais que penser de la maladie, du handicap ou encore de la vieillesse qui assignent à domicile, en coupant parfois tout lien avec l'extérieur ? De l'hospitalisation qui projette dans un environnement autre que le sien ? Il est vrai que l'ensemble de ces situations de restriction des libertés se différencient sur bien des dimensions : consentement, flexibilité du cadre, lieu, durée, anticipation, raisons... Cependant, que ce soit lors du confinement de mars 2020 ou d'une des situations citées ci-dessus, l'on retrouve presque systématiquement une perte des repères spatio-temporels et une désorganisation de la vie quotidienne pouvant donner l'impression d'une nouvelle réalité, à laquelle il faut alors rapidement s'adapter.

Malgré le caractère consenti des mesures de confinement (à la phase précoce) pour la majeure partie de la population [1], l'expérience de ce premier confinement n'en a pas pour autant été moins stressante voire traumatique : l'absence d'anticipation a projeté chacun dans l'inconnu, sans aucune arme et sans aucun contrôle, et de très nombreuses personnes ont fait l'objet d'une détresse psychologique importante. Rapidement ont été observées une altération significative du

bien-être mais également l'apparition de symptomatologies de stress-post traumatique, anxieuse ou dépressive, chez de nombreux individus, voire l'aggravation ou l'apparition de troubles psychiatriques [2, 3, 4].

Comment prévenir la survenue, la récurrence ou l'aggravation de troubles psychiatriques en cas de confinement ? Comment préserver son bien-être dans un environnement qui n'a pas été façonné pour répondre à nos besoins, pas même ceux d'ordre vital ? Comment trouver un nouvel équilibre dans cette nouvelle réalité surprenante et déstabilisante ? De ces questionnements est née l'enquête nationale *LockUwell*, conduite par le Professeur Nicolas Franck et le Docteur Frédéric Haesebaert. L'objectif était double : évaluer le niveau de bien-être et identifier les facteurs qui le déterminaient pour promouvoir celui-ci le plus précocement et le plus efficacement possible.

Une première analyse des données a été réalisée en population générale (N = 11 391), par le Docteur Frédéric Haesebaert et le Professeur Nicolas Franck [5]. A la deuxième semaine du confinement, les niveaux de bien-être étaient très hétérogènes avec certains sous-groupes populationnels où celui-ci était très fortement altéré par rapport aux niveaux attendus [6] tels que les adolescents et les jeunes adultes, les étudiants, les personnes présentant un handicap et les personnes concernées par des troubles psychiatriques. La haute vulnérabilité au stress des sujets jeunes et des personnes souffrant de troubles psychiatriques est bien connue [7, 8] et des conséquences psychiatriques particulièrement sévères ont d'ailleurs été objectivées très précocement dans ces populations lors du confinement [3, 4, 9, 10, 11]. Concernant le bien-être, l'observation de niveaux de bien-être significativement différents de la population générale et plus bas que ceux attendus hors situation épidémique [12] interrogeaient et a conduit à émettre l'hypothèse d'un profil de déterminants du bien-être différent dans ces populations.

Au contact chaque jour de jeunes personnes concernées par des troubles psychiatriques, j'ai souhaité m'intéresser aux facteurs de bien-être de cette population particulière en période de confinement, afin de pouvoir intervenir efficacement en cas de nouveau confinement, et cela même en dehors d'un cadre hospitalier. Pour cela, le Docteur Frédéric Haesebaert et le Professeur Nicolas Franck m'ont donné accès aux données de leur enquête nationale en ligne *LockUwell* recueillies durant la deuxième semaine du premier confinement. Avec l'aide de Monsieur Julien Plasse, biostatisticien, ils m'ont tous les trois accompagnée sur cette étude et je les en remercie énormément.

# RESUME

## Bien-être psychologique des jeunes avec des troubles psychiatriques durant la phase précoce du confinement lié au COVID-19

**Objectif:** La santé mentale et le bien-être ont été gravement affectés par le confinement lié au COVID-19, tout particulièrement chez les sujets jeunes et les personnes avec des troubles psychiatriques. Cette étude avait pour objectif d'identifier les facteurs de bien-être des sujets jeunes avec des troubles psychiatriques durant la phase précoce du confinement lié au COVID-19 en France.

**Méthodes :** Une étude nationale transversale en ligne a été initiée le 8<sup>ème</sup> jour du confinement lié au COVID-19 en France (du 25 au 30 mars 2020). Nous avons inclus tous les sujets jeunes de 16 à 29 ans ayant répondu au questionnaire qui vivaient et étaient confinés en France, et qui déclaraient un suivi actuel ou passé en psychiatrie. Le questionnaire était disponible en ligne et explorait des facteurs sociodémographiques et cliniques, les niveaux de bien-être et de stress ainsi que le déroulement du confinement. Le bien-être était mesuré via l'échelle WEMWBS (*Warwick-Edinburg Mental Well-Being Scale*). Des analyses de régression linéaire simple puis multiple ont été réalisées.

**Résultats :** 439 individus ont été inclus avec 262 (59.7%) qui avaient été antérieurement traités et 177 (40.3%) qui l'étaient encore actuellement. Le score total moyen WEMWBS était de 42.48 (9.05). Le sentiment d'utilité était la dimension la plus altérée. Les facteurs positivement corrélés au bien-être étaient : le travail sur site, l'activité physique, les capacités de résilience, le soutien familial et social ( $p < 0.05$ ). Les facteurs négativement corrélés étaient : un niveau de stress élevé, l'importance des ruminations anxieuses, un sentiment d'insatisfaction quant au niveau d'information, des troubles du sommeil, des difficultés de réorganisation du quotidien, le fait de se sentir soutenu par les médicaments ( $p < 0.05$ ). Aucun facteur individuel n'était associé au bien-être. Le modèle linéaire multivarié, obtenu par une méthode pas-à-pas, avait un coefficient simple de détermination  $R^2$  de 0.563.

**Conclusion:** Dans la population spécifique des jeunes avec des troubles psychiatriques, les facteurs associés au bien-être au stade précoce du confinement étaient principalement psychosociaux et liés à une désorganisation brutale de la vie quotidienne.

**Mots clés :** COVID-19 ; confinement ; bien-être psychologique ; psychiatrie ; sujets jeunes.

# ABSTRACT

## **Mental well-being in young people with psychiatric disorders during the early phase of COVID-19 lockdown**

**Purpose:** Mental health and well-being were seriously impacted by the COVID-19 lockdown especially among young people and people with psychiatric disorders. This study aimed to identify factors associated with well-being in young people with psychiatric disorders, during early phase of COVID-19 lockdown in France.

**Methods:** A national cross-sectional online study started on the 8<sup>th</sup> day of COVID-19 lockdown in France (during March 25–30, 2020). We included all young people aged from 16 to 29 who responded to the questionnaire, living and being confined in France, with past or current psychiatric treatment. The questionnaire was accessible online and explored demographics and clinical factors, well-being, stress, situation during lockdown. Well-being was measured by the Warwick-Edinburg Mental Well-Being Scale (WEMWBS). Simple and multiple linear regression analyses were carried out.

**Results:** 439 individuals were included with 262 (59.7%) previously treated and 177 (40.3%) currently treated. WEMWBS total score were 42.48 (9.05). Feeling of useful was the most affected dimension. Well-being was positively correlated with: currently working on site, physical activity, resilience capacities, family and social supports ( $p < 0.05$ ). It was negatively correlated with: elevated stress level, anxious ruminations, dissatisfaction with information, difficulties to sleep or reorganize daily life, feeling supported by medicines ( $p < 0.05$ ). No individual factor was correlated with well-being. The stepwise linear multivariate model had simple  $R^2$  coefficient of determination of 0.563.

**Conclusion:** In the specific population of young people with psychiatric disorders, factors associated with well-being at early stage of lockdown were mainly psychosocial and related to brutal disorganization of daily life.

**Key words :** COVID-19 ; lockdown ; mental well-being ; psychiatry ; young people.

# REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

## I. Population psychiatrique et SARS-CoV-2, une vulnérabilité particulière

### 1) Risques neuropsychiatriques des infections au SARS-CoV-2

L'infection au SARS-CoV-2 serait à l'origine de manifestations neuropsychiatriques, co-occurentes ou à postériori. Une étude portant sur 40 469 patients diagnostiqués positifs pour la COVID-19 a retrouvé des manifestations neuropsychiatriques co-occurentes à l'infection ou dans le premier mois après dans un peu plus de 20% des cas. Les principales manifestations étaient représentées sur le plan neurologique par des céphalées (3.7%), des encéphalopathies (2.3%), des accidents vasculaires cérébraux (1.0%) et de l'épilepsie (0.6%) et sur le plan psychiatrique par des troubles anxieux (4.6%) et des troubles de l'humeur (3.8%), avec 0,2% des patients qui rapportaient des idées suicidaires [13].

Par ailleurs, selon l'étude de cohorte de Taquet et al. (N=62 354) [14], le risque de troubles psychiatriques séquellaires d'une infection à COVID-19 serait significativement augmenté par rapport à d'autres événements de santé. A trois mois la probabilité qu'un quelconque diagnostic psychiatrique ait été posé serait de 18.1%, avec une prédominance de troubles anxieux (12.8%) et de l'humeur (9.9%). Environ un tiers de l'ensemble de ces diagnostics, posés durant les trois premiers mois, et près de la moitié en cas de troubles anxieux seraient des primo-diagnostics. En cas d'infection sévère, justifiant une hospitalisation, les prévalences seraient significativement augmentées selon une métaanalyse de Rogers et al. [15] ayant porté sur 25 études et 1991 patients hospitalisés pour une infection sévère. A la phase aiguë, les prévalences des symptomatologies anxieuse (35.7%) et dépressive (32.6%), des troubles mnésiques (34.1%), des insomnies (41.9%) et de la confusion (27.9%) étaient importantes. A un an de la sortie de l'hôpital, le risque de séquelles psychiques était important avec des prévalences élevées de symptomatologies dépressive (29%), anxieuse (34%) et post-traumatique (34%). Concernant les troubles psychotiques, les données manquent ou ne sont pas congruentes pour établir un lien entre leur survenue et une infection avec le virus notamment en cas de traitement par corticostéroïdes. [14, 15, 16].

### 2) Risque infectieux et troubles psychiatriques préexistants

De façon réciproque, l'existence d'un trouble psychiatrique est associée à une augmentation du risque infectieux global et tout particulièrement de l'appareil respiratoire [17, 18]. Une étude rétrospective portant sur 62 354 cas de COVID-19 a retrouvé une augmentation du risque de COVID-19 de 65% en cas de troubles psychiatriques durant l'année, cela indépendamment d'éventuelles pathologies somatiques connues [14]. L'existence d'un trouble psychiatrique sévère

serait également associée à une augmentation du risque de complications, de formes sévères voire de décès [9, 18, 19, 20].

Plusieurs mécanismes ont été proposés : l'existence d'une vulnérabilité immunogénétique [21], de traitements psychotropes, de comorbidités somatiques (hypertension artérielle, diabète, obésité...) [9, 22, 23], d'un tabagisme important favorisant les infections et augmentant leur sévérité, de troubles cognitifs, d'une moins bonne observance des recommandations sanitaires [9] ainsi que d'un manque alarmant d'informations sur la maladie, son mode de transmission et les précautions requises [9, 16, 24].

Outre une vulnérabilité au SARS-CoV-2, la population psychiatrique présente une très haute vulnérabilité au stress [7, 8, 25] plaidant en faveur d'un besoin d'attention particulier en cette période pandémique et tout particulièrement lors des mesures de confinement. Cette problématique de la vulnérabilité au stress, mérite d'être explorée tout particulièrement chez les sujets jeunes. Les jeunes adultes avec des troubles psychiatriques sont dans une période de leur vie particulière, souvent proche de l'âge d'émergence de leurs troubles et qui constitue une fenêtre temporelle critique vis-à-vis de ceux-ci [26].

## **II. Vulnérabilité au stress, déterminants environnementaux et confinement**

Être un « *jeune adulte* » ou souffrir de troubles psychiatriques rend particulièrement vulnérable en période pandémique pour des raisons neurobiologiques [7, 8, 25, 27], psychologiques et sociales [9, 18, 28].

La période de vie entre 15 et 30 ans est une période de transition, avec des enjeux neurodéveloppementaux [7, 25] et psychosociaux. La pandémie et le confinement ont massivement perturbé la trajectoire habituelle de développement psychologique des jeunes adultes. Les déterminants habituels de la construction identitaire à cette période de la vie ont été fortement mis à mal par la restriction des libertés, la réduction des expériences sociales et le sentiment d'inutilité émergeant d'une baisse d'activité globale. La réduction des « *petits boulots* » jugés « *non essentiels* » entretenait la crainte d'une précarité et d'une perte de l'autonomie désirée. La fermeture des universités a conduit à un accroissement de la pression universitaire du fait de l'incertitude complète quant au déroulement des enseignements et aux modalités d'examens. L'employabilité dans le domaine d'étude choisi, potentiellement menacée en raison de la crise économique, pouvait inciter voire contraindre à une modification des perspectives initiales. La réduction des interactions sociales complexifiait la création de réseaux sociaux extrafamiliaux ou mettait ceux-ci significativement en péril.

Le rôle du stress et des événements de vie stressants est bien connu chez les personnes souffrant de troubles psychiatriques, notamment dans la survenue ou la rechute des troubles. [8]. Travailler

à la gestion du stress est une des clés de tout parcours de réhabilitation. A la vulnérabilité neurobiologique de cette population s'ajoutent des difficultés d'élaboration et d'application de stratégies de coping adaptées et efficaces visant à faire face aux événements stressants. Ces difficultés, fréquentes, peuvent justifier des mesures de psychoéducation et d'intensification des soins, notamment durant les périodes pandémiques et de confinement, sources de grandes tensions psychiques [18, 29, 30].

### **III.Santé mentale des sujets jeunes ou avec des troubles psychiatriques durant la pandémie et le confinement**

#### **1) Un retentissement globalement plus important**

Un retentissement émotionnel a été observé très précocement et de façon globale, quelle que soit la population. L'augmentation de la souffrance psychologique a été particulièrement marquée chez les jeunes adultes [2, 4, 31] ainsi que chez les personnes souffrant de troubles psychiatriques [3, 4, 29, 30, 32, 33], même antérieurs [34], et cela quelles que soient la fréquence et l'intensité des symptômes.

En cas d'histoire psychiatrique, le risque d'aggravation, de récurrence ou de survenue d'un nouveau trouble s'est très vite élevé, avec une aggravation symptomatique dans près de 20% des cas, dès les premiers mois de la pandémie [3, 35]. Une étude menée par Liu et al. [33], durant les premières semaines de la pandémie, sur un échantillon de 898 jeunes adultes, a retrouvé des taux de dépression, de troubles anxieux et de stress post-traumatique 2 à 6 fois supérieurs en cas de troubles psychiatriques préexistants (suspectés ou diagnostiqués) qu'en leur absence. Les prévalences de dépression ou de troubles anxieux étaient alors supérieures à 60% et celle de stress post-traumatique supérieures à 45% en cas de troubles préexistants diagnostiqués.

La précocité de survenue des symptomatologies dépressive, anxieuse, post-traumatique, d'insomnie lors des pandémies et confinements infectieux est bien documentée [36]. Sur les premiers mois de la pandémie, une métaanalyse de Xiong et al. [4] a retrouvé des taux de prévalence de symptomatologies dépressive, anxieuse ou post-traumatique compris entre 10 et 50%, différences explicables en partie par la diversité populationnelle, géographique et temporelle des études.

De façon congruente il a été constaté une élévation des crises et comportements suicidaires, ainsi que des suicides, justifiant d'agir impérativement sur certains facteurs de risque exacerbés par la pandémie tels que l'isolement social, les consommations de substances, les pertes financières, les violences domestiques [11, 36, 37].

## 2) Quelques spécificités selon le type de trouble

A ce jour, les troubles psychotiques, de l'humeur, du comportement alimentaire, obsessionnel-compulsifs, de personnalité ou encore du spectre de l'autisme n'ont pas été comparés individuellement. Quelques études suggèrent une vulnérabilité supérieure en cas de troubles anxiodépressifs par rapport aux autres troubles psychiatriques, en lien avec une très grande peur de la contamination et des conséquences potentielles de la crise sanitaire [10, 30, 38].

Aucune étude spécialement dédiée aux personnes présentant un trouble psychotique, n'a été retrouvée. L'important retentissement psychique ne peut ainsi être que présumé via des données psychopathologiques [8] ou rétrospectives des précédentes pandémies [36] ou bien approchées via des études basées sur des échantillons hétérogènes, associant dans le meilleur des cas « *troubles bipolaires* » et « *troubles psychotiques* » [10, 30].

La désorganisation de la vie quotidienne et la perturbation des rythmes rendent les patients bipolaires particulièrement vulnérables et à grand risque de rechute. L'assignation à domicile, la réduction des interactions sociales, le télétravail, la faible exposition à la lumière du jour, participent à ce dérèglement rythmique [39]. S'il existe peu d'études sur le retentissement psychique de la pandémie dédiées spécifiquement aux troubles bipolaires, des recommandations de prise en charge ont été proposées [40].

