



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Article de recherche

Appréhender le COVID-19 au fil de l'eau en tant que psychiatre d'enfant et d'adolescent

Appreciating COVID-19 as a child and adolescent psychiatrist on the move

D. Cohen

Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Sorbonne université, CNRS UMR 7222 « institut des systèmes intelligents et robotiques », AP-HP, Paris, France



INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 30 avril 2020

Accepté le 7 mai 2020

Disponible sur Internet le 13 mai 2020

Mots clés :

COVID-19

Confinement

Déconfinement

Enfance

Adolescence

Keywords:

COVID-19

Quarantine

Re-opening

Childhood

Adolescence

RÉSUMÉ

Le COVID-19 est une maladie multi-organes liée à une infection par le virus SARS-CoV2 qui est devenue une pandémie au début de l'année 2020. Difficile de décrire autrement qu'en témoignant à chaud ce que cette pandémie implique pour un psychiatre d'enfants. Je propose de parcourir les principales questions éthiques qui se sont posées ; de décrire comment mon équipe hospitalière s'est réorganisée pour faire face aux nouvelles demandes et questionnements, en particulier en ouvrant une unité dédiée aux personnes avec autisme et comportements défaits atteints par le COVID-19 ; et d'aborder, dans un contexte de discussion nationale, comment la discipline a cherché à comprendre les conditions d'un certain bien-être pendant le confinement. Enfin, j'essaierai de terminer par des réflexions plus spéculatives concernant le déconfinement.

© 2020 L'Encéphale, Paris.

ABSTRACT

COVID-19 is a multi-organ disease due to an infection with the SARS-CoV2 virus. It has become a pandemic in early 2020. The disease appears less devastating in children and adolescents. However, stress, quarantine and eventually mourning have major impacts on development. It is difficult to describe what this pandemic implies for a child psychiatrist, other than by giving a first-hand account. I propose to go through the main ethical questions that have arisen; to describe how my hospital team has reorganized itself to meet the new demands and questions, in particular by opening a unit dedicated to people with autism and challenging behaviors affected by COVID-19; and to address, in a context of national discussion, how the discipline has sought to understand the conditions of a certain well-being during quarantine. Finally, I will try to conclude with more speculative reflections on re-opening.

© 2020 L'Encéphale, Paris.

Introduction

Le COVID-19 est une maladie multi-organes liée à une infection par le virus SARS-CoV2 qui est devenue une pandémie au début de l'année 2020. Les principaux symptômes sont la fièvre, la toux sèche, des difficultés respiratoires, une fatigue et une pneumopathie plus ou moins sévère qui fonde le pronostic [1]. Les signes gastro-intestinaux sont peu fréquents mais ils peuvent devenir plus communs chez le sujet âgé [2] ou chez le sujet jeune [3]. En règle

générale les formes les plus sévères sont associées à un âge avancé, au sexe masculin et à l'existence de comorbidités en particulier métaboliques comme le diabète, l'hypertension et l'obésité [1]. Dès le courant du mois de janvier, il est apparu évident pour bon nombre d'experts et de politiques que l'expansion de l'épidémie allait rapidement passer le cap de la pandémie, c'est-à-dire d'une circulation mondiale du virus, avec une prédominance dans les pays sujets au trafic aérien le plus élevé, à savoir les États-Unis, la France, l'Italie, l'Espagne, et l'Angleterre. Le système de santé a dû dans des temps records se réorganiser pour faire face à l'épidémie sur le territoire national. En tant que psychiatre d'enfants, j'ai donc découvert cette nouvelle discipline et ce qu'impliquaient ces nouvelles

Adresse e-mail : david.cohen@aphp.fr

<https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.05.005>
0013-7006/© 2020 L'Encéphale, Paris.

recommandations de santé publique, dont la plus extrême a été le confinement. Je vous propose dans ce bref témoignage de parcourir les principales questions éthiques qui se sont posées à moi, de décrire à partir de ce que j'ai pu lire sur le COVID chez l'enfant et l'adolescent, comment mon équipe hospitalière s'est réorganisée pour faire face aux nouvelles demandes et questionnements, et d'aborder, dans un contexte de discussion nationale, comment nous avons contribué à essayer de comprendre les conditions d'un certain bien-être pendant le confinement. Enfin, j'essaierai de terminer par des réflexions plus spéculatives concernant le déconfinement.

Questions éthiques

Je ne vais pas détailler ici les principes éthiques qui fondent que la pratique médicale. Ils sont connus de tous. Il s'agit du principe d'autonomie, de bienfaisance, de non-nuisance, de justice, de précaution et de réversibilité. Pour éclairer les questionnements éthiques que j'ai retenus, j'insisterai plutôt sur le contexte initial de cette pandémie qui nous a tous confrontés à un certain nombre de prises de décision de santé publique et de politique médicale. En schématisant, l'anticipation de la gravité de l'épidémie sur le plan du pronostic pulmonaire a conduit à deux grands types de décisions :

- des mesures de limitation de la propagation du virus via les mesures barrière (port de masque, lavage des mains, confinement) ;
- une réorientation des activités de soin vers les pratiques réanimatoires et d'assistance respiratoire, qui ont nécessité la mobilisation d'un personnel de santé considérable et conduit en parallèle des mesures de confinement à arrêter toute une série d'activités ambulatoires ou non liées au COVID.

Au plan éthique, ce contexte a impliqué de réorganiser les activités cliniques de mon service en essayant de trouver un juste équilibre entre la nécessité de poursuivre des soins pour les patients les plus malades, sachant qu'en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent le raisonnement n'est pas qu'individuel, il peut être aussi appliqué à l'ensemble d'une famille.

Il s'est aussi agi de penser toujours de manière plus systématique aux plus vulnérables. En effet, le principe de justice qui concourt à s'obliger à proposer les soins de la manière la plus équitable à tous les individus est toujours dans les situations de crise, un principe qui entre en tension. Les témoignages, d'ailleurs venus d'un certain nombre de collègues, ont montré que pour les patients psychiatriques, cet enjeu était tout à fait clair puisqu'ils font partie des personnes vulnérables [4,5]. Pour le psychiatre d'enfants et d'adolescents que je suis, les personnes vulnérables sont : de manière générale les patients dont on s'occupe puisqu'ils souffrent de pathologies mentales, et plus particulièrement ceux qui souffrent de maladies chroniques avec handicap (déficience intellectuelle, syndrome génétique, autisme) ; mais également les situations de périnatalité ou les situations cliniques dans des contextes de familles migrantes ou à difficultés socioéconomiques majeures, ou à tension familiale à risque de maltraitance. Bien que je n'en aie pas eu conscience au début, la réorientation d'une unité de mon service pour en faire une unité pour personne autiste et COVID avec comportements défi, a contribué à limiter l'ostracisme de cette population comme cela a été décrit dans d'autres zones épidémiques (par exemple à Madrid [4]).

