

EXAMEN RAPIDE

Le 11 janvier 2021

Mesures communautaires de santé publique pendant la pandémie de COVID-19 : répercussions négatives sur les enfants, les adolescents et les familles — mise à jour

Qu'y a-t-il de nouveau dans cette mise à jour?

- La présente mise à jour est exclusivement axée sur les études publiées entre mai et octobre 2020, pendant la pandémie de la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19).
- Nous avons élargi nos critères d'inclusion afin d'intégrer les données probantes sur les répercussions négatives chez les adolescents, y compris les populations prioritaires de la communauté LGBTQ+, les enfants handicapés ainsi que les troubles préexistants comme les comorbidités et les problèmes de santé mentale.
- Nous avons organisé les conclusions par type de résultats plutôt que par type de mesure de santé publique (p. ex., fermeture d'écoles, recommandations de rester à la maison). La réponse mondiale à la COVID-19 dépend de la situation épidémiologique de COVID-19 propre à chaque pays ou région; aussi avons-nous mentionné la zone visée par l'étude au lieu de la mesure de santé publique précisément adoptée.

Principales conclusions

- Le comportement et la santé mentale des enfants ont subi les répercussions négatives des mesures de santé publique instaurées pour contrer la COVID-19. Les jeunes enfants et les adolescents ont été touchés différemment. Les parents de jeunes enfants ont indiqué une multiplication des troubles de comportement, d'hyperactivité et de conduite. De leur côté, les adolescents ont été plus susceptibles de présenter davantage de symptômes d'anxiété et de dépression, d'avoir plus d'idées suicidaires et, pour ceux qui déclarent consommer de l'alcool, d'en boire plus souvent et en plus grande quantité.
- Le stress parental a servi de médiateur dans la corrélation entre l'exposition aux mesures de santé publique contre la COVID-19 et les effets négatifs chez les enfants. Le niveau de stress que les parents ont ressenti en raison de la pandémie de COVID-19 peut exacerber ou atténuer les problèmes de comportement ou de santé mentale chez les enfants.
- Parmi les autres conséquences négatives de la pandémie sur les enfants, mentionnons les comportements de mouvement, tels que diminution de l'activité physique, augmentation de la sédentarité et du temps passé devant un écran; accroissement de l'insécurité alimentaire;

baisse des résultats scolaires; hausse des blessures à domicile et du nombre de mauvais traitements d'enfants signalés.

- L'utilisation des soins de santé tertiaires des services de santé (visites aux services d'urgence et hospitalisations) a considérablement diminué au cours des premiers mois de la pandémie. En revanche, l'on a rapporté une augmentation de la gravité des maladies et une multiplication des visites pour raisons de santé mentale au cours des dernières semaines de la pandémie. Il se peut que certains parents aient retardé la demande de soins pour leurs enfants par crainte d'attraper la COVID-19 à l'hôpital.
- Bien que le présent examen ait permis de dégager de nombreuses études pertinentes, ces dernières constituaient pour la plupart des échantillons de commodité. Les familles de différentes ethnies ou de communautés racisées, plus susceptibles d'éprouver de plus grandes inégalités sociales et sanitaires, que la pandémie risque d'aggraver, sont donc systématiquement sous-représentées.

Portée

- Santé publique Ontario (SPO) a apporté une mise à jour au précédent examen rapide des répercussions négatives que peuvent avoir sur les jeunes enfants et les familles les mesures communautaires de santé publique instaurées en situation de pandémie.¹ De telles mesures visent à contrer la propagation de la maladie en période de pandémie, en l'absence de solution pharmaceutique comme un traitement antiviral ou un vaccin efficace.
- À l'échelle communautaire, les mesures comprennent la distanciation physique, la fermeture des écoles et des services de garde d'enfants, la fermeture des lieux de travail et une restriction des rassemblements.² Le présent examen recense et synthétise les études publiées durant la pandémie de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19), entre mai et octobre 2020.
- Le présent examen porte sur les études se concentrant spécifiquement sur les conséquences affectant les enfants, les adolescents et les familles et pourra servir de ressource aux responsables locaux et provinciaux. Il est toutefois à noter qu'il n'a pas pour objectif de présenter des pistes de solutions.
- La question de recherche est la suivante : *Quelles sont les répercussions négatives des mesures de santé publique mises en place pour contrer la pandémie de COVID-19 sur la santé et le bien-être des enfants, des adolescents et des familles?*