Concernant les troubles du comportement alimentaire (TCA), une étude téléphonique réalisée durant les premières semaines du confinement, auprès de patients avec différents TCA a retrouvé une aggravation des troubles chez 38%, et une augmentation de l'anxiété chez 56% [41]. En concordance, une étude en ligne sur 155 patients souffrant d'anorexie mentale a retrouvé une aggravation de la symptomatologie du TCA chez 42% , et une majoration des sentiments de tristesse, de solitude, d'inutilité et de perte de contrôle chez plus de 70% d'entre eux [42]. La perte d'autonomie était fortement corrélée à cette détérioration clinique [43]. L'augmentation des symptômes alimentaires pourrait, entre autres, répondre à un besoin de contrôle et de sécurité face à une telle situation, associant imprévisibilité et perte de contrôle, restriction des libertés, rupture des routines avec perturbation des rythmes alimentaires, de sommeil, d'activités et éventuelle prise de poids consécutive [44].

Concernant les personnes avec des troubles obsessionnels compulsifs, celles-ci pourraient être particulièrement à risque, tout particulièrement en cas d'obsessions de contamination et/ou de compulsions de vérification, lavage et thésaurisation. Les préconisations sanitaires pourraient alors être à l'origine d'une majoration des symptômes et dès lors d'une altération du fonctionnement quotidien et de la qualité de vie [32, 45, 46].

Les études manquent quant aux troubles de personnalité dont on peut cependant supposer l'impact

vis-à-vis des réactions émotionnelles et de la compliance aux recommandations sanitaires. Les personnalités paranoïaque, schizoïde et schizotypique (*cluster A*) pourraient voir leurs traits s'intensifier . Les personnalités borderline, histrionique, narcissique et antisociale (*cluster B*) pourraient manifester des réactions émotionnelles très intenses face au stress et à la distanciation sociale et présenter une plus faible compliance aux recommandations. Les personnalités dépendante, évitante et obsessionnelle-compulsive (*cluster C*) pourraient être sujettes à une angoisse majeure, en lien avec la peur de la contamination, ne faire preuve que de très peu de flexibilité dans leur routines quotidiennes, et être dans un respect strict des recommandations [47].

#### **IV. Étude des déterminants du bien-être chez les jeunes adultes avec des troubles psychiatriques**

Dans ce contexte pandémique, la vulnérabilité au stress des populations psychiatriques est majeure, en particulier chez les jeunes adultes. Les données présentées plus haut mettent en exergue l'impact de la pandémie sur la santé mentale de ces populations dans plusieurs dimensions. Dans ce contexte il nous est apparu important de mieux comprendre les déterminants du bien-être dans cette population spécifique afin de dégager des pistes d'intervention.

# ARTICLE

## **Mental well-being in young people with psychiatric disorders during the early phase of COVID-19 lockdown**

### **Authors**

Emilie Orfeuvre<sup>1,2</sup> | Nicolas Franck<sup>1,2,3</sup> | Julien Plasse<sup>1</sup> | Frédéric Haesebaert<sup>1,2,4</sup>

<sup>1</sup> Centre Hospitalier du Vinatier, Pôle Centre rive gauche & Centre Ressource de Réhabilitation Psychosociale, 95 boulevard Pinel, 69 678 Bron, France.

<sup>2</sup> Faculté de Médecine Lyon Est, Université Claude Bernard Lyon 1, 8 avenue Rockefeller, 69373 Lyon Cedex 08

<sup>3</sup> UMR 5229, CNRS & Université Lyon 1, Université de Lyon, 69 001 Lyon, France

<sup>4</sup> INSERM U1028, CNRS, UMR5292, PSYR2 Team, Lyon Neuroscience Research Center, Université Claude Bernard Lyon 1, 69001 Lyon, France.

### **Corresponding author**

Emilie Orfeuvre, Centre Hospitalier du Vinatier, Pôle Centre rive gauche & Centre Ressource de Réhabilitation Psychosociale, 95 boulevard Pinel, 69 678 Bron, France

Email: [emilie.orfeuvre@gmail.com](mailto:emilie.orfeuvre@gmail.com)

# 1. INTRODUCTION

Well-being is a complex concept that combines eudaimonic and hedonic components. Eudaimonic or psychological well-being includes six main dimensions: self-acceptance, personal growth, purpose in life, positive relations with others, environmental mastery, autonomy [48]. Hedonic or subjective well-being refers to satisfaction with life and positive emotions [49]. Both perspectives refer to positive psychology that, by focusing on satisfactory aspects of daily life, psychological skills and needs, increases the ability to act and adapt to different events.

In December 2019, first cases of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) were diagnosed in Wuhan, China. On 11 March 2020, the World Health Organization (WHO) characterized the COVID-19 as a pandemic. To prevent the rapid spread of the virus, stringent nationwide lockdown was decided in France on March 16, 2020. The stress was sudden, major and multifactorial: physical distancing, loneliness, disorganization of daily life with inactivity and boredom, financial losses added to fears of infection, uncertain future and ruminations related to inadequate information.

As in previous pandemics [36], mental health was strongly impacted [2] with increased prevalence of anxious, depressive and post-traumatic symptoms [4] and aggravation of pre-existing psychiatric disorders [3]. Psychiatric symptoms and distress were more frequent and severe in very vulnerable populations, including young people and people with pre-existing psychiatric disorders [4,9-11], due to their high stress vulnerability [7]. Several alerts have been issued since the beginning of the pandemic on need for studies of these clinical subgroups to quickly develop early intervention strategies in mental health [18, 50].

Disruption and disorganisation of daily life, caused by this brutal confinement, gave impression of new reality, new life which might be compared to occurrence of disease associated with functional alteration. Recovery-oriented approaches, aiming to achieve well-being despite illness, could also be interesting for everyone during such traumatic or stressful events. On the basis of their own goals, strengths and abilities, progressively, person regain pleasant, meaningful and engaged life [51]. Efficient, early and person-centred intervention requires identification of modifiable and causally well-being factors that could be different among different vulnerable subgroups [50].

Our study aimed at identifying factors associated with well-being in young people with psychiatric disorders, during the early phase of COVID-19 lockdown in France.

## 2.METHODS

### 2.1. Design and procedure

The data set came from our cross-sectional national, online observational study “*LockUwell*” [5], initiated on March 25, 2020, which aimed at studying mental wellbeing during the lockdown in France. The protocol respected the CHERRIES checklist (*Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys*) [52].

### 2.2. Materials and data collection

The questionnaire was accessible online via web link, distributed on social networks, online media and mailing lists. Participation was voluntary, without counterpart or sampling. The time to answer was estimated to be between 15 to 30 minutes and the questionnaire could be completed in several times. The platform used was that of INSERM (*National Institute on Health and Mental Research*). Only one response was possible per Internet Protocol address, to limit multiple responses.

It was constructed, with a first and a second version, and available in English in supplementary material. The initial version consisted of 63 questions, quantitative and qualitative, single or multiple choices, divided into 6 domains: (a) Sociodemographic factors, (b) Level of well-being, (c) Level of stress, (d) Medical history with particular emphasis in psychiatric, psychological and addictological histories, (e) Perceptions of the COVID-19 pandemic and lockdown, (f) Lockdown process.

Well-being was assessed by the Warwick-Edinburg Mental Well-Being Scale (WEMWBS) [6], translated and validated in French, and with excellent internal consistency [12]. The instrument refers to the last two weeks and consists of 14 items, evaluated according to a 5-point scale, the sum of which leads to an overall score ranging from 14 to 70. A 11-point scale was used for the stress. A cut-off point at 6 were considered for “*severe stress*”. Table 1 and table 2 show relevant questions selected by authorships.

### 2.3. Participants

The inclusion criteria were: (1) age between 16 to 29 years old, (2) living and being confined in France, (3) a past or current psychiatric treatment. Only data from the 8<sup>th</sup> to 13<sup>th</sup> day of lockdown, i.e. from March 25, 2020 to March 30, 2020 were analysed, to could be compared with the previous analyses [5] and to limit possible time biases. During this period, participants for our study were

selected among these above-mentioned population.

## **2.4. Statistical analysis**

The software R were used. Incomplete questionnaires were removed. No weighting of the data was performed due to the lack of reference to this specific population. Univariate and bivariate tests by analysis of variance (ANOVA) were performed. Multiple linear regression analyses were performed including candidate variable with a significant bivariate test with a p-value less than 0.1. Given the exploratory nature of the study, a stepwise method was preferred to a hierarchical or non-hierarchical “*forced entry*” method. The results were considered statistically significant if the p-value was less than 0.05.

## **2.5. Ethical considerations**

No ethics committee was required under French law since participation was anonymous and voluntary.

# **3.RESULTS**

## **3.1. Sample characteristics**

We analysed data from 439 eligible young people whose questionnaire was fully completed. Main sociodemographic and clinical characteristics were (see Table 1 for more details): 335 participants (76.3%) were female, their mean age was 24.53 (3.42) years and 247 of them (56.3%) were aged between 25 to 29 years. 219 (49.9%) were in couple and 17 (3.9%) had children. Main academic and professional characteristics were: 274 participants (62.4%) had university degree or higher (ISCED  $\geq 6$ ), 220 of them (50.1%) worked and 197 (44.9%) were student, which could be combined. As required by the inclusion criteria, all of them had benefited from psychiatric treatment and 177 (40.3%) were still treated; 151 (34.4%) had psychological or addiction treatment; 407 (92.7%) suffered from anxio-depressive disorders, 153 (34.9%) from sleep disorders and 18 (4.1%) from psychotic disorders. Many disorders might be associated.

## **3.2. Lockdown processing**

Main information related to lockdown were (see Table 2 for more details): 400 participants (91.1%) agreed with measures taken but 128 (29.2%) were unsatisfied with the information provided. 32 (7.3 %) were infected; 207 (47.2%) had access to outdoor space and mean housing

surface area was 79.73m<sup>2</sup> (55.6); 91 (20.7%) were confined alone; 177 (40.3%) did not working and 70 (15.9%) left their house to go to work; 264 (60.1%) practiced less than 30 minutes of sport per day. Respectively 329 (74.9%), 287 (65.4%) and 207 (47.2%) individuals had difficulties sleeping, eating regularly and reorganizing their daily life.

Resilience, positive consequences and support helped respectively 292 (67.2%), 278 (63.3%) and 241 (54.9%) of individuals to cope with the lockdown. Screen use and caloric food intake increased among 342 (77.9%) and 97 (22.1%) individuals respectively. 195 (44.4%) did not take medication and 97 (22.1%) of the individuals concerned increased their medication consumption. 84 (19.1%) of all participants felt helped by medications.

Social networks and phones represented the two main vectors of social interactions, and were used daily by 251 (57.2%) and 207 (47.2%) individuals respectively. 378 (86.1%) received support, which was mainly family for 346 (78.8%), friendly for 299 (68.1%) and social for 153 (34.9%).

### **3.3. Well-being and stress**

Total mean WEMWBS score was 43.72 (8.66) for the 262 (59.7%) individuals previously treated and 40.64 (9.31) for the 177 (40.3%) still treated. Mean scores per variable were detailed in table 1 and table 2. Feeling of useful was the dimension the most affected with an average of 2.32 (1.05) as presented in table 3. 291 (66.3%) of individuals were considered highly stressed (high score  $\geq 6$ ). 194 (44.2%) experienced anxious ruminations for more than one hour per day while 55 (12.5%) were not concerned.

### **3.4. Factors associated with well-being**

The simple and multiple linear regression coefficients are presented in table 4 and 5.

The factors positively correlated with well-being were: work at workplace, physical activity, resilience capacities, family and social supports. Those negatively correlated were: elevated stress level, anxious ruminations, dissatisfaction with information provided, difficulties to sleep or reorganize daily life, feeling supported by medications.

The physical activity was protector from 30 minutes per day and the effect increased with the duration of practice. Anxious ruminations were strongly and negatively correlated and the coefficients increased according their importance, estimated by daily durations. No individual factor was correlated with well-being. The stepwise linear multivariate model had a simple  $R^2$  coefficient of determination of 0.563.

## 4.DISCUSSION

This first online study aimed to identify factors associated with well-being, at the early stage of lockdown, in young people concerned by psychiatric disorders. It occurred within the context of psychological health emergency following the COVID-19 pandemic [18, 50, 53] and aimed at identifying targets for early intervention.

### 4.1. Altered well-being in young people with psychiatric disorders

Studying well-being required caution because of lack of consensual definition of “*mental health*” and “*well-being*” [54] and multiplicity of psychometric tools. WEMWBS was chosen for its analysis of both hedonic and eudemonic aspects, over the last two weeks, with good internal consistency and reproducibility [12].

Although, to date, no baseline data on young people with psychiatric disorders were available, our results highlighted significant impairment of wellbeing, with unknown kinetics.

Outside pandemic period, French study [12] reported WEMWBS mean score of 44.86 (9.22) among French people suffering from schizophrenia in recovery process. However, such a score, is only partially comparable due to heterogeneity of our sample and the low representation of psychotic disorders. Concerning young workers and students without psychiatric disorders, WEMWBS mean scores were higher of 51.47 (7.19) and 51.88 (6.87) respectively. Scottish study found median score for young people of 53 (IC 95% [52, 53]) [6].

First global analysis of our dataset showed, by the second week of lockdown, lower well-being when compared to studies outside lockdown setting among young people, and people with past or actual psychiatric disorder with mean scores of 47.80 (7.23), 48.40 (8.52) and 45.02 (8.56) [5]. This early impairment of well-being was consistent with the onset of major distress and psychiatric symptoms during this period [2, 10, 34, 55].

### 4.2. Factors of well-being

Contrary to data in general population, no individual and pre-existing factors of well-being could be identified. All young people with psychiatric disorders, past or currently treated, and whatever the type of disorder, must be considered as at risk.

Severe stress and major anxiety were reported by 66.3% and 44.4% of young, in line with literature data showing higher levels in case of psychiatric history [10, 34]. To date, major impact of stress

in well-being were poorly documented during pandemic while its role on aggravation or onset of psychiatric disorders were established [3, 4, 9, 56]. Being young or suffering from psychiatric disorders increased significantly risk of such psychiatric, but also physical, consequences [4, 9, 11], due to high vulnerability to stress [7, 25].

At the early stage of brutal lockdown, many factors identified in our study refer to the suddenly break and disorganisation of daily life. Bidirectional relationships between circadian rhythms and mental health were established in former studies [57]. The importance of routines and regular rhythms justifies psychoeducation of all young people to help them structure their daily life, creating new habits with regular sport and various activities, deciding on regular bedtime. Simple and individual timeframe might be helpful. Limiting late exposure to screens and permanent nibbling could facilitate falling asleep and restoration of dietary rhythms by reappearance of hunger and satiety signals.

Mental health benefits of regular physical activity were observed in general [58] and clinical [59] populations, and during COVID-19 pandemic [60]. Our study found the beneficial threshold of half an hour per day observed in Zhang's study [60], who also noted negative correlation in case of excessive exercise for more than two and half hours per day, without specifying sense of cause-effect link.

Working did not impact well-being, before or during the lockdown but telecommuting was damaging. Interaction analysis could be interesting between working status, psychiatric status and well-being to understand such an indifference which could be the result of reduced interest in work related to recovery process or depressive symptomatology. In general population, stop working were associated with lower well-being at the early stage but not telecommuting. [5, 60]. Surprisingly, in our study, studying did not increase the risk while it did in general population [4, 5].

Our study highlighted that satisfaction with information promoted well-being. Overabundance of information, rumours and misinformation is classic in pandemic context [61] but should be controlled at the risk of serious physical, psychical and social consequences [62, 63]. During pandemic periods, information quality strongly conditioned respect of health recommendations [64] and psychological consequences. Information should be clear, easy to access, and concordant between reference sources (government, other decision-making bodies, health professionals), especially for risk levels which easily generates fear [36, 63]. At the individual level, the WHO recommended limiting time of exposure and favouring reliable and official sources [65]. Major and increasing use of screens in our study and in the general population made this limitation complex [66]. Information was everywhere, quickly spread and might be intrusive, appearing spontaneous through social networks, newsletters, internet sites... Active participation of young

people was required to control rumours and media exposure, prevent panic and preserve well-being.

Variations in drug treatment did not interfere with well-being, but young who felt helped could need special attention. Although data on the safety were insufficient at this time [67], continuation of treatment was recommended because of excessive risk of aggravation of psychiatric disorders and withdrawal syndrome [68]. In our study, 97 (39.8%) young people increased their treatment, which could be related to an increase in psychiatric symptomatology [3].

### **4.3. A recovery-oriented approach**

Promotion of well-being in pandemic period could be compared to recovery-oriented approach, requiring interdisciplinary collaboration and active participation of young people. Empowerment contributes to supporting eudemonic well-being by reinforcing senses of useful and control [69], self-esteem and self-confidence. After having evaluated risk, psychoeducational interventions could help young people to identifying their vulnerabilities, harmful environmental factors, but also their coping skills, recovery strengths and environmental resources in order to boost resilience.

Psychoeducation must be proposed to entire family to promote adaptative family coping and cohesion in order to preserve family support. Communication must be warm, caring, regular and interesting [70]. Stress of lockdown added to burden of disease, leading to high-risk for mental health of caregivers who needed support themselves: impaired well-being, quality of life, depression, isolation and financial difficulties [70 - 72]. During lockdown, 50% of caregivers did not feel supported according to French survey by UNAFAM (*The French National Union of Families and Friends of Sick or Psychically Handicapped People*) [73].