La création de cette unité, si elle a demandé une complète réorganisation en un temps record (voir plus loin), n'a pas posé de problème éthique spécifique. En effet l'équipe est rodée à l'utilisation d'équipements de protection personnelle. Bien sûr il ne s'agit pas ici de masque et autre combinaisons, mais plutôt

de bouclier de protection, de gants molletonnés empêchant les morsures... Le même concept éthique de vulnérabilité partagée (c'est-à-dire rendant compte d'un risque partagé entre patients et personnels soignants) est utilisé pour le risque de blessure physique chez les patients hospitalisés et les personnels travaillant dans des unités pour malades psychiatriques difficiles et pour le risque infectieux dans les unités COVID-19 [6,7]. Cette unité a connu une brève expérience d'utilisation d'équipements de protection personnelle type maladie infectieuses et contagieuses lors d'une épidémie nosocomiale à *Giardia intestinalis* en 2016 [8].

Enfin, pour s'astreindre à toujours respecter les principes de bienfaisance/non nuisance et de précaution, il a aussi été nécessaire de s'informer sur cette maladie nouvelle et apprendre au plus près de ce que les publications et témoignages de collègues de la discipline mais aussi hors discipline pouvaient apporter. À titre personnel, j'ai été très sensible à cette veille scientifique qui a été organisée par un collectif de chercheurs et de cliniciens au sein de l'Assistance Publique. Enfin, même si c'est de manière extrêmement modeste, nous nous sommes avec mon équipe, engagés autour de questions de recherche. La première concerne l'impact du confinement chez nos patients d'une part et chez les femmes parturientes d'autre part ; et également comment pouvait s'exprimer chez les patients autistes avec troubles du comportement, cette symptomatologie COVID puisqu'une des unités de mon service s'est tout de suite orientée vers l'accueil de ces malades.

Le COVID chez l'enfant et l'adolescent

Expression clinique du COVID chez l'enfant et l'adolescent

Très rapidement, il est apparu que le COVID chez l'enfant et l'adolescent était une pathologie beaucoup plus bénigne, même si des formes graves exceptionnelles ont été rapportées. De manière tout à fait claire, les enfants sont une faible part des COVID-19. Ils sont moins contaminés, moins malades, et moins gravement [1]. Comme je l'ai dit en introduction, les diarrhées semblent une expression plus fréquente chez l'enfant [2]. Les études épidémiologiques coréennes ont également montré que les plus petits, c'est-à-dire les enfants d'âge préscolaire (moins de 6 ans), étaient moins contaminés que les autres tranches d'âge [3]. En contexte périnatal on dispose de plusieurs études dont une étude importante de l'université de Columbia à New York qui a décrit plus de 200 accouchements en période épidémique. Ils retrouvent que 13,5 % des femmes parturientes sont asymptomatiques tout en étant positives au SARS-CoV2 et moins de 2 % sont symptomatiques et positives au SARS-CoV2 [9]. La plupart des études ont montré qu'il n'y avait pas de transmission directe mère-bébé ou que celle-ci était exceptionnelle [9].

Expression clinique chez la personne autiste

Lorsqu'on a réorganisé dans mon département une unité COVID pour recevoir les personnes avec autisme, nous nous sommes appuyés sur l'unité sanitaire interdépartementale d'accueil temporaire d'urgence (USIDATU) car celle-ci a été très vite contaminée. Cette unité dite neurodéveloppementale reçoit habituellement des personnes (enfants, adolescents, adultes) avec autisme et déficience intellectuelle qui présentent des troubles du comportement majeurs [10]. Pendant la période épidémique, nous avons en tout reçu 16 patients COVID+ : 11 ont été contaminés de manière nosocomiale et 5 l'ont été à l'extérieur et ont été transférés par des équipes partenaires. L'âge moyen des patients était de 20 ans (min-max : 12–43 ans) et nous avions 75 % de sujets masculins. Les principaux symptômes liés au COVID incluaient des signes bénins orofaciaux ($n=9$, 56,3 %), une diarrhée ($n=7$, 43,8 %), de

l'asthénie ($n=7$, 43,8 %) et des signes respiratoires ($n=5$, 31,3 %) comprenant un sujet qui a nécessité une oxygénothérapie. Trois patients sont restés asymptomatiques dont deux qui avaient en parallèle un traitement immunosuppresseur du fait de maladies organiques associées. Parmi les patients symptomatiques, 5 ont montré des comportements atypiques que nous avons compris comme une manifestation idiosyncratique de la maladie COVID associée à l'autisme. Par exemple, une patiente a démarré des comportements de léchage tout à fait irrépressibles que nous avons compris comme une manifestation de l'irritation de la muqueuse orofaciale chez celle-ci. Un second patient a manifesté ce que nous avons compris comme étant un symptôme d'anosmie par l'apparition brutale de comportements d'opposition au moment des repas où il jetait des plats qu'habituellement ses parents nous ont décrits comme tout à fait appétissants pour lui. Probablement que l'expérience sensorielle de l'anosmie chez des patients particulièrement sensibles à ces dimensions explique, même si c'est une interprétation, ce type de comportement [11].