Contexte

Les répercussions de la pandémie de COVID 19 sur la santé et le bien-être de toutes les populations ne cessent de s'étendre. Au Canada, des mesures communautaires de santé publique ont été largement mises en œuvre depuis mars 2020 afin de réduire la morbidité et la mortalité attribuables à la COVID-19 et de soutenir la capacité du réseau de santé.² Il convient néanmoins d'appréhender les conséquences imprévues des mesures de santé publique, y compris pour certaines populations, afin d'éclairer les dispositions d'atténuation et de lutte contre la pandémie, ainsi que la reprise qui suivra. Les travaux de recherche sur les répercussions des mesures de santé publique mises en œuvre pour limiter les infections à la COVID-19 ont été rapidement publiés. Les répercussions sur les enfants, les adolescents et les familles sont particulièrement préoccupantes, d'autant que les fermetures d'écoles imposées au

printemps 2020 se sont avérées les plus longues de toute l'histoire moderne. Qui plus est, les effets potentiellement négatifs, y compris le hiatus de scolarisation, le risque accru de maltraitance à l'égard des enfants ainsi que les problèmes de santé mentale éprouvés durant les années cruciales de l'enfance risquent d'avoir des effets irréversibles sur cette génération d'enfants.³

Au moment d'écrire ces lignes, des mesures communautaires de santé publique, y compris les recommandations ou injonctions de rester chez soi, le confinement, l'isolement à domicile, le télétravail et les fermetures d'écoles, sont instaurées à différents stades d'intensité partout en Ontario. Les régions où le nombre de cas quotidiens est élevé sont assujetties aux restrictions les plus strictes. Les écoles de l'Ontario ont rouvert à la mi-septembre tout en respectant différentes mesures d'atténuation supplémentaires imposées par la province et les conseils scolaires locaux (p. ex., port du masque, dépistage quotidien des symptômes, distanciation physique dans les couloirs et entrée échelonnée). Malgré ces mesures, un grand nombre de parents ont décidé de garder leurs enfants à la maison et de privilégier l'enseignement virtuel ou en ligne.⁴

Alors que nous traversons cette pandémie, il importe de comprendre la façon dont les communautés composent non seulement avec les conséquences des infections à la COVID-19, mais aussi avec les répercussions et le fardeau des mesures de santé publique appliquées. Cela permettra d'orienter la planification des stratégies d'atténuation ou les approches de mise en œuvre ou de priorisation des mesures, en lien avec les conséquences imprévues. La présente mise à jour examine les études les plus récentes des journaux jugés par un comité de lecture, les prépublications et autres documents de la littérature grise abordant les répercussions négatives des mesures communautaires de santé publique attribuables à la pandémie de COVID-19 sur les enfants, les adolescents et les familles.

Méthodologie

- Un examen rapide a été réalisé dans le but de synthétiser les données de recherche primaires sur les répercussions négatives sur la santé et le bien-être des jeunes enfants, des adolescents et des familles entraînées par les mesures communautaires de santé publique mises en œuvre pour lutter contre la pandémie de COVID-19. Un examen rapide est un type de synthèse des connaissances qui reprend les étapes d'une revue systématique, mais en les adaptant pour respecter des délais plus courts. Un examen rapide permet de répondre au même type de questions qu'une revue systématique. En l'occurrence, l'examen rapide représentait la meilleure façon de couvrir les données des travaux de recherche les plus récents.
- Les données ont été recueillies en menant des recherches exhaustives d'articles jugés par un comité de lecture, entre mai 2020 et octobre 2020. Les services de bibliothèque de SPO ont effectué des recherches dans les bases de données électroniques MEDLINE, Embase, PsycINFO, CINAHL, SocINDEX, et CHILD DEVELOPMENT & ADOLESCENT STUDIES, avec différentes combinaisons de termes d'indexation et de mots clés. Les résultats ont été regroupés et les doublons éliminés. L'annexe A présente la stratégie de recherche.
- Une recherche a également été réalisée sur Internet à l'aide de mots clés qui reprenaient des termes de recherche utilisés dans des bases de données bibliographiques afin de repérer des rapports pertinents de la littérature grise. Pour ce faire, nous nous sommes servi des outils de recherche suivants : Google, l'outil de recherche personnalisé Google de la bibliothèque du Centre for Addiction and Mental Health, ainsi que des moteurs de recherche personnalisés d'organisations internationales de santé publique.