Individual and social resilience were highly related, which could contribute to protector effect of social support. Sense of cohesion should be strengthened by citizen involvement, neighbourhood solidarity, and promotion interactions, whatever their frequency and with respect for physical distancing measures. Respecting containment is already responsible and altruistic act that should be valued. Continuing group therapeutic activities could be also interesting to maintaining peer relationships.

### **4.4. Strengths and limitations**

Firstly, our study could not analyse kinetics of degradation of well-being and variations over time of different studied variables because of its cross-sectional nature. A cohort study would have been ideal but none ethics committee could be mobilized very quickly in France in March 2020.

Secondly, several recruitment biases must be taken into account. Convenience sampling used for LockUwell survey could explain part of the over-representation of anxiety and depressive disorders and the under-representation of psychotic disorders. However, easy to carry out, it allowed us to quickly obtain a large sample. Need for access to digital technologies, existence of motivational factor due to absence of counterpart, choice of intermediate inclusion criteria also impacted representativeness. As inclusion depended on the presence of current or past psychiatric cares, young people who never engaged with services because of refusal, denial, lack of demand, difficulties in accessing care or non-reporting for fear of stigmatisation or coerced cares were not included. However, psychiatric cares were clinical and relevant criterion, focusing on severity rather than the type of mental disorder.

Thirdly, the setting of our survey, targeting general population with online response limited the level of precision in clinical explorations. Some specific variables to this population could be interesting to improve risk prediction at the start of lockdown: age of onset of disorder, addictions, medications, type of follow-up... Current absence of specific risk factors must encourage proactive contact, evaluation and closely support systematically for each young people suffering from psychiatric disorders.

## **4.5. Conclusion**

In conclusion, several factors impacting well-being of young people with psychiatric disorders, at early stage of lockdown, have been identified. Mainly psychosocial and related to brutal disorganisation of daily life, these factors could justify early psychoeducational interventions aiming at boosting resilience, fostering empowerment and promoting social relationships.

**Acknowledgements:**

Dr Elodie Zante who participated in the development of the protocol and questionnaire and in the data collection.

**Financial support:**

This research received no specific grant from any funding agency, commercial or not-for-profit sectors.

**Conflicts of interest:**

The authors declare that there is no conflict of interest.

**Availability of data and material:**

The data that support the findings of this study are available from the corresponding author upon reasonable request.

**Code availability:**

The code used for statistical analysis for this study is available from the corresponding author upon reasonable request.

**Ethics approval:**

The research board of the Vinatier Hospital (Bron, France) stated that no ethics committee approval was needed and that the project was conducted in accordance with survey ethics. As the survey was conducted anonymously with no personal data the EU General Data Protection Regulation (GDPR) did not apply.

**Consent to participate:**

Participation was voluntary.

**Consent for publication:**

Participation was voluntary.

# DISCUSSION GENERALE

## I. Résumé de l'étude et problématique

Notre étude avait pour objectif d'évaluer le bien-être et ses déterminants chez les sujets jeunes de 16 à 29 ans avec des troubles psychiatriques, rétablis ou non, dans l'objectif d'intervenir de façon précoce, adaptée et efficace. L'importance et la précocité de l'altération du bien-être observées appuient la nécessité de développer des interventions de promotion de la santé mentale. Contrairement à la population générale, aucun facteur de bien-être individuel ou préexistant au confinement n'a pu être mis en évidence, ce qui rend difficile l'identification, au sein même de cette population particulière, d'un sous-groupe à très haut risque. En conséquence, chaque jeune, quel que soit le type et le degré de rétablissement du ou des troubles psychiatriques le concernant, doit être considéré comme à très haut risque psychique et devrait pouvoir bénéficier d'une évaluation clinique et de mesures d'intervention précoce personnalisées et efficaces, au minimum de psychoéducation. Afin d'assurer la continuité des soins durant le confinement, de s'adapter aux nouveaux besoins et de garantir leur accès à tous les jeunes avec des troubles psychiatriques, suivis ou non, le système de soins a dû s'adapter. Cette question de la réorganisation des soins en période pandémique mérite d'être abordée.

## II. Le maintien et l'adaptation des soins en période de pandémie et de confinement

### 1. La réorganisation des dispositifs de santé mentale

Pour faire face à la pandémie, les systèmes de soins ont rapidement été réorganisés [28] avec une priorisation des soins somatiques considérés comme urgents, au grand détriment de la santé mentale. Les lits d'hospitalisation et les professionnels de santé mentale ont été réquisitionnés pour prendre en charge les personnes infectées. Les conséquences directes en ont été la diminution du nombre d'admissions et un raccourcissement des durées d'hospitalisation en psychiatrie, une baisse de la fréquence des soins ambulatoires, l'arrêt de certains soins tels que l'électroconvulsivothérapie... La réduction des visites en cas d'hospitalisation laissait craindre un isolement social. Les soins groupaux ont été réduits en effectif, supprimés, ou maintenus en visioconférence. Tout particulièrement lors du pic pandémique et du confinement, se rendre aux urgences n'était pas encouragé, notamment en cas de difficultés psychiques, en raison du risque infectieux et de la réaffectation des professionnels de santé. Même consulter pour un motif somatique pouvait être difficile, en raison de la crainte d'une contamination, d'un sentiment d'illégitimité, d'une peur de demander et d'une méconnaissance des symptômes de la COVID-19.

Malgré ce mouvement général, l'engagement des acteurs de la santé mentale a permis une adaptation conséquente du système de santé mentale afin d'assurer la continuité des soins engagés mais également de répondre aux besoins croissants de la population générale. A Lyon, les centres de réhabilitation psychosociale ont pu rester ouverts pendant toute la durée du confinement et adapter leur offre de soins. Un groupe « *TRANSITION* » a notamment été créé au SUR-CL3R (Service Universitaire de Réhabilitation, Centre Référent de Réhabilitation Psychosociale et Remédiation Cognitive de Lyon) afin de proposer un espace groupal aux usagers autour de l'impact de la crise sanitaire. Cet espace s'articulait autour de temps d'expression du vécu, d'identification puis d'analyse des difficultés rencontrées et des ressources mobilisées, ainsi que de réflexion quant aux changements que les usagers souhaitaient faire perdurer [74].

Le renforcement des équipes mobiles avait pour objectif de fournir de manière proactive une évaluation et des soins psychiatriques individuels, personnalisés à un public ciblé, correspondant principalement soit à des personnes avec des troubles psychiatriques, difficilement accessibles aux soins ou à risque important de rupture de soins, soit à des personnes en crise psychique, afin d'éviter un recours aux urgences psychiatriques ou à l'hospitalisation qui extrairaient la personne de son environnement habituel. Ces équipes pluridisciplinaires assuraient des actions de prévention et d'intervention précoce. En rencontrant la personne sur son lieu de vie, elles pouvaient alors l'accompagner de façon concrète dans son travail d'adaptation et de réorganisation du quotidien. Des temps de psychoéducation visant à promouvoir la santé mentale étaient dispensés. Selon les cas, les proches pouvaient appartenir au réseau collaboratif de soutien construit autour de la personne.

Pour faire face à la réduction des capacités d'accueil ainsi qu'au risque de contagion, une des grandes stratégies fût technologique. La mise en place de plateformes virtuelles a permis un maintien partiel de l'offre de soins, au travers de téléconsultations ou de visioconférences. Les objectifs étaient multiples : limiter les ruptures de soins, prévenir l'aggravation ou la rechute des symptômes, éviter le recours à une prise en charge hospitalière mais aussi promouvoir le bien-être en accompagnant à la réorganisation du quotidien et en maintenant le lien social. Une partie des groupes psychothérapeutiques et des groupes de paroles ont pu se dérouler en ligne, pouvant apporter un sentiment de cohésion sociale et de soutien, entre le jeune, ses pairs et ses soignants. Des dispositifs d'écoute, tels des hotlines, ont été mis en place pour répondre transitoirement à l'urgence. A Lyon, il s'agissait de la plateforme « *LIVE* » (*Ligne Info Vinatier Écoute*), proposée par le Centre Hospitalier Spécialisé du Vinatier dès la deuxième semaine du confinement. L'existence de cette plateforme a alors été largement diffusée par les professionnels de santé mais aussi par des flyers, des communications médiatiques locales, les réseaux sociaux. Au travers d'une communication générale, les jeunes concernés par des troubles psychiatriques, suivis ou

non, ainsi que leurs proches ont pu être interpellés quant à la possibilité d'une écoute téléphonique, d'une information et d'une orientation selon le besoin psychique.

## **2. La problématique des médicaments**

Malgré l'insuffisance des données pharmacologiques [67], la poursuite des traitements psychotropes restait recommandée en raison des risques significatifs d'aggravation des troubles et de sevrage [68]. Pour limiter les ruptures de soins, deux arrêtés ont permis en France le renouvellement en pharmacie des ordonnances pour les traitements prescrits depuis plus de 3 mois dans le cadre d'une maladie chronique [75] puis des traitements anxiolytiques, hypnotiques et opioïdes [76]. Une collaboration s'est également avérée nécessaire avec les laboratoires pour la surveillance des taux de polynucléaires neutrophiles des patients sous Clozapine [77]. La compliance médicamenteuse restait cependant fragile, tout particulièrement en cas de troubles de l'humeur [32].

### **III. Un accès aux soins pour tous**

Tous les jeunes avec des troubles psychiatriques ne bénéficient pas d'un suivi psychiatrique ce qui complexifie l'idée d'une sollicitation ou d'une interpellation de l'ensemble de cette population. Les causes sont diverses : arrêt des soins (rétablissement ou autre motif), absence totale de soins par refus (déli des troubles, soins jugés non nécessaires, crainte de soins contraints, peur d'une stigmatisation) ou par difficultés d'accès aux soins. Comment dès lors promouvoir le bien-être de ces jeunes, hors des réseaux de santé mentale ? Trois stratégies seront développées, à savoir une collaboration des différents professionnels de santé au-delà du champ de la santé mentale, une sollicitation de l'entourage et une interpellation collective.

#### **1. Une collaboration des différents professionnels de santé**

Compte tenu de la situation d'urgence sanitaire psychique, une mobilisation et une collaboration de l'ensemble des professionnels de santé se justifiaient, bien au-delà du seul champ de la santé mentale. Les dispositifs de soins primaires, avec notamment les médecins généralistes mais également les médecins scolaires ou universitaires, avaient un rôle essentiel d'information mais aussi de repérage et d'orientation des jeunes en difficultés vers des structures adaptées, d'urgence ou non. La mise en place d'un réseau collaboratif, coordonné à une échelle nationale, pourrait faciliter la diffusion de recommandations pratiques, basées sur les preuves, de ressources documentaires, d'outils, voire de formations brèves à la psychoéducation.

## 2. Une implication de l'entourage

En sus de leur nécessaire soutien, les proches ont un rôle majeur dans le bien-être des jeunes avec des troubles psychiatriques. En bénéficiant également des préconisations d'hygiène de vie, de conseils pour améliorer la résilience, d'informations quant aux signes d'alerte et des coordonnées des dispositifs locaux spécialisés, ils peuvent alors renforcer leurs compétences et identifier leurs propres ressources. Un transfert de compétences pourrait ensuite s'effectuer vers le jeune afin que celui-ci renforce lui-même ses propres compétences, booste sa résilience et reprenne contrôle sur son environnement et son quotidien.

## 3. Une interpellation collective

Outre l'avantage d'atteindre l'ensemble de la population, une approche collective n'interpellerait pas le jeune en raison de son trouble mais en raison de son statut de citoyen et de sa condition humaine, laquelle l'expose, comme tout un chacun, à un risque de détresse psychologique durant la pandémie et tout particulièrement durant le confinement. Face à une communication sans nécessairement de lien direct ou explicite avec la psychiatrie, certaines informations, rejetées sous le seul prétexte de leur affiliation à la psychiatrie pourraient être entendues voire même engendrer des modifications comportementales favorables. Diverses ressources (fiches pratiques, vidéos,...) ont été partagées via internet ou via de petites brochures papiers par de nombreux centres de réhabilitation en France, dont le SUR-CL3R à Lyon, à destination des usagers et du grand public. Celles-ci visaient à fournir des conseils et des idées sur la gestion du quotidien mais aussi des émotions. Afin de favoriser l'expression des ressentis, des ateliers d'écriture collectifs et des temps de création, prénommés « *CONFiture maison* », étaient proposés de façon hebdomadaire à toute personne concernée, ce qui incluait dès lors les professionnels de santé. Des initiations en ligne à la pleine conscience étaient dispensées pour aider à la gestion des émotions. Des dispositifs d'écoute, d'information et d'orientation, tels que la plateforme *LIVE* présentée plus haut ou des centres de consultation ouverts à tous se sont également développés. Ouverts à tous et sans critères psychiatriques, la crainte de la stigmatisation, le refus d'un diagnostic psychiatrique ou de soins en rapport, pouvaient ne plus être autant des obstacles à un accompagnement, même bref, de ces jeunes hautement vulnérables. Ainsi, la promotion du bien-être des jeunes avec des troubles psychiatriques ne peut se restreindre à une approche individuelle. Des interventions à une échelle collective, accessibles à tous, sont nécessaires compte tenu de l'importance du soutien familial et social mis en évidence dans notre étude, d'une modification de l'accès aux soins et d'un nombre significatif de jeunes hors de tout réseau de soins.

## **IV. Une approche positive de la santé mentale, au-delà du premier confinement**

La persistance du virus a été à l'origine d'un stress chronique, quotidien et habituel. De façon fréquente et imprévisible, celui-ci se trouvait exacerbé par des prises de mesures sanitaires (confinements, couvre-feu, restrictions d'accès et fermetures de lieux publics...) désorganisant de façon itérative un quotidien déjà d'allure étrange. Chaque jour, le risque était grand d'un dépassement des capacités de résilience et dès lors de détérioration de la santé mentale. Intervenir précocement supposait d'anticiper ces situations stressantes dans l'objectif d'une adaptation la plus rapide et la plus efficace qui soit.

Le déconfinement, inéluctable, a constitué une nouvelle rupture, mettant fin à un confinement de 55 jours. Si la fin du confinement était attendue par chacun, la perspective du déconfinement générait des émotions diverses, en raison de l'inconnu qui s'y associait et de la nouvelle désorganisation du quotidien, prévisible. L'impact de celle-ci et des facteurs psychosociaux sur le bien-être lors du premier confinement plaidait en faveur de la nécessité de poursuivre les interventions de psychoéducation, individuelles ou groupales, mises en place. De façon identique, une approche positive de la santé, s'appuyant sur les forces et les compétences des personnes, devait être privilégiée, que ce soit à une échelle individuelle ou collective. Le travail au renforcement des capacités de résilience et de décision initié devait être poursuivi, afin de favoriser le pouvoir d'agir et de permettre une reprise de contrôle sur l'environnement. Des ressources ont continué d'être diffusées par les centres de réhabilitation, afin de préparer le déconfinement et de s'y adapter au mieux le moment venu.

La modification des rythmes, de l'environnement, des interactions sociales, l'espoir d'une amélioration de la situation sanitaire, ont été à l'origine d'une évolution des besoins de chaque individu, nécessitant dès lors des ajustements de l'offre de soins et des projets individuels pour chaque jeune avec des troubles psychiatriques. Afin de personnaliser au mieux le nouveau projet de soin, le CRéhab'S des Pays de Loire a proposé un nouvel outil d'évaluation nommé « *ACORD* » pour « *Aide à la (re)Construction d'un projet de soin soutenant le Rétablissement – en période de déconfinement* » qui visait à interroger le vécu, les difficultés et les ressources de la personne en cette période particulière et inédite de déconfinement.

Outre un ajustement individuel des soins des jeunes usagers, les stratégies d'intervention précoce déployées durant le confinement nécessitaient une réévaluation. Pour cela, le monitoring des niveaux de stress et de bien-être ainsi que l'identification des facteurs corrélés à ce dernier, susceptibles d'évoluer avec le temps, étaient pertinents. L'enquête *LockUwell* s'est donc poursuivie avec une rediffusion du questionnaire lors du déconfinement en mai 2020, puis du second confinement en octobre 2020, et pourrait l'être encore selon l'évolution de la crise sanitaire.

# REFERENCES

1. Franck N. Covid-19 et détresse psychologique. 2020, l'odyssée du confinement. Odile Jacob. 2020. 219 p.
2. Pierce M, Hope H, Ford T, Hatch S, Hotopf M, John A, et al. Mental health before and during the COVID-19 pandemic: a longitudinal probability sample survey of the UK population. *Lancet Psychiatry*.2020;7(10):883-92.
3. Vindegaard N, Benros ME. COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain Behav Immun*.2020;89:531-42.
4. Xiong J, Lipsitz O, Nasri F, Lui LMW, Gill H, Phan L, et al. Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *J Affect Disord*. 2020;277:55-64.
5. Haesebaert F, Haesebaert J, Zante E, Franck N. Who maintains good mental health in a locked-down country? A French nationwide online survey of 11,391 participants. *Health Place*.2020;66:102440.
6. Tennant R, Hiller L, Fishwick R, Platt S, Joseph S, Weich S, et al. The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): development and UK validation. *Health Qual Life Outcomes*.2007;5:63.
7. De Girolamo G, Dagani J, Purcell R, Cocchi A, McGorry PD. Age of onset of mental disorders and use of mental health services: needs, opportunities and obstacles. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2012 ;21(1) :47-57.
8. Fusar-Poli P, Tantardini M, De Simone S, Ramella-Cravaro V, Oliver D, Kingdon J, et al. Deconstructing vulnerability for psychosis: Meta-analysis of environmental risk factors for psychosis in subjects at ultra-high-risk. *Eur Psychiatry*. 2017;40:65-75.