Au moment où nous avons soumis cette petite série de patients, la littérature sur la question était tout à fait limitée puisque lorsque nous avons interrogé le 10 avril 2020 la base de données MEDLINE avec les mots clés « COVID-19 et autisme » nous n'avons retrouvé qu'un seul article qui listait 10 principes pour appliquer les mesures barrière aux personnes présentant un trouble du spectre autistique [12]. Au-delà de la description clinique, cette petite série nous a également montré l'importance de collaborer avec les équipes d'infectiologie et d'hygiène hospitalière pour prendre en charge dans l'unité à la fois les problématiques COVID et les problématiques liées à l'autisme. À cette fin, nous avons dû organiser deux formations de 3 heures pour une vingtaine de membres de mon équipe. Ils ont été formés aux mesures barrière pour limiter la propagation du virus ; au monitoring minimal des patients COVID-19 (par exemple la mesure de la saturation d'oxygène) ; mais également au prélèvement nasopharyngé dont on n'a pas habituellement la pratique en psychiatrie. Toutes ces mesures ont d'ailleurs permis la limitation du nombre de membres de l'équipe infectés. En effet, la première semaine de l'épidémie nous avions déjà un médecin et 5 infirmiers ou aides-soignants qui avaient été infectés, ce qui représentait 9 % de l'ensemble du staff. Trois semaines après la mise en place de ces mesures et malgré l'augmentation du nombre de patients reçus, nous ne déplorions qu'une seule infirmière de nouveau infectée. Ce taux particulièrement bas nous a montré à quel point cette organisation avait été pertinente alors même qu'on s'adressait à des patients dont la sévérité des troubles du comportement rendait illusoire la réalité des mesures barrière à leur niveau. En cette fin de pic d'épidémie, l'ensemble des patients ont maintenant une PCR négative à la recherche du virus, à l'exception d'un patient obèse de 180 kg qui a présenté une surinfection pulmonaire probablement bactérienne d'après les images du scanner, et qui restait positif à la PCR à j14. Ce patient est donc resté confiné une semaine de plus [11].

Contribution de l'enfant à la transmission

Au début de l'épidémie, et lorsque les pays occidentaux ont réalisé l'extrême contagiosité de ce virus et sa gravité, plusieurs hypothèses ont été évoquées et en particulier le fait que peut-être les enfants seraient une véritable bombe en termes de transmission, car porteurs et asymptomatiques. En fait, cette hypothèse, qui reste très présente dans les médias et alimente une crainte assez spécifique concernant la réouverture des écoles dans le grand public, semble être erronée. En effet, les enfants ne seraient pas porteurs de manière importante du virus, comme cela a été précisé dans étude populationnelle islandaise [13]. Par ailleurs, les modélisations qui ont été réalisées sur les données chinoises concernant la transmission s'orientent plutôt vers une

petite période chez l'adulte symptomatique de transmission du virus en période pré-symptomatique. C'est d'ailleurs pour cela qu'aujourd'hui les enquêtes épidémiologiques contacteront aussi les personnes-contact 2 ou 3 jours avant l'apparition des symptômes [14]. En fait, ces hypothèses initiales avaient été évoquées à partir des données qu'on connaissait de l'épidémiologie des autres coronavirus (Fig. 1). On était confronté finalement à trois cas de figure, celui des infections communes au coronavirus où l'on sait qu'environ 13 % des enfants peuvent être asymptomatiques. Celle du SRAS où l'on a décrit que 2 % des enfants seulement pouvaient être asymptomatiques, et que lorsqu'ils étaient porteurs 90 à 100 % d'entre eux présentaient de la fièvre. Enfin, le cas de figure du MERS (qui est un coronavirus un peu différent car l'hôte intermédiaire est le chameau et qu'il est essentiellement présent dans la péninsule arabique) pour lequel 42 % des enfants peuvent être porteurs asymptomatiques, même si 90 à 100 % d'entre eux présenteront à un moment de la fièvre [15]. En fait les études réalisées en Chine et en Corée ainsi que l'étude islandaise, ont très vite pu montrer que concernant le COVID-19 et le SARS-CoV-2, seulement 10 % des enfants semblent être porteurs asymptomatiques et la moitié d'entre eux présenteront de la fièvre quand ils sont symptomatiques, sachant que les autres symptômes sont en particulier les rhinites et les diarrhées.

Du coup, l'enfant ne représente pas une forme importante en terme de transmission pour le SARS-CoV-2, c'est plutôt dans la plupart des cas les parents qui contaminent leurs enfants, que l'inverse. Ainsi, la très précise enquête concernant le cas index dans le village de Contamine a montré que finalement ce cas index a contaminé 13 personnes en tout, dont seulement un enfant. Cet enfant, qui a fréquenté trois écoles différentes alors qu'il était symptomatique, n'a jamais transmis le virus à d'autres [16]. Cette faible transmissibilité a été confirmée dans une étude de plus grande ampleur en Australie, à partir de 18 sujets atteints (9 écoliers et 9 enseignants) de 15 écoles différentes, où les contacts ont tous été testés (735 écoliers et 128 enseignants). Aucun enseignant n'a contracté le virus à partir des cas initiaux et seulement 1 écolier d'école primaire et 1 écolier de collège ont contracté le COVID-19 probablement à partir de ces cas initiaux-contact [17].

Bien-être et confinement : principaux enjeux

Conséquences du confinement

De manière générale, on connaît les enjeux du confinement, à partir des expériences des précédentes épidémies, SRAS, EBOLA et MERS. Récemment, Brooks et al. en ont fait une synthèse dans le Lancet [18]. La revue rapporte une vingtaine d'études essentiellement dans les pays asiatiques mais également au Canada, en Suède et dans quelques pays africains. De manière générale, on décrit globalement un impact psychologique négatif, avec une augmentation des symptômes de stress aigu, d'anxiété, de confusion dissociative, de colère et de syndromes post-traumatiques. Certaines études ont pu aussi rapporter des effets à long terme. Il se dégage en termes d'intensité des conséquences du confinement que celles-ci sont plus fréquentes lorsque la quarantaine se prolonge, en cas de phobie de la contamination, de frustration, d'ennui, d'impact économique personnel, de pathologie chronique, et de stigma. Du coup, la liste des facteurs d'adaptation plus difficile au confinement rend particulièrement pertinent pour nous de s'intéresser aux familles les plus vulnérables.