9. Chevance A, Gourion D, Hoertel N, Llorca P-M, Thomas P, Bocher R, et al. Ensuring mental health care during the SARS-CoV-2 epidemic in France: A narrative review. *Encephale*. jun 2020;46(3):193-201.
10. González-Blanco L, Dal Santo F, García-Álvarez L, de la Fuente-Tomás L, Moya Lacasa C, Paniagua G, et al. COVID-19 lockdown in people with severe mental disorders in Spain: Do they have a specific psychological reaction compared with other mental disorders and healthy controls? *Schizophr Res*. sep 2020;223:192-8.
11. Mengin A, Allé MC, Rolling J, Ligier F, Schroder C, Lalanne L, et al. [Psychopathological consequences of confinement]. *L'Encephale*. jun 2020 ;46(3S) :S43-S52.
12. Trousselard M, Steiler D, Dutheil F, Claverie D, Canini F, Fenouillet F, et al. Validation of the Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS) in French psychiatric and general populations. *Psychiatry Res*. nov 2016;245:282-90.
13. Nalleballe K, Reddy Onteddu S, Sharma R, Dandu V, Brown A, Jasti M, et al. Spectrum of neuropsychiatric manifestations in COVID-19. *Brain Behav Immun*. août 2020;88:71-4.
14. Taquet M, Luciano S, Geddes JR, Harrison PJ. Bidirectional associations between COVID-19 and psychiatric disorder: retrospective cohort studies of 62 354 COVID-19 cases in the USA. *Lancet Psychiatry*. feb 2021;8(2):130-40.
15. Rogers JP, Chesney E, Oliver D, Pollak TA, McGuire P, Fusar-Poli P, et al. Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*. jul 2020;7(7):611-27.
16. Brown E, Gray R, Lo Monaco S, O'Donoghue B, Nelson B, Thompson A, et al. The potential impact of COVID-19 on psychosis: A rapid review of contemporary epidemic and pandemic research. *Schizophr Res*. aug 2020;222:79-87.
17. Seminog OO, Goldacre MJ. Risk of pneumonia and pneumococcal disease in people with severe mental illness: English record linkage studies. *Thorax*. feb 2013;68(2):171-6.

18. Yao H, Chen J-H, Xu Y-H. Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry*. apr 2020;7(4):e21.
19. Lee SW, Yang JM, Moon SY, Yoo IK, Ha EK, Kim SY, et al. Association between mental illness and COVID-19 susceptibility and clinical outcomes in South Korea: a nationwide cohort study. *Lancet Psychiatry*. dec 2020;7(12):1025-31.
20. Wang Q, Xu R, Volkow ND. Increased risk of COVID-19 infection and mortality in people with mental disorders: analysis from electronic health records in the United States. *World Psychiatry*. feb 2021;20(1):124-30.
21. Oliveira J, Oliveira-Maja A, Tamouza R, Brown As, Leboyer M. Infectious and immunogenetic factors in bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand*. Oct 2017 ;136(4) :409-423.
22. Phelan M, Stradins L, Morrison S. Physical health of people with severe mental illness. *BMJ*. feb 2001;322(7284):443-4.
23. Momen NC, Plana-Ripoll O, Agerbo E, Benros ME, Børglum AD, Christensen MK, et al. Association between Mental Disorders and Subsequent Medical Conditions. *N Engl J Med*. apr 2020;382(18):1721-31.
24. Muruganandam P, Neelamegam S, Menon V, Alexander J, Chaturvedi SK. COVID-19 and Severe Mental Illness: Impact on patients and its relation with their awareness about COVID-19. *Psychiatry Res*. sep 2020;291:113265.
25. Millan MJ, Andrieux A, Bartzokis G, Cadenhead K, Dazzan P, Fusar-Poli P, et al. Altering the course of schizophrenia: progress and perspectives. *Nat Rev Drug Discov*. jul 2016;15(7):485-515.
26. Marín O. Developmental timing and critical windows for the treatment of psychiatric disorders. *Nat Med*. nov 2016 ;22(11) :1229-1238.
27. Dudley KJ, Li X, Kobor MS, Kippin TE, Bredy TW. Epigenetic mechanisms mediating vulnerability and resilience to psychiatric disorders. *Neurosci Biobehav Rev*. jun 2011;35(7):1544-51.

28. Moreno C, Wykes T, Galderisi S, Nordentoft M, Crossley N, Jones N, et al. How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*. sep 2020;7(9):813-24.
29. Pfefferbaum B, North CS. Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *N Engl J Med*. aug 2020;383(6):510-2.
30. Solé B, Verdolini N, Amoretti S, Montejo L, Rosa AR, Hogg B, et al. Effects of the COVID-19 pandemic and lockdown in Spain: comparison between community controls and patients with a psychiatric disorder. Preliminary results from the BRIS-MHC STUDY. *J Affect Disord*. feb 2021;281:13-23.
31. McGinty EE, Presskreischer R, Han H, Barry CL. Psychological Distress and Loneliness Reported by US Adults in 2018 and April 2020. *JAMA*. jul 2020;324(1):93-4.
32. Chatterjee SS, Barikar C M, Mukherjee A. Impact of COVID-19 pandemic on pre-existing mental health problems. *Asian J Psychiatr*. jun 2020;51:102071.
33. Liu CH, Stevens C, Conrad RC, Hahm HC. Evidence for elevated psychiatric distress, poor sleep, and quality of life concerns during the COVID-19 pandemic among U.S. young adults with suspected and reported psychiatric diagnoses. *Psychiatry Res*. oct 2020;292:113345.
34. García-Álvarez L, de la Fuente-Tomás L, García-Portilla MP, Sáiz PA, Lacasa CM, Dal Santo F, et al. Early psychological impact of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) pandemic and lockdown in a large Spanish sample. *J Glob Health*. dec 2020 ;10(2) :020505.
35. Zhou J, Liu L, Xue P, Yang X, Tang X. Mental Health Response to the COVID-19 Outbreak in China. *Am J Psychiatry*. jul 2020;177(7):574-5.
36. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*. mar 2020;395(10227):912-20.
37. Gunnell D, Appleby L, Arensman E, Hawton K, John A, Kapur N, et al. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*. jun 2020;7(6):468-71.

38. Asmundson GJG, Paluszek MM, Landry CA, Rachor GS, McKay D, Taylor S. Do pre-existing anxiety-related and mood disorders differentially impact COVID-19 stress responses and coping? *J Anxiety Disord.* aug 2020;74:102271.
39. Stefana A, Youngstrom EA, Chen J, Hinshaw S, Maxwell V, Michalak E, et al. The COVID-19 pandemic is a crisis and opportunity for bipolar disorder. *Bipolar Disord.* sep 2020;22(6):641-3.
40. Hernández-Gómez A, Andrade-González N, Lahera G, Vieta E. Recommendations for the care of patients with bipolar disorder during the COVID-19 pandemic. *J Affect Disord.* 15 jan 2021;279:117-21.
41. Fernández-Aranda F, Casas M, Claes L, Bryan DC, Favaro A, Granero R, et al. COVID-19 and implications for eating disorders. *Eur Eat Disord Rev.* may 2020;28(3):239-45.
42. Schlegl S, Maier J, Meule A, Voderholzer U. Eating disorders in times of the COVID-19 pandemic-Results from an online survey of patients with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* nov 2020;53(11):1791-800.
43. Baenas I, Caravaca-Sanz E, Granero R, Sánchez I, Riesco N, Testa G, et al. COVID-19 and eating disorders during confinement: Analysis of factors associated with resilience and aggravation of symptoms. *Eur Eat Disord Rev.* nov 2020;28(6):855-63.
44. Rodgers RF, Lombardo C, Cerolini S, Franko DL, Omori M, Fuller-Tyszkiewicz M, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on eating disorder risk and symptoms. *Int J Eat Disord.* jul 2020;53(7):1166-70.
45. Banerjee DD. The other side of COVID-19: Impact on obsessive compulsive disorder (OCD) and hoarding. *Psychiatry Res.* jun 2020;288:112966.
46. Hamada K, Fan X. The impact of COVID-19 on individuals living with serious mental illness. *Schizophr Res.* aug 2020;222:3-5.
47. Preti E, Di Pierro R, Fanti E, Madeddu F, Calati R. Personality Disorders in Time of Pandemic. *Curr Psychiatry Rep.* nov 2020;22(12):80.

48. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1989;57(6):1069-81.
49. Ryan RM, Deci EL. On Happiness and Human Potentials: A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being. *Annu Rev Psychol*. feb 2001;52(1):141-66.
50. Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, Tracey I, Wessely S, Arseneault L, et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *Lancet Psychiatry*. jun 2020;7(6):547-60.
51. Seligman MEP. *Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realise Your Potential For Lasting Fulfilment*. New York : Free Press.
52. Eysenbach G. Improving the Quality of Web Surveys: The Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (CHERRIES). *J Med Internet Res*.. sep 2004 ;6(3) :e34.
53. Xiang Y-T, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *Lancet Psychiatry*. mar 2020;7(3):228-9.
54. Fusar-Poli P, Salazar de Pablo G, De Micheli A, Nieman DH, Correll CU, Kessing LV, et al. What is good mental health? A scoping review. *European Neuropsychopharmacology*. 1 feb 2020;31:33-46.
55. González-Sanguino C, Ausín B, Castellanos MA, Saiz J, López-Gómez A, Ugidos C, et al. Mental health consequences during the initial stage of the 2020 Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain. *Brain Behav Immun*. jul 2020;87:172-6.
56. Steardo L, Verkhatsky A. Psychiatric face of COVID-19. *Transl Psychiatry*. jul 2020 ;10 :261.
57. Walker WH, Walton JC, DeVries AC, Nelson RJ. Circadian rhythm disruption and mental health. *Transl Psychiatry*. jan 2020 ;10 :28.

58. Eime RM, Young JA, Harvey JT, Charity MJ, Payne WR. A systematic review of the psychological and social benefits of participation in sport for children and adolescents: informing development of a conceptual model of health through sport. *Int J Behav Nutr Phys Act.* aug 2013;10:98.
59. Pascoe MC, Bailey AP, Craike M, Carter T, Patten R, Stepto NK, et al. Exercise interventions for mental disorders in young people: a scoping review. *BMJ Open Sport Exerc Med.* may 2020;6(1):e000678.
60. Zhang SX, Wang Y, Rauch A, Wei F. Unprecedented disruption of lives and work: Health, distress and life satisfaction of working adults in China one month into the COVID-19 outbreak. *Psychiatry Res.* jun 2020;288:112958.
61. Larson HJ. The biggest pandemic risk? Viral misinformation. *Nature.* oct 2018;562:309-309.
62. Shimizu K. 2019-nCoV, fake news, and racism. *Lancet.* feb 2020;395(10225):685-6.
63. Zarocostas J. How to fight an infodemic. *Lancet.* feb 2020;395(10225):676.
64. Caleo G, Duncombe J, Jephcott F, Lokuge K, Mills C, Looijen E, et al. The factors affecting household transmission dynamics and community compliance with Ebola control measures: a mixed-methods study in a rural village in Sierra Leone. *BMC Public Health.* feb 2018;18(1):248.
- 65.** World Health Organization. Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak. World Health Organization; 2020. Disponible sur: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-2019-nCoV-MentalHealth-2020.1>
66. Rolland B, Haesebaert F, Zante E, Benyamina A, Haesebaert J, Franck N. Global Changes and Factors of Increase in Caloric/Salty Food Intake, Screen Use, and Substance Use During the Early COVID-19 Containment Phase in the General Population in France: Survey Study. *JMIR Public Health Surveill.* sep 2020 ; 6(3):e19630.

67. Bilbul M, Paparone P, Kim AN, Mutalik S, Ernst CL. Psychopharmacology of COVID-19. *Psychosomatics*. sep-oct 2020;61(5):411-27.
68. Javelot H, Llorca P, Drapier D, Fakra E, Hingray C, Meyer G, et al. [Informations on psychotropics and their adaptations for patients suffering from mental disorders in France during the SARS-CoV-2 epidemic]. *L'Encephale*. jun 2020 ;46(3S) :S14-S34.
69. Vinkers CH, van Amelsvoort T, Bisson JI, Branchi I, Cryan JF, Domschke K, et al. Stress resilience during the coronavirus pandemic. *Eur Neuropsychopharmacol*. jun 2020;35:12-6.
70. Dillinger RL, Kersun JM. Caring for caregivers: Understanding and meeting their needs in coping with first episode psychosis. *Early Interv Psychiatry*. oct 2020;14(5):528-34.
71. Gupta M, Bowie CR. Family cohesion and flexibility in early episode psychosis. *Early Interv in Psychiatry*. oct 2018;12(5):886-92.
72. World Health Organization, Victorian Health Promotion Foundation, University of Melbourne. Promoting mental health: concepts, emerging evidence and practice (Summary Report) Geneva: World Health Organization [Internet]. 2005. 310 p. Disponible sur: [https://www.who.int/mental\\_health/publications/promoting\\_mh\\_2005/en/](https://www.who.int/mental_health/publications/promoting_mh_2005/en/)
73. UNAFAM. Baromètre UNAFAM [Internet]. 2020 oct p. 23. Disponible sur: <https://www.unafam.org/actualites/lunafam-publie-son-premier-barometre-et-libere-les-maux-de-45-millions-de-proches>
74. Tabone R. Groupe TRANSITION : Un groupe du SUR-CL3R pour échanger sur l'impact de la crise sanitaire [Internet]. Réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive. 2020. Disponible sur: <https://centre-ressource-rehabilitation.org/groupe-transition-un-groupe-du-sur-cl3r-pour-echanger-sur-l-impact-de-la-crise>
75. Arrêté du 14 mars 2020 portant sur diverses mesures relatives à la lutte contre la propagation du virus covid-19.  
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2020/3/14/SSAZ2007749A/jo/texte>
76. Arrêté du 17 mars 2020 complétant l'arrêté du 14 mars 2020 portant sur diverses mesures relatives à la lutte contre la propagation du virus covid-19.  
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2020/3/17/SSAZ2007919A/jo/texte>

77. Leung J G. Clozapine treated patients and COVID-19 :Ensuring continued care through collaboration. Schizophr Res. aug 2020 ;222 :507-508.

# TABLEAUX

**Table 1:** Demographic and clinical characteristics of the whole sample (N = 439) and WEMWBS total scores.

|   | Number (%)<br>of respondents | WEMWBS<br>total score<br>(Mean ± S.D.) |
|---|------------------------------|--|
| <b>Sex</b>  |                              |  |
| Male  | 87 (19.8)                    | 43.32 ± 10.41                          |
| Female  | 335 (76.3)                   | 42.5 ± 8.72                            |
| Other   | 17 (3.9)                     | 37.65 ± 6.56                           |
| <b>Age (year)</b>                                   |                              |  |
| 16 – 17   | 16 (3.6)                     | 39.31 ± 11.94                          |
| 18 – 19   | 32 (7.3)                     | 41.06 ± 10.62                          |
| 20 – 24   | 144 (32.8)                   | 41.11 ± 8.59                           |
| 25 – 29   | 247 (56.3)                   | 43.66 ± 8.74                           |
| <b>Marital status</b>                               |                              |  |
| Single, divorced, separated or widowed              | 220 (50.1)                   | 41.42 ± 9.29                           |
| With a partner                                      | 219 (49.9)                   | 43.54 ± 8.68                           |
| <b>Parental status</b>                              |                              |  |
| No child  | 421 (95.9)                   | 42.52 ± 9.03                           |
| One or more children                                | 17 (3.9)                     | 41 ± 9.85                              |
| <b>Work situation</b>                               |                              |  |
| Other   | 219 (49.9)                   | 40.41 ± 9.26                           |
| Employed or independent worker                      | 220 (50.1)                   | 44.54 ± 8.35                           |
| <b>Student status</b>                               |                              |  |
| Not student   | 242 (55.1)                   | 43.1 ± 9.06                            |
| Student   | 197 (44.9)                   | 41.71 ± 8.99                           |
| <b>Education level<br/>(ISCED 2011)</b>             |                              |  |
| 4 or less   | 113 (25.7)                   | 39.75 ± 10.11                          |
| 5   | 52 (11.8)                    | 42.46 ± 7.38                           |
| 6   | 91 (20.7)                    | 41.71 ± 8.77                           |
| 7   | 143 (32.6)                   | 44.55 ± 8.43                           |
| 8   | 40 (9.1)                     | 44.55 ± 8.66                           |
| <b>Chronic illness or disability</b>                |                              |  |
| No  | 292 (66.5)                   | 43.28 ± 8.6                            |
| Yes   | 147 (33.5)                   | 40.89 ± 9.7                            |
| <b>Psychiatric treatment</b>                        |                              |  |
| Current   | 177(40.3)                    | 40.64 ± 9.31                           |
| Past  | 262 (59.7)                   | 43.72 ± 8.66                           |
| <b>Ongoing addiction or psychological treatment</b> |                              |  |
| No  | 288 (65.6)                   | 43.15 ± 8.99                           |
| Yes   | 151 (34.4)                   | 41.19 ± 9.04                           |
| <b>Anxio-depressive disorders</b>                   |                              |  |
| No  | 32 (7.3)                     | 45.84 ± 9.62                           |
| Yes   | 407 (92.7)                   | 42.21 ± 8.96                           |

|                                     | <b>Number (%)<br/>of respondents</b> | <b>WEMWBS<br/>total score<br/>(Mean ± S.D.)</b> |
|-------------------------------------|--------------------------------------|---|
| <b>Sleep disorders</b>              |                                      |   |
| No                                  | 286 (65.1)                           | 43.32 ± 9.25                                    |
| Yes                                 | 153 (34.9)                           | 40.91 ± 8.47                                    |
| <b>Addiction</b>                    |                                      |   |
| No                                  | 395 (90.0)                           | 42.46 ± 9.18                                    |
| Yes                                 | 44 (10.0)                            | 42.64 ± 7.78                                    |
| <b>Psychotic disorders</b>          |                                      |   |
| Non                                 | 421 (95.9)                           | 42.47 ± 8.96                                    |
| Yes                                 | 18 (4.1)                             | 42.61 ± 11.23                                   |
| <b>Eating disorders</b>             |                                      |   |
| No                                  | 327 (74.5)                           | 42.89 ± 9.35                                    |
| Yes                                 | 112 (25.5)                           | 41.28 ± 7.99                                    |
| <b>Neurodevelopmental disorders</b> |                                      |   |
| No                                  | 372 (84.7)                           | 42.72 ± 8.96                                    |
| Yes                                 | 67 (15.3)                            | 41.15 ± 9.49                                    |

Abbreviations : WEMWBS, Warwick-Edinburg Mental Well-Being Scale ; ISCED, International Standard Classification of Education.

**Table 2:** Situation during the COVID-19 lockdown and WEMWBS total scores.

|  | Number (%)<br>of respondents | WEMWBS<br>total score<br>(Mean $\pm$ S.D.) |
|--|------------------------------|--|
| <b>Overall stress level</b>  |                              |  |
| Weak (< 6)   | 148 (33.7)                   | 47.28 $\pm$ 8.89                           |
| Elevated ( $\geq$ 6)   | 291 (66.3)                   | 40.04 $\pm$ 8.11                           |
| <b>Agreement with lockdown measure</b>   |                              |  |
| Agree  | 400 (91.1)                   | 42.72 $\pm$ 8.96                           |
| Neither agree nor disagree   | 20 (4.6)                     | 38.65 $\pm$ 12.72                          |
| Disagree   | 19 (4.3)                     | 37.32 $\pm$ 8.45                           |
| <b>Satisfaction with the level of information</b>                                    |                              |  |
| Satisfied  | 230 (52.4)                   | 44.61 $\pm$ 8.64                           |
| Neither satisfied nor satisfied  | 81 (18.5)                    | 41.27 $\pm$ 9.21                           |
| Not satisfied  | 128 (29.2)                   | 39.41 $\pm$ 8.69                           |
| <b>Contact with any person(s) likely to be contaminated</b>                          |                              |  |
| Being contaminated   | 32 (7.3)                     | 45.03 $\pm$ 9.17                           |
| Being in direct contact with contaminated or likely to be contaminated person(s)     | 52 (11.8)                    | 42.71 $\pm$ 8.9                            |
| Being not in direct contact with contaminated or likely to be contaminated person(s) | 355 (80.9)                   | 42.21 $\pm$ 9.04                           |
| <b>Lockdown in usual accommodation</b>   |                              |  |
| Yes  | 355 (80.9)                   | 42.43 (8.87)                               |
| No   | 84 (19.1)                    | 42.67 (9.82)                               |
| <b>Dwelling surface area (in m<sup>2</sup>)</b>                                      |                              |  |
| $\leq$ 29 m <sup>2</sup>   | 44 (10.0)                    | 41.57 $\pm$ 9.01                           |
| 30 – 59 m <sup>2</sup>   | 133 (30.3)                   | 42.81 $\pm$ 8.57                           |
| 60 – 89 m <sup>2</sup>   | 115 (26.2)                   | 42.94 $\pm$ 8.83                           |
| $\geq$ 90 m <sup>2</sup>   | 141 (32.1)                   | 42.23 $\pm$ 9.58                           |
| <b>Outdoor space</b>   |                              |  |
| No   | 232 (52.8)                   | 42.62 $\pm$ 8.85                           |
| Yes  | 207 (47.2)                   | 42.32 $\pm$ 9.27                           |
| <b>Number of people lockdown in household</b>  |                              |  |
| 1  | 91 (20.7)                    | 42.73 $\pm$ 8.91                           |
| 2  | 178 (40.5)                   | 43.58 $\pm$ 8.8                            |
| 3 - 10   | 166 (37.8)                   | 41.34 $\pm$ 9.2                            |
| <b>Having one or all of your children living with you</b>                            |                              |  |
| No   | 422 (96.1)                   | 42.54 $\pm$ 9.02                           |
| Yes  | 17 (3.9)                     | 41 $\pm$ 9.85                              |
| <b>Working during lockdown</b>   |                              |  |
| Working on site  | 70 (15.9)                    | 44.97 $\pm$ 8.74                           |
| Teleworking exclusively  | 192 (43.7)                   | 43.35 $\pm$ 8.63                           |
| No professional activity   | 177 (40.3)                   | 40.54 $\pm$ 9.26                           |
| <b>Workload</b>  |                              |  |
| Decrease   | 87 (19.8)                    | 44.84 $\pm$ 8.45                           |
| No change  | 65 (14.8)                    | 42.78 $\pm$ 9.33                           |
| Increase   | 57 (13.0)                    | 43.05 $\pm$ 8.17                           |
| Variable and unpredictable   | 53 (12.1)                    | 44.08 $\pm$ 8.76                           |

|  | <b>Number (%)<br/>of respondents</b> | <b>WEMWBS<br/>total score<br/>(Mean <math>\pm</math> S.D.)</b> |
|--|--------------------------------------|--|
| <b>Risk of precarious situation</b>                    |                                      |  |
| Very likely  | 52 (11.8)                            | 38.63 $\pm$ 9.09   |
| Probably   | 64 (14.6)                            | 42.47 $\pm$ 7.61   |
| Probably not   | 171 (39.0)                           | 41.76 $\pm$ 8.83   |
| Certainly not  | 152 (34.6)                           | 44.61 $\pm$ 9.34   |
| <b>Work or study</b>                                   |                                      |  |
| Never  | 83 (18.9)                            | 38.47 $\pm$ 9.78   |
| Less than 30 minutes                                   | 45 (10.3)                            | 42.71 $\pm$ 8.38   |
| From 30 minutes to 1 hour                              | 31 (7.1)                             | 39.74 $\pm$ 8.2  |
| More than 1 hour                                       | 280 (63.8)                           | 43.93 $\pm$ 8.62   |
| <b>Take care of yourself</b>                           |                                      |  |
| Never  | 9 (2.1)                              | 37 $\pm$ 9.91  |
| Less than 30 minutes                                   | 213 (48.5)                           | 40.14 $\pm$ 9.03   |
| From 30 minutes to 1 hour                              | 145 (33.0)                           | 44.75 $\pm$ 8.38   |
| More than 1 hour                                       | 72 (16.4)                            | 45.51 $\pm$ 8.24   |
| <b>Nap</b>   |                                      |  |
| Never  | 196 (44.6)                           | 42.6 $\pm$ 9.17  |
| Less than 30 minutes                                   | 67 (15.3)                            | 43.72 $\pm$ 8.53   |
| From 30 minutes to 1 hour                              | 54 (12.3)                            | 44.56 $\pm$ 8.15   |
| More than 1 hour                                       | 122 (27.8)                           | 40.68 $\pm$ 9.27   |
| <b>Read</b>  |                                      |  |
| Never  | 106 (24.1)                           | 40.17 $\pm$ 10.28  |
| Less than 30 minutes                                   | 85 (19.4)                            | 43.29 $\pm$ 8.16   |
| From 30 minutes to 1 hour                              | 109 (24.8)                           | 42.6 $\pm$ 8.26  |
| More than 1 hour                                       | 139 (31.7)                           | 43.65 $\pm$ 8.91   |
| <b>Creative activities (music, drawing...)</b>         |                                      |  |
| Never  | 164 (37.4)                           | 41.91 $\pm$ 9.89   |
| Less than 30 minutes                                   | 72 (16.4)                            | 41.9 $\pm$ 8.53  |
| From 30 minutes to 1 hour                              | 80 (18.2)                            | 42.94 $\pm$ 8.41   |
| More than 1 hour                                       | 123 (28.0)                           | 43.28 $\pm$ 8.58   |
| <b>Practice physical activities</b>                    |                                      |  |
| Never  | 168 (38.3)                           | 39.68 $\pm$ 9.26   |
| Less than 30 minutes                                   | 96 (21.9)                            | 42.8 $\pm$ 8.68  |
| From 30 minutes to 1 hour                              | 103 (23.5)                           | 44.61 $\pm$ 8.53   |
| More than 1 hour                                       | 72 (16.4)                            | 45.51 $\pm$ 7.95   |
| <b>Play video games</b>                                |                                      |  |
| Never  | 211 (48.1)                           | 42.5 $\pm$ 9.09  |
| Less than 30 minutes                                   | 33 (7.5)                             | 41.48 $\pm$ 8.23   |
| From 30 minutes to 1 hour                              | 32 (7.3)                             | 45.44 $\pm$ 8.31   |
| More than 1 hour                                       | 163 (37.1)                           | 42.07 $\pm$ 9.25   |
| <b>Ruminating or being the object of anxious fears</b> |                                      |  |
| Never  | 55 (12.5)                            | 51.69 $\pm$ 7.94   |
| Less than 30 minutes                                   | 104 (23.7)                           | 45.76 $\pm$ 7.31   |
| From 30 minutes to 1 hour                              | 86 (19.6)                            | 43.22 $\pm$ 6.93   |
| More than 1 hour                                       | 194 (44.2)                           | 37.78 $\pm$ 8.12   |
| <b>Difficulties in having good and regular sleep</b>   |                                      |  |
| No   | 110 (25.1)                           | 47.33 $\pm$ 8.77   |
| Yes  | 329 (74.9)                           | 40.86 $\pm$ 8.56   |

|  | <b>Number (%)<br/>of respondents</b> | <b>WEMWBS<br/>total score<br/>(Mean <math>\pm</math> S.D.)</b> |
|--|--------------------------------------|--|
| <b>Difficulties in having regular alimentation</b>         |                                      |  |
| No   | 152 (34.6)                           | 44.74 $\pm$ 8.81   |
| Yes  | 287 (65.4)                           | 41.28 $\pm$ 8.95   |
| <b>Difficulties in establishing new routines</b>           |                                      |  |
| No   | 232 (52.8)                           | 44.36 $\pm$ 9.16   |
| Yes  | 207 (47.2)                           | 40.37 $\pm$ 8.46   |
| <b>Being helped by media</b>                               |                                      |  |
| No   | 301 (68.6)                           | 41.66 $\pm$ 9.29   |
| Yes  | 138 (31.4)                           | 44.27 $\pm$ 8.24   |
| <b>Being helped by abilities to cope with difficulties</b> |                                      |  |
| No   | 144 (32.8)                           | 39.33 $\pm$ 9.34   |
| Yes  | 295 (67.2)                           | 44.02 $\pm$ 8.5  |
| <b>Being helped by conviction of favourable outcome</b>    |                                      |  |
| No   | 161 (36.7)                           | 40.37 $\pm$ 10.02  |
| Yes  | 278 (63.3)                           | 43.7 $\pm$ 8.21  |
| <b>Being helped by religious faith</b>                     |                                      |  |
| No   | 403 (91.8)                           | 42.34 $\pm$ 9.13   |
| Yes  | 36 (8.2)                             | 44 $\pm$ 8.06  |
| <b>Being helped by support</b>                             |                                      |  |
| No   | 198 (45.1)                           | 41.33 $\pm$ 9.75   |
| Yes  | 241 (54.9)                           | 43.42 $\pm$ 8.33   |
| <b>Being helped by substances</b>                          |                                      |  |
| No   | 365 (83.1)                           | 42.81 $\pm$ 9.22   |
| Yes  | 74 (16.9)                            | 40.86 $\pm$ 7.98   |
| <b>Being helped by medicines</b>                           |                                      |  |
| No   | 355 (80.9)                           | 43.88 $\pm$ 8.81   |
| Yes  | 84 (19.1)                            | 36.55 $\pm$ 7.55   |
| <b>Coffee, tea, energy drinks use</b>                      |                                      |  |
| No use   | 73 (16.6)                            | 40.23 $\pm$ 9.75   |
| No change  | 203 (46.2)                           | 43.77 $\pm$ 8.43   |
| Decrease or cessation                                      | 33 (7.5)                             | 43.24 $\pm$ 7.6  |
| Increase   | 130 (29.6)                           | 41.53 $\pm$ 9.63   |
| <b>Caloric food</b>  |                                      |  |
| No use   | 12 (2.7)                             | 45.5 $\pm$ 10.72   |
| No change  | 165 (37.6)                           | 43.96 $\pm$ 8.85   |
| Decrease or cessation                                      | 52 (11.8)                            | 41.06 $\pm$ 9.45   |
| Increase   | 210 (47.8)                           | 41.5 $\pm$ 8.86  |
| <b>Tobacco use</b>   |                                      |  |
| No use   | 288 (65.6)                           | 42.82 $\pm$ 9.36   |
| No change  | 38 (8.7)                             | 42.68 $\pm$ 8.52   |
| Decrease or cessation                                      | 41 (9.3)                             | 43.73 $\pm$ 5.47   |
| Increase   | 72 (16.4)                            | 40.28 $\pm$ 9.33   |
| <b>Alcohol use</b>   |                                      |  |
| No use   | 181 (41.2)                           | 40.96 $\pm$ 9.56   |
| No change  | 99 (22.6)                            | 43.79 $\pm$ 8.84   |
| Decrease or cessation                                      | 77 (17.5)                            | 43.58 $\pm$ 8.78   |
| Increase   | 82 (18.7)                            | 43.22 $\pm$ 7.97   |

|  | Number (%)<br>of respondents | WEMWBS<br>total score<br>(Mean ± S.D.) |
|--|------------------------------|--|
| <b>Cannabis use</b>                            |                              |  |
| No use   | 377 (85.9)                   | 42.84 ± 9.15                           |
| No change                                      | 22 (5.0)                     | 43.14 ± 8.55                           |
| Decrease or cessation                          | 13 (3.0)                     | 37 ± 9.83                              |
| Increase                                       | 27 (6.2)                     | 39.52 ± 6.16                           |
| <b>Other drugs (ecstasy, heroin, ...)</b>      |                              |  |
| No use   | 418 (95.2)                   | 42.55 ± 9.11                           |
| No change                                      | 8 (1.8)                      | 42.88 ± 9.23                           |
| Decrease or cessation                          | 10 (2.3)                     | 40.8 ± 7.38                            |
| Increase                                       | 3 (0.7)                      | 37.67 ± 5.51                           |
| <b>Medicines use</b>                           |                              |  |
| No use   | 195 (44.4)                   | 44.21 ± 8.91                           |
| No change                                      | 123 (28.0)                   | 41.93 ± 8.17                           |
| Decrease or cessation                          | 24 (5.5)                     | 46.17 ± 8.63                           |
| Increase                                       | 97 (22.1)                    | 38.78 ± 9.3                            |
| <b>Screens use</b>                             |                              |  |
| No use   | 3 (0.7)                      | 38.33 ± 9.24                           |
| No change                                      | 84 (19.1)                    | 43.57 ± 8.91                           |
| Decrease or cessation                          | 10 (2.3)                     | 42.9 ± 11.26                           |
| Increase                                       | 342 (77.9)                   | 42.23 ± 9.02                           |
| <b>Face to face interactions</b>               |                              |  |
| Maximum once a week                            | 370 (84.3)                   | 42.34 ± 8.92                           |
| Several times a week                           | 28 (6.4)                     | 42.79 ± 10.36                          |
| Every day                                      | 41 (9.3)                     | 43.49 ± 9.38                           |
| <b>Phone or texting interactions</b>           |                              |  |
| Maximum once a week                            | 29 (6.6)                     | 38.17 ± 10.21                          |
| Several times a week                           | 203 (46.2)                   | 41.64 ± 8.5                            |
| Every day                                      | 207 (47.2)                   | 43.9 ± 9.15                            |
| <b>Social networks interactions</b>            |                              |  |
| Maximum once a week                            | 76 (17.3)                    | 39.17 ± 9.0                            |
| Several times a week                           | 112 (25.5)                   | 43.22 ± 9.24                           |
| Every day                                      | 251 (57.2)                   | 43.15 ± 8.78                           |
| <b>Support</b>                                 |                              |  |
| No   | 61 (13.9)                    | 37.59 ± 9.94                           |
| Yes  | 378 (86.1)                   | 43.27 ± 8.65                           |
| <b>Family support</b>                          |                              |  |
| No   | 93 (21.2)                    | 37.94 ± 9.81                           |
| Yes  | 346 (78.8)                   | 43.7 ± 8.44                            |
| <b>Friend support</b>                          |                              |  |
| No   | 140 (31.9)                   | 39.29 ± 9.88                           |
| Yes  | 299 (68.1)                   | 43.97 ± 8.23                           |
| <b>Health or another professionals support</b> |                              |  |
| No   | 352 (80.2)                   | 42.78 ± 8.92                           |
| Yes  | 87 (19.8)                    | 41.24 ± 9.49                           |
| <b>Other social support</b>                    |                              |  |
| No   | 286 (65.1)                   | 40.42 ± 8.98                           |
| Yes  | 153 (34.9)                   | 46.33 ± 7.85                           |

|                   | <b>Number (%)<br/>of respondents</b> | <b>WEMWBS<br/>total score<br/>(Mean <math>\pm</math> S.D.)</b> |
|-------------------|--------------------------------------|--|
| <b>Having pet</b> |                                      |  |
| No                | 213 (48.5)                           | 41.97 $\pm$ 9.19   |
| Yes               | 226 (51.5)                           | 42.96 $\pm$ 8.9  |

Abbreviations: WEMWBS, Warwick-Edinburg Mental Well-Being Scale ; COVID-19, Coronavirus Disease 2019.