Conseils aux familles

Pendant cette période, une activité tout à fait féconde de la discipline a permis de partager un certain nombre de fiches et de conseils

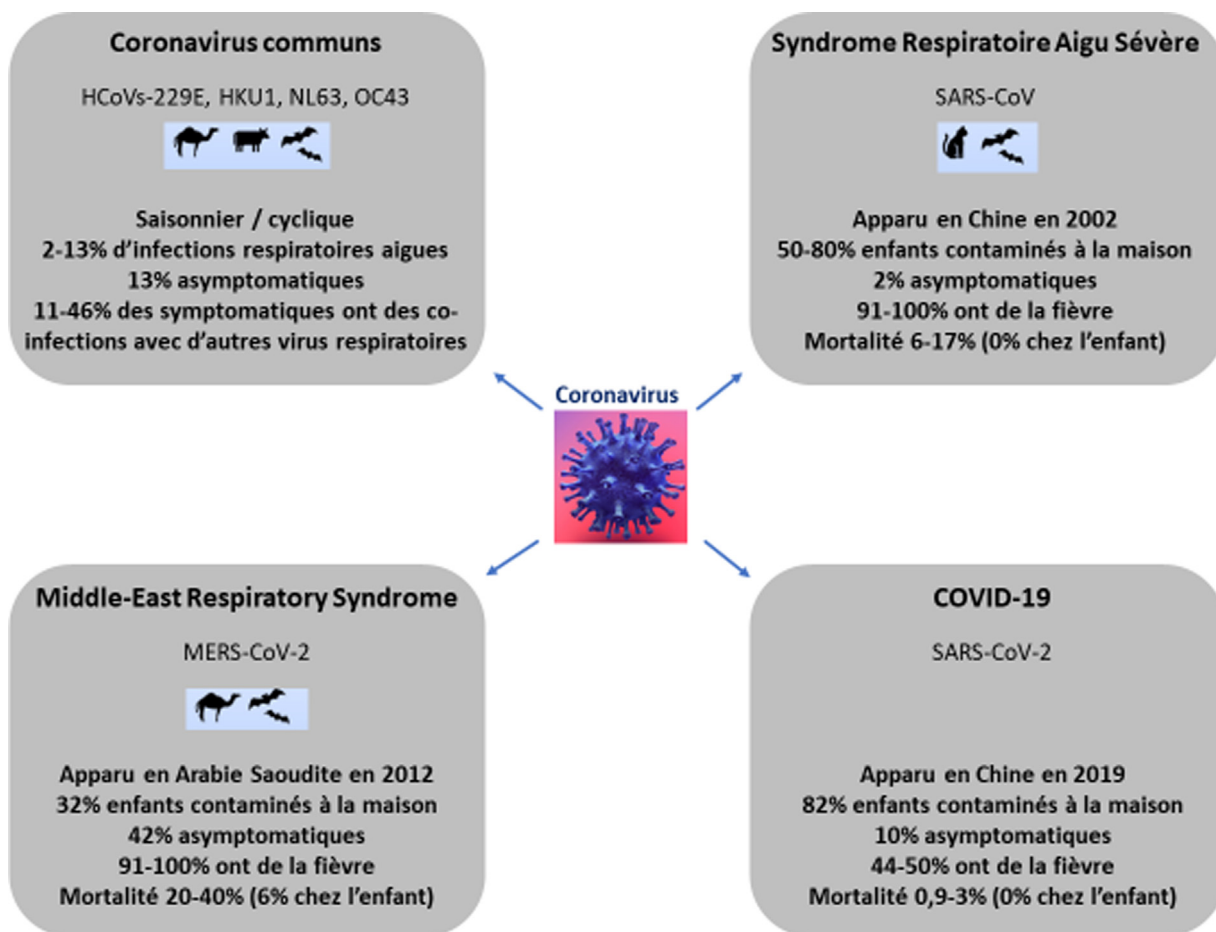


Fig. 1. Vision synthétique de l'expression des maladies liées au coronavirus chez l'enfant.

D'après Zimmermann et Curtis, 2020 [15].

pour proposer des soutiens en termes de gestion des familles et d'accompagnement des enfants à la maison. On peut retenir, concernant la gestion des familles, que ce sont les parents qui donnent l'exemple. Ils doivent être clairs, rassurants, informatifs, et à l'écoute. Parfois, il faut aussi qu'ils sachent être fermes. L'ensemble des collègues a recommandé d'éviter les situations d'informations en flot continu, qu'elles soient télévisuelles ou radiophoniques. Et si une information vis-à-vis de l'épidémie est donnée, ce n'est pas plus d'une fois par jour, ensemble, et si possible à la même heure.

Les principaux conseils concernant la gestion de la famille ont retenu les points suivants : organiser des routines, prendre le temps, ne pas tout faire ensemble, faire respecter des moments où l'adulte ne doit pas être dérangé (en particulier s'il est en télétravail), s'aider d'un calendrier, alterner les activités scolaires, les jeux de société, les activités motrices, et les activités autour des repas ; limiter les écrans et en particulier éviter les écrans avant 3 ans ; et enfin, s'astreindre à prendre des nouvelles des proches et à promouvoir les valeurs altruistes. Également, il a été convenu de recommander aux familles, même si cela peut paraître une évidence, d'éviter les cris et les disputes, qui en contexte de confinement puisque le huis clôt peut les rendre plus fréquents.

Pour ce qui concerne la gestion des enfants, les parents doivent aussi s'adapter à l'âge de leur enfant. Avec les plus petits, cela veut dire pouvoir leur parler de façon individuelle et adaptée à l'âge en terme de formulation, de savoir les rassurer en leur disant que le parent se protège si jamais il exerce une profession exposée,

comme les soignants ; de faire attention à l'imaginaire débordant des enfants, ce qui revient à ne pas en dire trop quand ils posent des questions et puis surtout de leur demander ce qu'ils en pensent après avoir répondu à leurs questions ; même si on peut favoriser l'autonomie et respecter des temps seuls, leur durée doit être limitée dans le temps (on peut retenir comme ordre de grandeur 30 minutes entre 3 et 6 ans et pas plus d'une heure après 6 ans) ; savoir reconnaître les sentiments négatifs est également utile pour accompagner au mieux les enfants ; et enfin promouvoir leur autonomie et le partage des tâches.

Avec les adolescents, la tâche peut parfois s'avérer complexe puisqu'ils peuvent être plus facilement impulsifs et impatientes. Il a donc été volontiers recommandé aux parents d'abord de réaliser avec l'adolescent que le confinement sera temporaire, même si après il faut aussi lui expliquer que cette temporalité pouvait être un peu longue. Comme pour les enfants, il faut savoir rassurer les adolescents lorsqu'on appartient à une profession exposée. Prévenir et anticiper le fait que ce confinement sera difficile pour l'adolescent, pour la famille, mais également aussi pour les parents qui vont peut-être être amenés à se disputer ; savoir féliciter régulièrement les efforts du jeune ; essayer le plus possible de le responsabiliser, de favoriser son autonomie et le partage des tâches ; s'inscrire dans la promotion de l'altruisme qui au-delà de la valeur civique qu'elle a en temps d'épidémie, est aussi une valeur adolescente avec laquelle ils peuvent tout à fait s'identifier. Et enfin, savoir respecter et reconnaître leur besoin d'échanger avec les copains.