**Table 3:** WEMWBS sub scores during the COVID-19 lockdown.

| Variables | Statements                                     | Number (%)<br>of respondents | Mean $\pm$ S.D. |
|-----------|--|------------------------------|-----------------|
| 1         | <b>To have been feeling optimistic</b>         |                              | 2.85 $\pm$ 0.96 |
|           | None of the time                               | 34 (7.7)                     |                 |
|           | Rarely   | 123 (28.0)                   |                 |
|           | Some of the time                               | 172 (39.21)                  |                 |
|           | Often  | 94 (21.4)                    |                 |
| 2         | <b>To have been feeling useful</b>             |                              | 2.32 $\pm$ 1.05 |
|           | None of the time                               | 109 (24.8)                   |                 |
|           | Rarely   | 155 (35.3)                   |                 |
|           | Some of the time                               | 108 (24.6)                   |                 |
|           | Often  | 60 (13.7)                    |                 |
| 3         | <b>To have been relaxed</b>                    |                              | 2.86 $\pm$ 0.92 |
|           | None of the time                               | 28 (6.4)                     |                 |
|           | Rarely   | 123 (28.0)                   |                 |
|           | Some of the time                               | 183 (41.7)                   |                 |
|           | Often  | 92 (21.0)                    |                 |
| 4         | <b>To have been interested in other people</b> |                              | 3.51 $\pm$ 1.06 |
|           | None of the time                               | 22 (5.0)                     |                 |
|           | Rarely   | 56 (12.8)                    |                 |
|           | Some of the time                               | 109 (24.8)                   |                 |
|           | Often  | 182 (41.5)                   |                 |
| 5         | <b>To have had energy to spare</b>             |                              | 3.22 $\pm$ 1.13 |
|           | None of the time                               | 32 (7.3)                     |                 |
|           | Rarely   | 86 (19.6)                    |                 |
|           | Some of the time                               | 135 (30.8)                   |                 |
|           | Often  | 126 (28.7)                   |                 |
| 6         | <b>To have been dealing with problems well</b> |                              | 3.12 $\pm$ 1.02 |
|           | None of the time                               | 30 (6.8)                     |                 |
|           | Rarely   | 89 (20.1)                    |                 |
|           | Some of the time                               | 144 (33.0)                   |                 |
|           | Often  | 149 (29.6)                   |                 |
| 7         | <b>To have been thinking clearly</b>           |                              | 3.17 $\pm$ 1.08 |
|           | None of the time                               | 30 (16.6)                    |                 |
|           | Rarely   | 88 (29.2)                    |                 |
|           | Some of the time                               | 145 (31.4)                   |                 |
|           | Often  | 130 (18.9)                   |                 |
|           | All of the time                                | 46 (10.5)                    |                 |

| Variables | Statements   | Number (%)<br>of respondents | Mean ± S.D. |
|-----------|--|------------------------------|-------------|
| 8         | <b>To have been feeling good about yourself</b>                |                              | 2.64 ± 1.08 |
|           | None of the time   | 73 (16.6)                    |             |
|           | Rarely   | 128 (29.2)                   |             |
|           | Some of the time   | 138 (31.4)                   |             |
|           | Often  | 83 (18.9)                    |             |
|           | All of the time  | 17 (3.9)                     |             |
| 9         | <b>To have been feeling close to other people</b>              |                              | 3.02 ± 1.07 |
|           | None of the time   | 37 (8.4)                     |             |
|           | Rarely   | 110 (25.1)                   |             |
|           | Some of the time   | 126 (28.7)                   |             |
|           | Often  | 141 (32.1)                   |             |
|           | All of the time  | 25 (5.7)                     |             |
| 10        | <b>To have been feeling confident</b>                          |                              | 2.62 ± 0.98 |
|           | None of the time   | 53 (12.1)                    |             |
|           | Rarely   | 150 (34.2)                   |             |
|           | Some of the time   | 156 (35.5)                   |             |
|           | Often  | 68 (15.5)                    |             |
|           | All of the time  | 12 (2.7)                     |             |
| 11        | <b>To have been able to make up your own mind about things</b> |                              | 3.70 ± 0.94 |
|           | None of the time   | 8 (1.8)                      |             |
|           | Rarely   | 39 (8.9)                     |             |
|           | Some of the time   | 116 (26.4)                   |             |
|           | Often  | 190 (43.3)                   |             |
|           | All of the time  | 86 (19.6)                    |             |
| 12        | <b>To have been feeling loved</b>                              |                              | 3.49 ± 1.05 |
|           | None of the time   | 18 (4.1)                     |             |
|           | Rarely   | 56 (12.8)                    |             |
|           | Some of the time   | 137 (31.2)                   |             |
|           | Often  | 150 (34.2)                   |             |
|           | All of the time  | 78 (17.8)                    |             |
| 13        | <b>To have been interested in new things</b>                   |                              | 3.12 ± 1.10 |
|           | None of the time   | 35 (8.0)                     |             |
|           | Rarely   | 96 (21.9)                    |             |
|           | Some of the time   | 128 (29.2)                   |             |
|           | Often  | 140 (31.9)                   |             |
|           | All of the time  | 40 (9.1)                     |             |
| 14        | <b>To have been feeling cheerful</b>                           |                              | 2.84 ± 0.92 |
|           | None of the time   | 35 (8.0)                     |             |
|           | Rarely   | 115 (26.2)                   |             |
|           | Some of the time   | 183 (41.7)                   |             |
|           | Often  | 99 (22.6)                    |             |
|           | All of the time  | 7 (1.6)                      |             |

Abbreviations: WEMWBS, Warwick-Edinburg Mental Well-Being Scale

**Table 4 :** Factors associated with well-being during the COVID-19 lockdown along simple linear regression analysis.

| Variables  | N   | eta2<br>(1) | p.value.F<br>(2) | Parameters            |
|--|-----|-------------|------------------|-----------------------|
| Sex  | 439 | 0.013       | 1.000            | Aov : F(2,436)=2.828  |
| Age  | 439 | 0.023       | 0.528            | Aov : F(3,435)=3.484  |
| Marital status                                       | 439 | 0.014       | 0.476            | Aov : F(1,437)=6.076  |
| Parental status                                      | 439 | 0.001       | 1.000            | Aov : F(1,436)=0.463  |
| Work situation                                       | 439 | 0.052       | <b>0.000***</b>  | Aov : F(1,437)=24.139 |
| Student status                                       | 439 | 0.006       | 1.000            | Aov : F(1,437)=2.583  |
| Education level                                      | 439 | 0.047       | <b>0.015*</b>    | Aov : F(4,434)=5.322  |
| Chronic illness or disability                        | 439 | 0,016       | 0,315            | Aov : F(1,437)=6.896  |
| Current psychiatric treatment                        | 439 | 0,028       | <b>0,018*</b>    | Aov : F(1,437)=12.595 |
| Current psychological or addiction treatment         | 439 | 0,011       | 0,812            | Aov : F(1,437)=4.693  |
| Anxio-depressive disorders                           | 439 | 0,011       | 0,812            | Aov : F(1,437)=4.819  |
| Sleep disorders                                      | 439 | 0,016       | 0,288            | Aov : F(1,437)=7.173  |
| Addiction  | 439 | 0           | 1,000            | Aov : F(1,437)=0.015  |
| Psychotic disorders                                  | 439 | 0           | 1,000            | Aov : F(1,437)=0.004  |
| Eating disorders                                     | 439 | 0,006       | 1,000            | Aov : F(1,437)=2.663  |
| Neurodevelopmental disorders                         | 439 | 0,004       | 1,000            | Aov : F(1,437)=1.71   |
| Overall stress level                                 | 439 | 0,143       | <b>0,000***</b>  | Aov : F(1,437)=73.188 |
| Agreement with the lockdown measure                  | 439 | 0,024       | 0,190            | Aov : F(2,436)=5.461  |
| Satisfaction with the level of information           | 439 | 0,066       | <b>0,000***</b>  | Aov : F(2,436)=15.393 |
| Contact with any person(s) likely to be contaminated | 439 | 0,007       | 1,000            | Aov : F(2,436)=1.446  |
| Lockdown in usual accommodation                      | 439 | 0.001       | 0.832            | Aov : F(1,437)=0.045  |
| Accommodation surface area, m <sup>2</sup>           | 433 | 0,002       | 1,000            | Aov : F(3,429)=0.342  |
| Outdoor space  | 439 | 0,0003      | 1,000            | Aov : F(1,437)=0.122  |
| Number of people lockdown in Household               | 435 | 0,012       | 1,000            | Aov : F(2,432)=2.685  |
| Having a child lockdown with you                     | 439 | 0,001       | 1,000            | Aov : F(1,437)=0.472  |
| Work modalities                                      | 439 | 0,035       | <b>0,018*</b>    | Aov : F(2,436)=7.85   |
| Workload   | 262 | 0,01        | 1,000            | Aov : F(3,258)=0.87   |
| Risk of precarious situation                         | 439 | 0,043       | <b>0,011*</b>    | Aov : F(3,435)=6.528  |
| Work or study  | 439 | 0,06        | <b>0,000***</b>  | Aov : F(3,435)=9.299  |
| Take care of yourself                                | 439 | 0,08        | <b>0,000***</b>  | Aov : F(3,435)=12.534 |
| Nap  | 439 | 0,02        | 0,812            | Aov : F(3,435)=3.028  |
| Read   | 439 | 0,023       | 0,570            | Aov : F(3,435)=3.366  |
| Creative activities (music, drawing, ...)            | 439 | 0,005       | 1,000            | Aov : F(3,435)=0.7    |
| Practice physical activities                         | 439 | 0,068       | <b>0,000***</b>  | Aov : F(3,435)=10.656 |
| Play video games                                     | 439 | 0,009       | 1,000            | Aov : F(3,435)=1.39   |
| Ruminating or being the object of anxious fears      | 439 | 0,282       | <b>0,000***</b>  | Aov : F(3,435)=57.058 |
| Difficulties in having good and regular sleep        | 439 | 0,096       | <b>0,000***</b>  | Aov : F(1,437)=46.563 |
| Difficulties in having regular alimentation          | 439 | 0,033       | <b>0,006**</b>   | Aov : F(1,437)=15.045 |
| Difficulties in establishing new routines            | 439 | 0,048       | <b>0,000***</b>  | Aov : F(1,437)=22.27  |

| Variables   | N   | eta2<br>(1) | p.value.F<br>(2) | Parameters            |
|---|-----|-------------|------------------|-----------------------|
| Being helped by media   | 439 | 0,018       | 0,190            | Aov : F(1,437)=8.005  |
| Being helped by abilities to cope with difficulties             | 439 | 0,059       | <b>0,000***</b>  | Aov : F(1,437)=27.598 |
| Being helped by conviction of favourable outcome                | 439 | 0,031       | <b>0,009**</b>   | Aov : F(1,437)=14.192 |
| Being helped by religious faith                                 | 439 | 0,003       | 1,000            | Aov : F(1,437)=1.11   |
| Being helped by support   | 439 | 0,013       | 0,528            | Aov : F(1,437)=5.843  |
| Being helped by substance                                       | 439 | 0,006       | 1,000            | Aov : F(1,437)=2.844  |
| Being helped by medicines                                       | 439 | 0,102       | <b>0,000***</b>  | Aov : F(1,437)=49.608 |
| Coffee, tea and energetic drinks use                            | 439 | 0,023       | 0,528            | Aov : F(3,435)=3.488  |
| Caloric food  | 439 | 0,022       | 0,667            | Aov : F(3,435)=3.22   |
| Tobacco use   | 439 | 0,013       | 1,000            | Aov : F(3,435)=1.839  |
| Alcohol use   | 439 | 0,02        | 0,812            | Aov : F(3,435)=3.009  |
| Cannabis use  | 439 | 0,019       | 0,912            | Aov : F(3,435)=2.829  |
| Other drugs use ( <i>ecstasy, heroin...</i> )                   | 439 | 0,003       | 1,000            | Aov : F(3,435)=0.409  |
| Medicines use   | 439 | 0,063       | <b>0,000***</b>  | Aov : F(3,435)=9.798  |
| Screens use   | 439 | 0,005       | 1,000            | Aov : F(3,435)=0.708  |
| Face to face interactions                                       | 439 | 0,001       | 1,000            | Aov : F(2,436)=0.312  |
| Phone or texting interactions                                   | 439 | 0,031       | <b>0,040*</b>    | Aov : F(2,436)=6.907  |
| Social networks interactions                                    | 439 | 0,028       | 0,078            | Aov : F(2,436)=6.295  |
| Support   | 439 | 0,047       | <b>0,000***</b>  | Aov : F(1,437)=21.664 |
| Family support  | 439 | 0,068       | <b>0,000***</b>  | Aov : F(1,437)=31.857 |
| Friend support  | 439 | 0,058       | <b>0,000***</b>  | Aov : F(1,437)=27.133 |
| Health professionals support                                    | 439 | 0,005       | 1,000            | Aov : F(1,437)=2.034  |
| Other social ( <i>colleagues, neighbours, associations...</i> ) | 439 | 0,097       | <b>0,000***</b>  | Aov : F(1,437)=47.146 |
| Having Pet  | 439 | 0,003       | 1,000            | Aov : F(1,437)=1.322  |

\*p-value<0.05, \*\*p-value<0.01, \*\*\*p-value<0.001

(1) Effect size: 0.01-0.06 (low), 0.06-0.14 (medium) and  $\geq 0.14$  (high)

(2) Holm's procedure

Abbreviations: COVID-19, Coronavirus Disease 2019.

**Table 5:** Factors associated with well-being during the COVID-19 lockdown along stepwise multiple linear regression analysis.

| Variables   | Estimates | IC 95%           | Statistic | p              |
|---|-----------|------------------|-----------|----------------|
| Intercept   | 48,04     | 43.13 – 52.96    | 19,2      | <0.001***      |
| Work<br>Yes   | 1,07      | - 0.25 – 2.38    | 1,6       | 0,111          |
| Education level   |           |                  |           |                |
| Ref.: <i>ISCED 4 or less</i>                                      |           |                  |           |                |
| ISCED 5   | 1,81      | - 0.28 – 3.91    | 1,7       | 0,089          |
| ISCED 6   | 0,13      | - 1.65 – 1.92    | 0,15      | 0,885          |
| ISCED 7   | 1,66      | - 0.03 – 3.35    | 1,93      | 0,054          |
| ISCED 8   | - 0,7     | - 3.20 – 1.79    | - 0,55    | 0,581          |
| Overall stress level<br>Elevated >=6                              | - 3,06    | - 4.46 – - 1.66  | - 4,3     | <0.001***      |
| Satisfaction with the level of information                        |           |                  |           |                |
| Neither satisfied nor satisfied                                   | - 1,55    | - 3.18 – 0.09    | - 1,86    | 0,064          |
| Not satisfied   | - 1,95    | - 3.38 – - 0.52  | - 2,68    | <b>0,008**</b> |
| Working versus unworking  | 0,91      | - 0.00 – 1.81    | 1,97      | 0,05           |
| Working on site versus telecommuting                              | 0,9       | 0.01 – 1.80      | 1,98      | <b>0,049*</b>  |
| Take care of yourself   |           |                  |           |                |
| Less than 30 minutes  |           |                  |           |                |
| From 30 minutes to 1 hour   | - 1,64    | - 5.87 – 2.59    | - 0,76    | 0,447          |
| More than 1 hour  | 1,46      | - 2.82 – 5.75    | 0,67      | 0,502          |
| Practice physical activities                                      | 1,95      | - 2.49 – 6.39    | 0,86      | 0,388          |
| Less than 30 minutes  | 0,98      | - 0.63 – 2.58    | 1,2       | 0,232          |
| From 30 minutes to 1 hour   | 1,59      | 0.00 – 3.18      | 1,97      | <b>0,049*</b>  |
| More than 1 hour  | 3,05      | 1.21 – 4.88      | 3,26      | <b>0,001**</b> |
| Ruminating or being the object of anxious fears                   |           |                  |           |                |
| Less than 30 minutes  | - 4,49    | - 6.59 – - 2.40  | - 4,22    | <0.001***      |
| From 30 minutes to 1 hour   | - 5,98    | - 8.19 – - 3.77  | - 5,32    | <0.001***      |
| More than 1 hour  | - 8,57    | - 10.73 – - 6.42 | - 7,82    | <0.001***      |
| Difficulties in having good and regular sleep                     | - 2,79    | - 4.21 – - 1.37  | - 3,85    | <0.001***      |
| Difficulties in establishing new routines                         | - 1,6     | - 2.81 – - 0.38  | - 2,58    | <b>0,01*</b>   |
| Being helped by abilities to cope with difficulties               | 1,64      | 0.32 – 2.95      | 2,45      | <b>0,015*</b>  |
| Being helped by conviction of favourable outcome                  | 1,17      | - 0.11 – 2.45    | 1,8       | 0,073          |
| Being helped by medicines   | - 2,93    | - 4.53 – - 1.33  | - 3,6     | <0.001***      |
| Family support  | 2,91      | 1.40 – 4.43      | 3,77      | <0.001***      |
| Other social support<br>(colleagues, neighbours, associations...) | 1,73      | 0.31 – 3.15      | 2,4       | <b>0,017*</b>  |

|   |               |
|---|---------------|
| Number of respondents                           | 439           |
| Adjusted R <sup>2</sup> / R <sup>2</sup>        | 0.563 / 0.535 |
| AIC   | 2871, 164     |
| Stepwise AIC (vars cand p < 0.1)                |               |
| *p-value<0.05, **p-value<0.01, ***p-value<0.001 |               |

Abbreviations: ISCED, International Standard Classification of Education, COVID-19, coronavirus disease 2019; AIC, Akaike Information Criterion.

# ANNEXE

Version française du questionnaire *LockUwell* explorant les effets psychologiques du confinement lié au COVID-19.



**Ce questionnaire étudie les facteurs pouvant avoir un impact sur votre vécu du confinement en lien avec l'épidémie COVID-19 .**

**Il sera envoyé à plusieurs reprises à différents temps de la période de confinement.**

**Merci du temps que vous consacrerez à y répondre: il sera précieux pour mieux comprendre les effets psychologiques de cette période.**

***Notes: La passation de ce questionnaire dure 15 à 30 minutes et il peut être complété en plusieurs fois***

***Pour toute(s) difficulté(s), merci de nous contacter via l'adresse suivante: [Elodie.ZANTE@ch-le-vinatier.fr](mailto:Elodie.ZANTE@ch-le-vinatier.fr)***

## **Partie A: facteurs socio démographiques**

Les questions qui suivent visent à connaître votre situation (hors du contexte du confinement)

**A1. Quel est votre sexe ?**

masculin

féminin

autre

**A2. Êtes vous enceinte?**

oui

non

peut-être

**A3. Êtes vous dans le dernier trimestre de votre grossesse?**

Oui

Non



|   |  |
|---|--|
| <b>A4. Quel est votre âge?</b>  | <i>Notez un nombre entier</i>                    |
|   | <input type="text"/>                             |
| <b>A5. Quel est votre statut marital ?</b>  |  |
|   | célibataire <input type="checkbox"/>             |
|   | marié(e) ou en couple <input type="checkbox"/>   |
|   | divorcé(e) ou séparé(e) <input type="checkbox"/> |
|   | veuve ou veuf <input type="checkbox"/>           |
| <b>A6. Avant la période de confinement, viviez-vous en France (y compris DOM TOM) ?</b>   |  |
|   | Oui <input type="checkbox"/>                     |
|   | Non <input type="checkbox"/>                     |
| <b>A7. Dans quel pays viviez vous ?</b>   | <input type="text"/>                             |
| <b>A8. Quel est le code postal de votre logement principal (hors de cette période de confinement) ?</b>   | <input type="text"/>                             |
| <b>A9. Avant la période de confinement, combien de personnes partageaient votre logement (vous inclus) ?</b>  | <input type="text"/>                             |
| <b>A10. Combien avez vous d'enfant ? (qu'ils habitent avec vous ou non)</b><br><i>Si vous avez un ou des enfant(s) à charge qui ne sont pas les vôtres (famille recomposée, garde d'enfant(s) à temps pleins...), veuillez les comptabiliser.</i><br><br><i>Comptabilisez également votre/vos enfant(s) adulte ayant quitté le domicile familial.</i> | <input type="text"/>                             |
| <b>A11. Quel(s) âge(s) a/ont votre/vos enfant(s) ?</b><br><i>si vous n'avez qu'un seul enfant, notez son âge dans les deux cases.</i><br><br><i>pour tout enfant de moins de 1 an, notez 0</i>  |  |
|   | le plus jeune <input type="text"/>               |
|   | le plus âgé <input type="text"/>                 |
| <b>A12. Avez vous un animal ou des animaux de compagnie ou d'élevage (hors période de confinement)?</b>   |  |
|   | Oui <input type="checkbox"/>                     |
|   | Non <input type="checkbox"/>                     |
| <b>A13. Avant le confinement, quelle était votre situation professionnelle?</b>   |  |
|   | Travailleur salarié <input type="checkbox"/>     |



Travailleur indépendant

En recherche d'emploi

Etudiant

Sans activité professionnelle (ex: parent au foyer,...)

En invalidité

Retraité

**A14. Quelle est votre catégorie socio professionnelle ?**

agriculteur ou exploitant

artisan ou commerçant

cadre ou profession intellectuelle supérieure (hors professionnels de santé)

profession intermédiaire (hors professionnels de santé)

profession médicale ou paramédicale

travailleur social

employé (hors professionnels de santé)

ouvrier

étudiant

autre



**A15. Quelle est votre métier ?**

- aide soignant(e) hospitalier(e)
- aide soignant(e) libéral(e)
- infirmier(e) hospitalier(e)
- infirmier(e) libéral(e)
- cadre de santé
- interne en médecine
- médecin hospitalier
- médecin libéral
- pharmacien(ne)
- kinésithérapeute
- sage-femme
- dentiste
- autre professionnel de santé

**A16. Quel est votre niveau d'étude?**

- aucun diplôme
- niveau Brevet des collèges
- CAP, BEP ou autre diplôme de ce niveau
- BAC, brevet professionnel ou autre diplôme de ce niveau
- BAC+2
- niveau licence (BAC +3)
- niveau master (BAC +5)
- niveau doctorat et + (BAC+8)

**Partie B: Echelle de bien être mental de Warwick-Edinburgh (WEMWBS)**

Les affirmations ci dessous concernent vos sensations et vos pensées

Pour chaque proposition, cochez la case qui correspond le mieux à votre vécu cette dernière semaine.

**B1.**

- |  | Jamais                   | Rarement                 | Parfois                  | Souvent                  | Tout le temps            |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Je me suis senti(e) optimiste quand à l'avenir | <input type="checkbox"/> |
| Je me suis senti(e) utile                      | <input type="checkbox"/> |



|  | Jamais                   | Rarement                 | Parfois                  | Souvent                  | Tout le temps            |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Je me suis senti(e) détendu(e)                             | <input type="checkbox"/> |
| Je me suis senti(e) intéressé(e) par les autres            | <input type="checkbox"/> |
| J'ai de l'énergie à dépenser                               | <input type="checkbox"/> |
| J'ai bien résolu les problèmes auxquels j'ai été confronté | <input type="checkbox"/> |
| Ma pensée était claire                                     | <input type="checkbox"/> |
| J'ai une bonne image de moi                                | <input type="checkbox"/> |
| Je me suis senti(e) proche des autres                      | <input type="checkbox"/> |
| Je me suis senti(e) confiant(e)                            | <input type="checkbox"/> |
| J'ai été capable de prendre mes propres décisions          | <input type="checkbox"/> |
| Je me suis senti(e) aimé(e)                                | <input type="checkbox"/> |
| Je me suis senti(e) intéressé(e) par de nouvelles choses   | <input type="checkbox"/> |
| Je me suis senti(e) joyeux(se)                             | <input type="checkbox"/> |

### Partie C: EVN du stress

**C1. Sur une échelle allant de 0 (absence totale de stress) à 10 (stress maximal imaginable) quel est votre niveau de stress concernant ces 3 différents domaines depuis le début de la période de confinement?**

|                             | 0                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| niveau de stress au travail | <input type="checkbox"/> |
| niveau de stress personnel  | <input type="checkbox"/> |
| niveau de stress en général | <input type="checkbox"/> |

**C2. Sur une échelle allant de 0 (absence totale de stress) à 10 (stress maximal imaginable) quel est votre niveau de stress depuis le début de la période de confinement concernant votre accouchement ?**

|  | 0                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| niveau de stress concernant l'organisation personnelle et familiale        | <input type="checkbox"/> |
| niveau de stress par rapport au suivi médical et au déroulement du travail | <input type="checkbox"/> |



niveau de stress en général  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

## Partie D: antécédents

**D1. Avant le début du confinement, étiez-vous hospitalisé(e) ?**

Oui

Non

**D2. Avez-vous une maladie chronique (par exemple une ALD prise en charge à 100%) et/ou un handicap ?**

Oui

Non

**D3. Avez vous-déjà été suivi(e) pour un problème psychiatrique et/ou un problème d'addiction? (par un psychologue/un psychiatre/un addictologue )**

Oui , actuellement suivi(e)

Oui, anciennement suivi(e)

Non, jamais

**D4. Quel type(s) de suivi(s) avez-vous actuellement ? Lesquels avez-vous eu par le passé?**

|                     | actuellemen<br>t         | arrêté                   | jamais                   |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| suivi psychologique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| suivi psychiatrique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| addictologique      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**D5. Pour quel(s) symptôme(s) avez-vous consulté un psychiatre et/ou un psychologue ?**

anxiété / trouble anxieux (anxiété généralisée, phobie, TOC...)

dépression

troubles du sommeil

état de stress post traumatique

addictions

hallucinations, délire ou trouble psychotique

troubles du comportement alimentaire



|   |                                |                          |
|---|--------------------------------|--------------------------|
|   | autre troubles du comportement | <input type="checkbox"/> |
| troubles neurodéveloppementaux (Troubles du Spectre de l'Autisme, Trouble déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité...) |                                | <input type="checkbox"/> |
|   | autre                          | <input type="checkbox"/> |

**D6. Avez vous déjà été en confinement ou en situation d'isolement volontaire ou forcée auparavant?**  
*quelques exemples : emprisonnement, retraite spirituelle, randonnée en solitaire, quarantaine, s'enfermer pour réviser...*

Oui

Non

**D7. Quelle(s) situations de confinement avez vous vécu auparavant et quelle a été leur durée?**

|   | Jamais                   | Moins de 1 mois          | De 1 à 6 mois            | De 6 mois à 1 an         | Plus d'1 an              |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Contexte de maladie et/ou d'épidémie                                  | <input type="checkbox"/> |
| Contexte de travail ou d'étude (volontaire)                           | <input type="checkbox"/> |
| Contexte de travail ou d'étude (contraint)                            | <input type="checkbox"/> |
| Contexte d'emprisonnement et/ou de garde à vue                        | <input type="checkbox"/> |
| Contexte d'agression et/ou de séquestration                           | <input type="checkbox"/> |
| Contexte de catastrophe naturelle et/ou d'accident                    | <input type="checkbox"/> |
| Une retraite spirituelle  | <input type="checkbox"/> |
| Une randonnée ou autre activité sportive en solitaire (navigation...) | <input type="checkbox"/> |
| Autre(s) situation(s)   | <input type="checkbox"/> |

**D8. Hors de cette période de confinement, à quelle fréquence avez-vous des interactions sociales avec votre famille ou des amis?**

|  | Moins d'une fois par semaine | Une fois par semaine     | Plusieurs fois par semaine | Tous les jours           |
|--|------------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Directement en face à face                           | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| Au téléphone   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| Par SMS  | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| Sur les réseaux sociaux (Facebook, Instagram, etc..) | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |



## Partie E: coronavirus

**E1. Êtes-vous en accord avec cette mesure de confinement ?**

- Complètement d'accord
- Assez d'accord
- Ni d'accord, ni pas d'accord
- Plutôt en désaccord
- Complètement en désaccord

**E2. Êtes-vous satisfait de votre niveau d'information sur les mesures de confinement ?**

- Très satisfait
- Plutôt satisfait
- Ni satisfait, ni pas satisfait
- Plutôt pas satisfait
- Pas satisfait du tout

**E3. Avez-vous trouvé les informations officielles suffisamment claires sur le coronavirus (mode de transmission, prévention...)?**

- Très claires
- Assez claires
- Ni claires, ni floues
- Plutôt floues
- Très floues

**E4. Êtes vous en contact avec une ou des personnes susceptible(s) d'être contaminée(s) par le coronavirus ?**

*Choisissez la réponse correspondant le mieux à votre situation actuelle*

- Je suis confiné(e) à mon domicile et je suis contaminé(e)
- Je suis confiné(e) à mon domicile sans personne contaminée
- Je suis confiné(e) à mon domicile avec une ou des personne(s) contaminé(es)
- Je suis en contact direct avec des personnes ou du matériel suspectés d'être contaminé(es) à l'extérieur
- Je suis en contact direct avec des personnes à l'extérieur de mon domicile (au travail par exemple )
- Je sors de mon domicile mais ne suis pas en contact direct avec des personnes extérieures (sur une exploitation agricole par exemple)



E5. Est-ce que le manque d'accès aux matériaux de protections (masques, gels hydroalcooliques) vous préoccupe ?

Non

Plutôt non

Plutôt oui

Oui

E6. Vous aimeriez y avoir davantage accès pour

vous protéger des autres à l'extérieur du domicile

protéger vos proches au cas où vous seriez infecté(e)

pouvoir aider vos proches à se protéger

vous protéger et protéger les autres sur votre lieu de travail

avoir de quoi vous protéger plus tard si une personne autour de vous serait infecté(e)

E7. Est-ce que l'accès aux produits de première nécessité vous préoccupe actuellement?

non, je ne suis pas inquiet à ce sujet

oui, je m'inquiète mais j'ai actuellement accès à tout ce dont j'ai besoin

oui, je m'inquiète et je n'ai actuellement pas accès à tout ce dont j'ai besoin

**Partie F: confinement**

F1. Pendant la période de confinement, vivez vous en France (y compris DOM TOM) ?

Oui

Non

F2. Dans quel pays êtes vous confiné?

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

F3. Etes vous confiné(e) dans votre logement habituel (celui que vous occupez hors période de confinement)?

oui

non, je suis confiné dans un autre logement

non, je suis hospitalisé(e)

non, je n'ai pas de domicile fixe (SDF)



|             |  |                          |
|-------------|--|--------------------------|
| <b>F4.</b>  | <b>Quel est le code postal de votre logement durant cette période de confinement? (ou de votre ville si vous êtes actuellement SDF ou hospitalisé)</b> | <input type="text"/>     |
| <b>F5.</b>  | <b>Où êtes vous hospitalisé durant cette période de confinement ?</b>  |                          |
|             | dans un service de soins public (hôpital, CHU...)  | <input type="checkbox"/> |
|             | dans un service de soins privé   | <input type="checkbox"/> |
|             | dans un service de soins psychiatriques public   | <input type="checkbox"/> |
|             | dans un service de soins psychiatriques privé (clinique)   | <input type="checkbox"/> |
|             | autre  | <input type="checkbox"/> |
| <b>F6.</b>  | <b>Quelle est la surface de votre logement durant cette période de confinement (en m2) ?</b>   |                          |
|             | <i>Veillez noter un nombre de m2 habitables (hors extérieurs)</i>  | <input type="text"/>     |
| <b>F7.</b>  | <b>Durant cette période de confinement, avez-vous accès à:</b>   |                          |
|             | un balcon  | <input type="checkbox"/> |
|             | une terrasse   | <input type="checkbox"/> |
|             | un jardin privatif   | <input type="checkbox"/> |
|             | une piscine privative  | <input type="checkbox"/> |
|             | des équipements sportifs (ex: tapis de course, vélo d'appartement, etc,...)  | <input type="checkbox"/> |
|             | un terrain de sport privatif   | <input type="checkbox"/> |
|             | rien de tout cela  | <input type="checkbox"/> |
| <b>F8.</b>  | <b>Durant la période de confinement, vous vivez :</b>  |                          |
|             | dans une zone urbaine  | <input type="checkbox"/> |
|             | dans une zone périurbaine  | <input type="checkbox"/> |
|             | dans une zone rurale   | <input type="checkbox"/> |
| <b>F9.</b>  | <b>Combien de personnes partagent votre logement pendant cette période de confinement (vous inclus) ?</b>  | <input type="text"/>     |
| <b>F10.</b> | <b>Avez-vous vos enfants (ou certains de vos enfants) confinés avec vous, dans le même logement?</b>   |                          |
|             | Oui  | <input type="checkbox"/> |
|             | Non  | <input type="checkbox"/> |



|   |   |
|---|---|
| <b>F11. Combien de vos enfants sont confinés avec vous dans le même logement?</b>   | <input type="text"/>  |
| <b>F12. Si vous avez des enfants mineurs, est-ce que le confinement impacte la garde de vos enfants?</b>  | Oui <input type="checkbox"/><br>Non <input type="checkbox"/>  |
| <b>F13. Y a t'il des membres de votre famille confinés avec vous, en dehors de votre/vos enfant(s)?</b>   | Oui <input type="checkbox"/><br>Non <input type="checkbox"/>  |
| <b>F14. Combien de personnes vivent avec vous en dehors de vos enfants?</b><br><i>Comptabilisez toutes les personnes qui partagent votre toit (y compris votre éventuel(le) conjoint(e), votre/vos éventuel(s) colocataire(s)...) en excluant votre/vos éventuel(s) enfant(s)</i> | <input type="text"/>  |
| <b>F15. Avez vous modifié votre programme d'accouchement durant le confinement?</b>   | oui <input type="checkbox"/><br>non <input type="checkbox"/>  |
| <b>F16. Quelle(s) modification(s) a/ ont été décidée(s) depuis le début du confinement ?</b>  | Le lieu d'accouchement <input type="checkbox"/><br>Les modalités de transport vers le lieu d'accouchement <input type="checkbox"/><br>Les dates de suivi de votre grossesse <input type="checkbox"/><br>Les modalités de suivi de votre grossesse <input type="checkbox"/><br>L'organisation de la famille autour de votre accouchement <input type="checkbox"/><br>Autre(s) modification(s) <input type="checkbox"/>   |
| <b>F17. En cette période de confinement, travaillez vous ?</b>  | oui, je suis en télétravail <input type="checkbox"/><br>oui, je suis sur mon site de travail exclusivement <input type="checkbox"/><br>oui, je suis sur mon site de travail et en télétravail <input type="checkbox"/><br>non, je suis en chômage partiel <input type="checkbox"/><br>non, je suis en arrêt maladie <input type="checkbox"/><br>non, je suis en congés ou en arrêt pour garde d'enfant(s) <input type="checkbox"/><br>non, je suis en recherche d'emploi <input type="checkbox"/> |