Reconnaître les signes de stress

Au-delà de ces conseils généraux, il est important aussi que les professionnels de l'enfance et les professionnels de santé mentale puissent aider les parents à repérer les signes de stress chez leurs enfants, car c'est souvent les interventions les plus précoces qui sont les plus efficaces. Là encore, ces signes vont dépendre de l'âge. Chez les plus petits on peut retenir les peurs, les cauchemars ; certaines manifestations régressives dans le langage, dans la propreté ; la perte ou l'augmentation de l'appétit ; les colères, les attitudes pleurnichardes et exigeantes. Chez les enfants d'âge scolaire, on retiendra également irritabilité, colères, comportements adhésifs, somatisation (en particulier céphalées, maux de ventre), isolement, troubles du sommeil ou de l'appétit, oublis ou compétition pour l'attention des parents lorsqu'il s'agit de familles nombreuses. Et enfin chez l'adolescent on retiendra également les somatisations, une certaine forme d'agitation-impatience, des troubles du sommeil et de l'appétit, l'apathie ou a contrario la provocation et l'ignorance des consignes de sécurité, l'isolement des pairs, un sentiment d'adolescent épidermique aux injustices, et l'évitement du travail scolaire.

Dans tous les cas, c'est une attitude patiente, tolérante et rassurante qui est conseillée et le plus utile. Pour y arriver et en fonction de l'âge on encouragera l'expression des sentiments à travers le jeu, le dessin, les histoires ; on essaiera de maintenir les routines qui organisent la vie ; de maintenir également les activités physiques et scolaires, et d'encourager la discussion, le dialogue et l'altruisme. La communauté pédopsychiatrique dans son ensemble a produit un nombre important de fiches, d'informations en ligne, de bandes dessinées, de MOOC, certains ayant été repris d'ailleurs par des programmes gouvernementaux. La Fig. 2 en propose un certain nombre à titre d'exemple. La Fig. 3 résume une trentaine d'activités pour promouvoir la motricité en situation de confinement, ce qui peut être une gageure, en particulier lorsque les familles vivent dans des appartements de petite superficie et sans extérieur.

Public ou situation à risque

Comme je l'ai évoqué précédemment, les publics vulnérables sont particulièrement à risque et pour la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, au moins 4 publics ont rapidement fait consensus et font l'objet de recommandations spécifiques [19]. Dans *l'autisme et le handicap*, un numéro national a été mis en œuvre très rapidement sous l'égide du groupement national des centres ressources autisme (GNCR), qui a mis en ligne un certain nombre de recommandations. En reprenant rapidement et schématiquement leurs propositions pour faciliter le confinement des personnes autistes, il était recommandé d'élaborer un planning tenant compte d'indices visuels qui sont toujours appropriés pour ces populations, de leurs capacités d'anticipation temporelles (de l'ordre du jour ou de la semaine, en fonction des sujets) qui dépendent souvent des capacités cognitives de ces personnes. Il est également proposé d'afficher ce planning au même endroit dans la maison avec un *timer*, en y intégrant des récompenses, des jeux et des pauses. Certaines recommandations ont insisté sur l'utilisation de *serious games* et du partage d'activités vidéo, qui peuvent être des moments très attractifs pour ces personnes [12]. Et enfin d'essayer de garder le contact avec les écoles et les activités physiques et sensorielles. Il peut être important d'insister sur la composante sensorielle qui est parfois avec des profils atypiques chez ces personnes mais en même temps extrêmement investies. Dans tous les cas lorsque c'est possible maintenir des consultations par des moyens multimédia est recommandé.

L'un des enjeux avec les personnes autistes ou présentant un handicap intellectuel, c'est d'anticiper les comportements défi.

recommandations précédentes est certainement un premier objectif, tout comme de travailler les émotions et de permettre la réalité et la quantité d'activités physiques et sensorielles, même si c'est difficile encore une fois en situation de confinement. Lorsque les comportements problème ou défi surviennent pendant le confinement, à ce moment-là il est important de rappeler aux parents d'appliquer les protocoles d'extinction, s'il en existait avant le confinement ; dans tous les cas d'essayer d'apaiser, calmer et dévier l'attention de l'enfant et bien sûr après la crise, d'essayer de chercher le déclencheur potentiel pour avoir des perspectives de prévention. Dans le contexte COVID il est important aussi de rappeler l'existence éventuelle de manifestations comportementales associées aux premiers symptômes à la maladie, comme nous l'avons décrit dans notre petite série à propos des comportements idiosyncratiques [11].

Le second public à risque est les enfants présentant un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité [20]. Deux équipes ont été très mobilisées pour proposer des fiches de recommandations aux familles, celle du CHU Robert-Debré de Paris et celle du CHU de Montpellier. Là encore si on retient les 10 conseils proposés aux parents d'enfants TDAH pour mieux traverser ce confinement. On peut lister : de continuer le traitement médicamenteux ; d'organiser la journée comme une journée scolaire type ; de maintenir des heures fixes de coucher et de lever et de repas ; de maintenir des temps de socialisation avec la famille ou des camarades ; de maintenir une activité physique quotidienne ; d'organiser des travaux manuels ; d'organiser des temps de jeu en famille le soir ; de penser aussi à la relaxation même si pour certains cela peut paraître paradoxal ; de parler bien sûr de la situation actuelle à l'enfant et de le rassurer si un des parents appartient à une profession exposée ; de recommander aussi aux parents de ne pas oublier de prendre soin d'eux-mêmes puisque c'est un des écueils lorsque les familles ou les parents voulant trop en faire finissent par s'oublier ; et enfin, bien sûr de garder un contact avec le médecin référent par mail ou tout autre type de consultation multimédia.