**F18. Quelle est votre charge de travail durant cette période de confinement?**

moins importante qu'avant le confinement

pareille qu'avant le confinement

plus importante qu'avant le confinement

très variable et d'évolution imprévisible

**F19. Avez vous peur de sortir travailler à l'extérieur dans ce contexte de confinement ?**

Non

Plutôt non

Plutôt oui

Oui

**F20. Cette période de confinement va t-elle avoir des répercussions financières sur votre budget ?**

Très probablement

Probablement

Probablement pas

Certainement pas

**F21. Cela risque-t-il de vous mettre en situation de précarité ?**

Très probablement

Probablement

Probablement pas

Certainement pas

**F22. Durant cette période de confinement, en moyenne sur la semaine, combien de temps par jour consacrez vous à chacune de ces activités?**

|  | 0                        | moins de 30 minutes      | 30 minutes à 1h          | 1 à 2h                   | de 2 à 4h                | plus de 4h               |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| travailler et/ou étudier   | <input type="checkbox"/> |
| prendre soin de vous (se laver, s'habiller, se coiffer, se maquiller...) | <input type="checkbox"/> |
| discuter avec vos proches  | <input type="checkbox"/> |
| s'occuper des enfants  | <input type="checkbox"/> |
| faire du ménage / rangement  | <input type="checkbox"/> |



|  | 0                        | moins de 30 minutes      | 30 minutes à 1h          | 1 à 2h                   | de 2 à 4h                | plus de 4h               |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| faire du bricolage / travaux en intérieur          | <input type="checkbox"/> |
| faire la cuisine                                   | <input type="checkbox"/> |
| sortir de chez vous (hors travail)                 | <input type="checkbox"/> |
| regarder les informations                          | <input type="checkbox"/> |
| lire   | <input type="checkbox"/> |
| faire des activités créatives (musique, dessin...) | <input type="checkbox"/> |
| faire du sport                                     | <input type="checkbox"/> |
| jouer à des jeux vidéo                             | <input type="checkbox"/> |
| jouer avec des proches (en ligne ou au domicile)   | <input type="checkbox"/> |
| échanger sur les réseaux sociaux                   | <input type="checkbox"/> |
| téléphoner   | <input type="checkbox"/> |
| envoyer des SMS                                    | <input type="checkbox"/> |
| naviguer sur internet                              | <input type="checkbox"/> |
| méditer ou se relaxer                              | <input type="checkbox"/> |
| laisser sa pensée divaguer                         | <input type="checkbox"/> |
| ruminer/être l'objet de craintes anxieuses         | <input type="checkbox"/> |
| faire la sieste                                    | <input type="checkbox"/> |

**F23. Pendant le confinement, avez vous des difficultés pour:**

- maintenir un rythme veille /sommeil satisfaisant (dormir à des horaires réguliers...)
- vous endormir
- vous sentir reposé
- manger au moins 2 repas par jour
- ne pas grignoter davantage qu'à votre habitude
- établir de nouvelles routines
- aucune difficulté particulière



**F24. Qu'est-ce qui vous aide à supporter le confinement?**

- les propos de votre entourage
- les propos des médias
- la conviction d'une issue favorable
- l'avancée des connaissances et les progrès scientifiques
- la foi religieuse
- d'autres croyances non religieuses (pensées magiques, voyance...)
- vos expériences passées et vos capacités à faire face aux difficultés
- les récits d'expériences similaires d'autres personnes qui ont réussi à s'en sortir
- l'entraide et la mise en place d'actions collectives
- les éventuelles répercussions bénéfiques que le confinement peut avoir sur la planète (sur la pollution, la nature...)
- d'éventuelles répercussions positives du confinement à titre individuel (baisse du prix de l'essence, télétravail, lieu de vie...)
- le recours à des substances comme l'alcool ou le cannabis
- le recours aux médicaments
- aucune de ces propositions
- Autre

Autre

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**F25. Durant cette période de confinement, comment ont évolué vos consommations / utilisations:**

Comparez avec la période précédent le confinement

|   | Je n'en consomme plus habituellement | Identique                | Comparez avec la période précédent le confinement |                                 |                                    |                                    |
|---|--------------------------------------|--------------------------|---|---------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
|   |                                      |                          | Diminution ou arrêt sans manque                   | Diminution ou arrêt avec manque | Augmentation raisonnable (modérée) | Augmentation difficile à contrôler |
| café, thé et/ou boissons énergisantes         | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>           |
| aliments caloriques, gras, sucrés et/ou salés | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>           |
| tabac   | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>           |
| alcool  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>           |
| cannabis                                      | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>           |
| autres drogues (ecstasy, héroïne...)          | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>           |
| anxiolytiques (diazepam, alprazolam...)       | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>           |
| antalgiques (paracétamol, tramadol...)        | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>           |



|  | Je n'en consomme pas habituellement | Identique                | Diminution ou arrêt sans manque | Diminution ou arrêt avec manque | Augmentation raisonnable (modérée) | Augmentation difficile à contrôler |
|--|-------------------------------------|--------------------------|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| somnifères                                       | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>           |
| écrans (TV, smartphone, tablette, ordinateur...) | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>           |

**F26. Pendant cette période de confinement, à quelle fréquence avez-vous des interactions sociales avec votre famille ou des amis qui ne sont pas confinés avec vous?**

|  | Moins d'une fois par semaine | Une fois par semaine     | Plusieurs fois par semaine | Tous les jours           |
|--|------------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| directement en face à face                           | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| au téléphone   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| par SMS  | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| sur les réseaux sociaux (Facebook, Instagram, etc..) | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |

**F27. Avez-vous du soutien durant cette période de confinement?**

Oui

Non

**F28. De qui avez-vous ce soutien ?**

de(s) personne(s) confinée(s) avec moi sous le même toit

ma famille (en dehors des personnes vivant sous le même toit)

mes amis (en dehors des personnes vivant sous le même toit)

mes collègues

mes voisins / des connaissances

des professionnels médicaux ou sociaux

des associations et/ou des bénévoles

autre(s) source(s) de soutien

**F29. Avez-vous votre animal ou vos animaux avec vous durant cette période de confinement ?**

oui

non

pas tous



**Merci d'avoir pris le temps de répondre à l'ensemble de ces questions.**

**Nous vous souhaitons bon courage pour cette période.**

**N'hésitez pas à consulter les fiches d'aide et conseils que nous publions sur notre site  
: <https://centre-ressource-rehabilitation.org>**



Nom, prénom du candidat : ORFEUVRE EMILIE

## CONCLUSIONS

Notre étude a porté sur les facteurs de bien-être des jeunes souffrant de troubles psychiatriques, personnes hautement vulnérables au stress, durant la phase précoce du premier confinement lié à la pandémie du COVID-19, en France. L'identification de facteurs de bien-être modifiables était une étape nécessaire au développement de stratégies d'intervention précoce, efficaces, visant à la promotion du bien-être. Ce travail a fait suite à une première étude, réalisée par le Docteur Frédéric Haesebaert et le Professeur Nicolas Franck, en population générale. Ces deux études, observationnelles transversales, ont utilisé les données de leur vaste enquête nationale en ligne LockUwell, initiée très rapidement après le début du premier confinement, dès la 2<sup>ème</sup> semaine.

Le bien-être des 439 jeunes inclus, âgés de 16 à 29 ans, ayant rapporté un suivi psychiatrique antérieur ou actuel, vivant et étant confinés en France, était très fortement altéré avec un score global WEMWBS moyen de 42.48 (9.05). Les facteurs de bien-être identifiés différaient, en partie, de ceux de la population générale. Aucun facteur individuel, pas même l'histoire psychiatrique, n'a pu être identifié. En conséquence, l'ensemble des jeunes concernés par des troubles psychiatriques se doivent d'être considérés comme à très haut risque psychique et devraient pouvoir bénéficier de mesures d'intervention précoce, qu'ils soient ou non encore suivis en psychiatrie et quelle que soit la nature de leurs troubles. Les facteurs corrélés positivement au bien-être étaient : le travail sur site, l'activité physique, les capacités de résilience, le soutien familial et social. Les facteurs corrélés négativement étaient : un niveau de stress élevé, l'importance des ruminations anxieuses, un sentiment d'insatisfaction quant au niveau d'information, l'existence de difficultés en lien avec le sommeil ou avec la réorganisation du quotidien, le fait de se sentir aidé par les médicaments.

L'instauration brutale du confinement, a été à l'origine d'un sentiment de perte de contrôle, en lien avec la désorganisation de la vie quotidienne et la restriction des libertés engendrées. Tous se sont alors retrouvés déstabilisés et face à l'inconnu. Le maintien ou la reprise de contrôle sur leur environnement était alors devenu une nécessité, au risque d'un stress majeur et d'un dépassement de leur propre seuil de vulnérabilité. Pour cela l'établissement de nouvelles routines, avec une activité physique quotidienne, l'instauration de rythmes alimentaires et de sommeil réguliers, le réagencement de leur environnement apparaissaient comme des éléments



essentiels à leur bien-être. Un accompagnement et des mesures de psychoéducation pouvaient cependant s'avérer nécessaires, en cas de difficultés à cela voire façon systématique pour tous ces jeunes à haut risque. Par l'identification de ses vulnérabilités, de ses forces et de ses ressources environnementales le jeune pouvait aussi travailler à améliorer ses capacités de résilience, renforcer son pouvoir d'agir et ainsi reprendre progressivement le contrôle de sa vie et de son environnement. L'importance du soutien familial et social ainsi que du sentiment d'utilité, devait conduire à encourager les relations interpersonnelles, dans le respect des règles de distanciation physique. Une attention particulière à l'entourage de ces jeunes se justifiait également, non seulement de par leur rôle important sinon primordial de soutien, de psychoéducation et d'aide à la réorganisation du quotidien du jeune, mais surtout par le risque significatif de dégradation de leur propre santé mentale durant cette période de stress, s'ajoutant au stress chronique de leur statut d'aidant.

Alors que nous sommes au début de l'année 2021, la pandémie demeure et l'arrivée de nouveaux variants menace la France d'un ou de nouveaux confinements. Le stress est aujourd'hui chronique et à l'origine d'un épuisement croissant des population. Les facteurs de stress et de bien-être évoluent avec le temps et une adaptation régulière des stratégies d'intervention précoce est nécessaire. C'est pourquoi le questionnaire a été rediffusé par le Professeur Nicolas FRANCK et par le Docteur Frédéric HAESEBAERT, lors du déconfinement, du second confinement qui a eu lieu du 30 octobre 2020 au 15 décembre 2020, et le sera encore probablement tant que la situation le justifiera.

**Le Président de la thèse,**  
*Professeur Nicolas FRANCK*  
*Cachet et Signature*

**Pr. Nicolas FRANCK**  
Chef de Pôle - Pôle Centre  
C.N. Le Vinatier  
95, Bd Rinel - 69677 BRON Cedex.  
Tél. 04 37 91 50 31  
RPPS: 10003074241 - Finess 690780401

**Vu :**  
**Pour le Président de l'Université,**  
**Le Doyen de l'UER de Médecine Lyon Est**



**Professeur Gilles RODE**  
Vu et permis d'imprimer  
Lyon, le 02 FÉVRIER 2021

## ORFEUVRE Émilie

### Bien-être psychologique des jeunes avec des troubles psychiatriques durant la phase précoce du confinement lié au COVID-19

**RESUME : Objectif.** La santé mentale et le bien-être ont été gravement affectés par le confinement lié au COVID-19, tout particulièrement chez les sujets jeunes et les personnes avec des troubles psychiatriques. Cette étude avait pour objectif d'identifier les facteurs de bien-être des sujets jeunes avec des troubles psychiatriques durant la phase précoce du confinement lié au COVID-19 en France. **Méthodes.** Une étude nationale transversale en ligne a été initiée le 8<sup>ème</sup> jour du confinement lié au COVID-19 en France (du 25 au 30 mars 2020). Nous avons inclus tous les sujets jeunes de 16 à 29 ans ayant répondu au questionnaire qui vivaient et étaient confinés en France, et qui déclaraient un suivi actuel ou passé en psychiatrie. Le questionnaire était disponible en ligne et explorait des facteurs sociodémographiques et cliniques, les niveaux de bien-être et de stress ainsi que le déroulement du confinement. Le bien-être était mesuré via l'échelle WEMWBS (*Warwick-Edinburg Mental Well-Being Scale*). Des analyses de régression linéaire simple puis multiple ont été réalisées. **Résultats.** 439 individus ont été inclus avec 262 (59.7%) qui avaient été antérieurement traités et 177 (40.3%) qui l'étaient encore actuellement. Le score total moyen WEMWBS était de 42.48 (9.05). Le sentiment d'utilité était la dimension la plus altérée. Les facteurs positivement corrélés au bien-être étaient : le travail sur site, l'activité physique, les capacités de résilience, le soutien familial et social ( $p < 0.05$ ). Les facteurs négativement corrélés étaient : un niveau de stress élevé, l'importance des ruminations anxieuses, un sentiment d'insatisfaction quant au niveau d'information, des troubles du sommeil, des difficultés de réorganisation du quotidien, le fait de se sentir soutenu par les médicaments ( $p < 0.05$ ). Aucun facteur individuel n'était associé au bien-être. Le modèle linéaire multivarié, obtenu par une méthode pas-à-pas, avait un coefficient simple de détermination  $R^2$  de 0.563. **Conclusion.** Dans la population spécifique des jeunes avec des troubles psychiatriques, les facteurs associés au bien-être au stade précoce du confinement étaient principalement psychosociaux et liés à une désorganisation brutale de la vie quotidienne.

**MOTS CLES :** COVID-19 ; confinement ; bien-être psychologique ; psychiatrie ; sujets jeunes.

### Mental well-being in young people with psychiatric disorders during the early phase of COVID-19 lockdown

**ABSTRACT : Purpose.** Mental health and well-being were seriously impacted by the COVID-19 lockdown especially among young people and people with psychiatric disorders. This study aimed to identify factors associated with well-being in young people with psychiatric disorders, during early phase of COVID-19 lockdown in France. **Methods.** A national cross-sectional online study started on the 8<sup>th</sup> day of COVID-19 lockdown in France (during March 25–30, 2020). We included young people aged from 16 to 29 who responded to the questionnaire, living and being confined in France, with past or current psychiatric treatment. The questionnaire was accessible online and explored demographics and clinical factors, well-being, stress, situation during lockdown. Well-being was measured by the Warwick-Edinburg Mental Well-Being Scale (WEMWBS). Simple and multiple linear regression analyses were carried out. **Results.** 439 individuals were included with 262 (59.7%) previously treated and 177 (40.3%) currently treated. WEMWBS total score were 42.48 (9.05). Feeling of useful was the most affected dimension. Well-being was positively correlated with: currently working on site, physical activity, resilience capacities, family and social supports ( $p < 0.05$ ). It was negatively correlated with: elevated stress level, anxious ruminations, dissatisfaction with information, difficulties to sleep or reorganize daily life, feeling supported by medicines ( $p < 0.05$ ). No individual factor was correlated with well-being. The stepwise linear multivariate model had simple  $R^2$  coefficient of determination of 0.563. **Conclusion.** In the specific population of young people with psychiatric disorders, factors associated with well-being at early stage of lockdown were mainly psychosocial and related to brutal disorganization of daily life.

**KEY WORDS :** COVID-19 ; lockdown ; mental well-being ; psychiatry ; young people.

**JURY :**  
Président : Monsieur le Professeur Nicolas FRANCK  
Membres : Monsieur le Professeur Emmanuel POULET  
Madame le Professeur Caroline DEMILY  
Monsieur le Docteur Frédéric HAESEBAERT (Directeur)

**DATE DE SOUTENANCE:** 23 mars 2021

**ADRESSE POSTALE DE L'AUTEUR :** 126 montée de la Grande Côte, 69 001 Lyon

**EMAIL :** emilie.orfeuvre@gmail.com