Le troisième public à risque est sans aucun doute les familles démunies, et j'entends par familles démunies toutes celles qui vont vivre le confinement avec un impact économique personnel plus important, des conditions de vie plus précaires, peu d'accès à l'Internet à haut débit ou pas du tout d'accès au multimédia, qui présentent plus de pathologies chroniques et en particulier psychiatriques, qui sont volontiers sujettes au stigma ou à l'ostracisme et je pense en particulier aux familles migrantes, qui ont vécu ou traversé plus d'antécédents d'expériences traumatiques, ou les familles qui comprennent un ou plusieurs membres consommateurs de toxiques. En effet, elles sont plus à risque des effets du confinement et surtout on a vu très vite dans ces familles l'expression de plus de violence intrafamiliale, de plus de maltraitance à enfants, de plus de détresse et de pathologies psychiatriques et même parfois assez rapidement de plus de malnutrition. Il faut insister aussi sur le fait qu'en situation de confinement, on a aussi fait le constat que les aides habituelles pour ces familles étaient moins fonctionnelles et en particulier les aides liées à l'aide sociale à l'enfance et à l'aide sociale de proximité des mairies. Si bien qu'assez rapidement, ce sont les mêmes numéros qui se sont imposés que pour le tout-venant, puisque le 15 a ouvert une ligne dite « psy », même chose pour le Covidom. Pour les maltraitances, le 3919 est resté le numéro ouvert. De ce point de vue les médecins de famille ont souvent été en première ligne sur ces publics ainsi que les équipes de santé mentale.

Pour finir le quatrième public à risque qui a été repéré très rapidement sont les contextes de périnatalité. En effet, si un certain nombre d'activités ont pu être décalées et arrêtées pour permettre la réorganisation du système de santé vers les activités COVID liées à la pandémie, il est entendu que les activités obstétricales sont restées à l'identique puisque la durée de la grossesse n'a pas été



https://www.cnape.fr/documents/dispositif-covipsy_-covid-19-comment-parler-a-vos-enfants-a-votre-famille/

<http://speapsl.aphp.fr/diversdocs/covid/explications.pdf>
La version en animation est disponible sur la chaîne youtube « Info Psy » (3 épisodes)

<https://www.sfrms-sommeil.org/articles-a-la-une/sommeil-de-lenfant-en-situation-de-confinement/>

http://speapsl.aphp.fr/diversdocs/covid/conseils_parents.pdf

<https://www.triplep-parentalite.fr>

Programme de soutien à la parentalité Triple P

Fig. 2. Exemple de fiches disponibles sur le web proposant des conseils aux parents en périodes de confinement.

Une trentaine d'activité à retrouver sur
<http://speapsl.aphp.fr/diversdocs/covid/psychomot.pdf>



Twister revisité **Une balle pour tous** **Funambule**

Le parcours en soufflant **Le parcours yeux bandés**

L'alphabet avec son corps

Courtesy Jason DHONT

Fig. 3. Un exemple de fiche proposant des activités motrices en situation de confinement.

modifiée par la pandémie. Par ailleurs, le respect du confinement a entraîné des modifications dans l'organisation habituelle des soins en périnatalité, qui ont contribué à amplifier l'effet stressant de la pandémie pour les femmes en situation d'accouchement, mais également d'augmenter les facteurs de risque pour les familles en situation de vulnérabilité [21]. En effet, on a constaté en général que les pères n'étaient pas présents en maternité ou exclusivement au moment de l'accouchement. Les mamans se sont donc retrouvées dans un sentiment pour certaines de grand isolement, d'autant qu'elles n'étaient autorisées à aucune autre visite. À la sortie de la maternité, les soins habituels ont dû être réorganisés puisque les services de protection maternelle et infantile ont continué à fonctionner seulement sur rendez-vous et à n'organiser des visites à domicile que sur demande spécifique. Les pesées ont

donc été réalisées surtout par les professionnels libéraux (sage-femme ou médecin), d'autant que les rendez-vous postnataux en maternité n'ont été maintenus que s'il y avait une complication survenue depuis la sortie de la maternité et non plus systématiquement comme c'était le cas auparavant. Du coup il a été important de recommander aux mamans de suivre le calendrier vaccinal et les examens-clés, de continuer à consulter si l'enfant était malade, et en particulier notamment pour les nourrissons qui présentaient de la fièvre ou des difficultés alimentaires ; il a été aussi important d'essayer de proposer aux papas des conseils quant aux pratiques de parentalité, conseils qu'ils n'ont pas pu recevoir à la maternité comme à l'habitude.

Enfin, pour les mères qui étaient COVID+, au-delà de l'anxiété, il était important de leur expliquer comment respecter les mesures

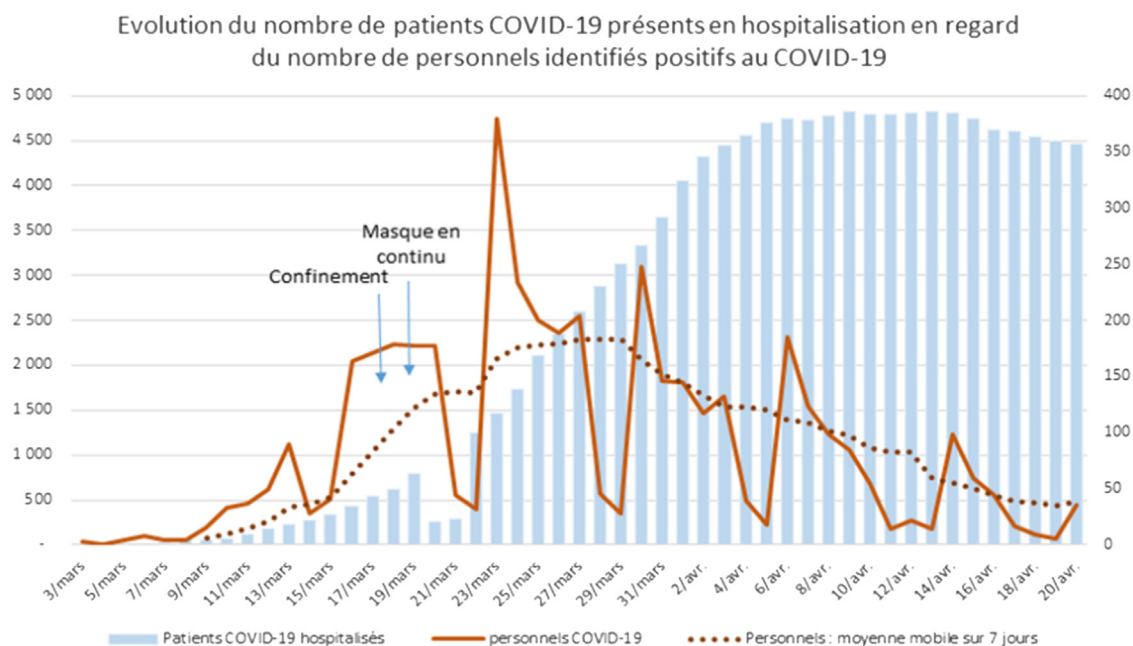


Fig. 4. Évolution du nombre de patients COVID-19 présents en hospitalisation en regard du nombre de personnels soignants identifiés positifs au COVID-19.

Données AP-HP.

barrière (masque, lavage des mains) comme cela avait été expliqué en maternité ; de leur dire qu'il était possible de poursuivre l'allaitement, et que les mères seraient rappelées par le pédiatre de maternité en général à j7, j14 et j21 pour prendre des nouvelles de bébé ; et enfin d'expliquer à ces jeunes mamans qu'il ne faut pas mettre de masque par contre au bébé malgré ce qui leur est dit concernant les mesures barrière.

Et le déconfinement ?

Que peut-on retenir sur la propagation de l'épidémie ?

La Fig. 4 présente l'impact des mesures barrière sur la transmission du virus à l'Assistance publique. On voit clairement qu'à la mi-mars, date de l'application de manière extensive du confinement et des mesures barrière, les personnels hospitaliers sont une population à plus grand risque que la population générale puisqu'à ce moment-là il y a 2 fois plus de personnes COVID+ dans le personnel que de patients hospitalisés. Dès le 25 mars, soit une semaine après la mise en place des mesures barrière de manière beaucoup plus strictes, on voit que les courbes se croisent et c'est le même constat dans une plus petite échelle que nous avons fait lorsque nous avons utilisé ces mesures à l'USIDATU pour prendre en charge les patients autistes avec troubles du comportement. Les mesures barrière sont donc clairement efficaces pour contrôler la transmission du virus.

Le deuxième élément qui est un point très important pour un psychiatre d'enfants et d'adolescents, c'est l'idée que les enfants transmettraient de manière extensive le virus. J'ai rappelé plus haut la réalité de la transmissibilité par l'enfant du SARS-CoV-2. Contrairement à ce qui avait été affirmé au début, l'enfant n'est pas la bombe à retardement en termes de transmission. Du coup l'enjeu pour le déconfinement est plutôt de savoir quel est l'impact de la fermeture des écoles sur la transmission du virus. Là encore, on peut partir des études qui se sont intéressées à l'impact de la fermeture des écoles dans les autres épidémies qui ont déjà eu lieu. On dispose d'études tout à fait bien faites pour le SRAS puisqu'au moins 3 grandes villes, Pékin, Hongkong et Singapour avaient utilisé la fermeture des écoles et ont pu en mesurer les effets. Dans le

SRAS la fermeture des écoles n'a eu aucun effet sur la propagation du virus [22].

En fait, les différents modèles montrent que l'effet de la fermeture des écoles sur la transmission du virus devient substantiel quand la transmissibilité est faible, c'est-à-dire que le R_0 est inférieur à 2. Or pour le SARS-CoV-2 le R_0 est aujourd'hui de manière relativement consensuelle bien supérieur à 2,5. Comme je l'ai dit plus haut les enfants contractent l'infection au même taux que les adultes mais ne présentent des formes asymptomatiques que dans 10 % des cas. Ces formes symptomatiques sont moins sévères et moins susceptibles donc de propager le virus. Par conséquent, les dernières modélisations sur le COVID19 prévoient que les fermetures des écoles n'empêcheraient que 2 à 4 % des décès, c'est-à-dire beaucoup moins que les mesures de distanciation qui ont été mises en œuvre [22]. On se doit donc d'être rassurant, même si la crainte persiste dans le grand public et parmi les enseignants.

Et quels conseils proposer aux familles concernant le déconfinement ?

Bien sûr, nous sommes là dans une situation où la pensée se déploie chemin faisant d'une pratique nouvelle. Pour autant, il me semble que même si les premières données de contamination et de sévérité sont rassurantes chez l'enfant, il est possible que certains parents refusent le déconfinement pour leurs enfants. On pourra rester positif avec eux en leur disant que de toute façon ce sera une aide pour le système scolaire au début, qui doit prendre les choses de manière progressive. On devra pour autant être attentif à ce que les parents ne projettent pas leurs propres inquiétudes sur leur enfant. Si c'était le cas il faudra faire en sorte de les aider ou de les orienter vers de soins appropriés.

Un point qui est très important à mon sens également, c'est de pointer que l'enfant est par essence altruiste. Cette qualité rend compte de sa capacité à prendre conscience des intérêts collectifs et donc à prendre conscience que l'application des mesures barrière est essentielle à la collectivité. De ce fait, il est important d'aider les enfants et d'aider les parents à accompagner leurs enfants pour que ceux-ci continuent à bien respecter les mesures barrière, et ce en positivisant le message, en soulignant la valeur altruiste de ces

comportements plutôt que de n'évoquer que la peur du virus comme c'est trop souvent le cas au plan éducatif. Il est important comme je l'ai dit dans le paragraphe précédent de les rassurer quant à la contamination et la sévérité de la maladie chez l'enfant, qui est moindre. Dans le contexte du déconfinement progressif, il faudra aussi garder une régularité du rythme de vie et une limitation des sorties et des regroupements, puisque cela va probablement être dans les recommandations. Et bien sûr, il faudra rappeler de continuer l'attention à préserver les anciens qui restent le public le plus à risque.

Mais le déconfinement peut aussi s'accompagner de la contamination de l'un des membres de la famille, et de la question : « que fait-on dans ce cas ? ». Là encore, il faudra rappeler de respecter les mesures barrière, c'est-à-dire porter des masques en présence des enfants, de se laver les mains très régulièrement, de s'isoler au sein de la maison si c'est possible. S'il s'agit d'une maman qui allaite un bébé, elle pourra poursuivre l'allaitement mais ne pas mettre de masque au bébé. Il faudra aussi surveiller les symptômes des proches et prévenir les personnes-contact depuis 3 jours avant les premiers symptômes, même si une application est censée nous aider à le faire de manière automatique, mais tout dépendra du nombre d'utilisateurs de cette application. Enfin, il faudra organiser le suivi de proximité avec la médecine de ville ou avec le système Covidom qui semble-t-il sera prolongé. Bien sûr, si les conditions de vie sont difficiles ou s'il existe une problématique familiale, ou même si c'est le souhait de la personne malade elle-même, il faudra solliciter les dispositifs mis en œuvre pour l'isolement comme le Covisan qui propose des hébergements en hôtel pour des isolés de 14 jours. Par rapport aux enfants, il faudra positiver cette décision en soulignant la valeur altruiste du choix de l'adulte de sa famille qui le propose, et bien sûr il faudra les rassurer quant à la continuité des contacts avec eux et qu'il ne s'agit pas d'une rupture avec leurs proches.

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Xie M, Chen Q. Insight into 2019 novel coronavirus – An updated intrim review and lessons from SARS-CoV and MERS-CoV. *Int J Infect Dis* 2020, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijid.2020.03.071> [pii:S1201-9712(20)30204-6].
- [2] Cheung KS, Hung IF, Chan PP, et al. Gastrointestinal manifestations of SARS-CoV-2 infection and virus load in fecal samples from the Hong Kong Cohort and systematic review and meta-analysis. *Gastroenterology* 2020, <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2020.03.065> [pii:S0016-5085(20)30448-0].
- [3] Choi SH, Kim HW, Kang JM, et al. Epidemiology and clinical features of coronavirus disease 2019 in children. *Clin Exp Pediatr* 2020, <http://dx.doi.org/10.3345/cep.2020.00535>.
- [4] Arango C. Lessons learned from the coronavirus health crisis in Madrid, Spain: how COVID-19 has changed our lives in the last two weeks. *Biol Psychiatry* 2020, <http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsych.2020.04.003>.
- [5] Chevance A, Gourion D, Hoertel N, et al. Ensuring mental health care during the SARS-CoV-2 epidemic in France: a narrative review. *Encéphale* 2020, <http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.005> [in press].
- [6] Lefevre J, Guinchat V, Wachtel L, et al. Équipements de protection individuelle et outils de sécurisation alternatifs à la contention dans la prise en charge des troubles graves du comportement des personnes avec autisme et déficience intellectuelle (partie 1 : perspective des patients). *Neuropsychiatr Enf Adoles* 2018;66:443–59.
- [7] Lefevre J, Guinchat V, Wachtel L, et al. Équipements de protection individuelle et outils de sécurisation alternatifs à la contention dans la prise en charge des troubles graves du comportement des personnes avec autisme et déficience intellectuelle (partie 2 : perspective des soignants). *Neuropsychiatr Enf Adoles* 2018;66:460–7.
- [8] Suarez W, Ménagé G, Sainte-Marie M, et al. Analyse d'une épidémie à *Giardia intestinalis* en unité pédopsychiatrique de soins intensifs. *Techn Hosp* 2017;767:53–7.
- [9] Sutton D, Fuchs K, D'Alton M, et al. Universal screening for SARS-CoV-2 in women admitted for delivery. *New Eng J Med* 2020, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMc2009316>.
- [10] Guinchat V, Cravero C, Diaz L, et al. Acute behavioral crises in psychiatric inpatients with autism spectrum disorder (ASD): recognition of concomitant medical or non-ASD psychiatric conditions predicts enhanced improvement. *Res Dev Disabil* 2015;38:242–55, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ridd.2014.12.020>.
- [11] Nollace L, Cravero C, Abbou A, et al. Autism and COVID-19: a case series in a neurodevelopmental unit [submitted].
- [12] Narzisi A. Handle the autism spectrum condition during coronavirus (COVID-19) stay at home period: ten tips for helping parents and caregivers of young children. *Brain Sci* 2020;10(4), <http://dx.doi.org/10.3390/brainsci10040207> [pii: E207].
- [13] Gudbjartsson DF, Helgason A, Jonsson H, et al. Spread of SARS-CoV-2 in the Icelandic population. *New Eng J Med* 2020, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa2006100>.
- [14] He X, Lau EHY, Wu P, et al. Temporal dynamics in viral shedding and transmissibility of COVID-19. *Nat Med* 2020, <http://dx.doi.org/10.1038/s41591-020-0869-5>.
- [15] Zimmermann P, Curtis N. Coronavirus infections in children including COVID-19: an overview of the epidemiology, clinical features, diagnosis, treatment and prevention options in children. *Pediatr Infect Dis J* 2020;39(5):355–68, <http://dx.doi.org/10.1097/INF.0000000000002660>.
- [16] Danis K, Epaulard O, Bénét T, et al. Cluster of coronavirus disease 2019 (Covid-19) in the French Alps, 2020. *Clin Infect Dis* 2020, <http://dx.doi.org/10.1093/cid/ciaa424> [pii: ciaa424].
- [17] National Center for Immunization Research, Surveillance–NCIRS. COVID-19 in schools: the experience of NWS. April 2020 Report; 2020 http://www.ncirs.org.au/sites/default/files/2020-04/NCIRS%20NSW%20Schools%20COVID_Summary_FINAL%20public_26%20April%202020.pdf.
- [18] Brooks SK, Webster RK, Smith LE, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet* 2020;395(10227):912–20, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8).
- [19] Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *Lancet Psychiatry* 2020, [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1) [pii: S2215-0366(20)30168-1].
- [20] Cortese S, Asherson P, Sonuga-Barke E, et al. ADHD management during the COVID-19 pandemic: guidance from the European ADHD Guidelines Group. *Lancet Child Adolesc Health* 2020, [http://dx.doi.org/10.1016/s2352-4642\(20\)30110-3](http://dx.doi.org/10.1016/s2352-4642(20)30110-3).
- [21] Viaux S, Maurice P, Cohen D, et al. Giving birth under lockdown during the COVID-19 epidemic. *J Gyn Obstet Hum Reprod* 2020, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jogoh.2020.101785> (in press).
- [22] Viner RM, Russell SJ, Croker H, et al. School closure and management practices during coronavirus outbreaks including COVID-19: a rapid systematic review. *Lancet Child Adolesc Health* 2020;4(5):397–404.