- Pour être inclus dans le présent examen, les articles à comité de lecture et de littérature grise devaient traiter des répercussions négatives des mesures communautaires de santé publique de lutte contre la pandémie de COVID-19 sur la santé et le bien-être des enfants, des adolescents et des familles. Ont été exclus les articles qui ne traitaient pas des enfants ou des parents d'enfants de 18 ans et moins ou qui n'abordaient pas les conséquences indirectes, sur la santé et le bien-être des individus, des mesures de santé publique de lutte contre la COVID-19, de même que les revues sans méthodologie explicite, les commentaires, les lettres à l'éditeur, les éditoriaux et les résumés de conférences.
- Pour décider du corpus, le personnel de SPO a d'abord parcouru les titres et les résumés, puis l'intégralité de tous les articles. Le travail de vérification des titres, des résumés, puis des textes complets a été divisé entre les auteurs, et les textes complets choisis l'ont été par consensus.
- Pour chaque article retenu, les données pertinentes ont été dégagées et résumées. Le résultat a été révisé par des membres du personnel médical et scientifique de SPO participant à la stratégie de lutte à la COVID-19.

Résultats

La recherche en base de données de bibliothèque a permis de recenser 846 articles, parmi lesquels 36 répondaient aux critères. Vingt articles, dont des prépublications, ont en outre été extraits de Google Scholar. Au total, 56 études provenant de bases de données d'articles à comité de lecture et de prépublications ont été incluses. La recherche dans la littérature a également permis de dégager sept politiques et rapports pertinents.⁵⁻¹¹ Ces études se sont penchées sur sept types de résultats principaux : le bien-être et la santé mentale des enfants (y compris la maltraitance à l'égard des enfants et la consommation d'alcool ou de drogue), le rôle parental et la santé mentale des parents, la nutrition et l'insécurité alimentaire, les comportements de mouvement, l'éducation, les blessures et le recours aux services de santé.

Ces 56 études proviennent essentiellement des États-Unis, du Canada, de Chine, d'Italie, d'Espagne, de France, du Royaume-Uni, d'Israël, d'Allemagne et de Norvège. L'examen comprend aussi des études menées en Pologne, aux Pays-Bas, en Bosnie-Herzégovine, en Turquie, à Singapour, au Japon, en Argentine, au Brésil, en Colombie, au Chili et au Bangladesh. Toutes ces études sont observationnelles : 36 études sont transversales et deux transversales récurrentes; 5 sont des cohortes longitudinales; 6 sont descriptives; 3 sont des examens; 1 est une série de cas; 2 sont des méthodes mixtes; et 1 est qualitative. Même s'il s'agit principalement d'études transversales, bon nombre d'entre elles utilisent des outils validés pour mesurer les symptômes de l'anxiété, de la dépression et des comportements des enfants, y compris l'échelle de dépression du Center for Epidemiologic Studies (CES-D), l'échelle révisée de l'anxiété et de la dépression chez les enfants (RCADS, pour *Revised Child Anxiety and Depression Scale*), les inventaires des situations et des traits d'anxiété (STAI-S, pour *State and Trait Anxiety Inventories*), et le Questionnaire Points forts — Points faibles (SDQ pour *Strengths and Difficulties*). Les études examinant l'utilisation des services de santé ont analysé les bases de données de l'administration de la santé afin de mesurer l'évolution des taux de visites aux urgences et d'hospitalisations des années précédentes, jusqu'en 2020. Bien qu'elles reposent sur des échantillons plus vastes, ces études ne contiennent pas de niveau de granularité suffisant pour déterminer les changements observés dans les taux de visites aux urgences ou d'hospitalisations.

Bien-être et santé mentale des enfants

La recherche de la littérature a permis de répertorier 23 études primaires¹²⁻³⁴ et 3 revues³⁵⁻³⁷ décrivant les conséquences de la pandémie de COVID-19 sur la santé mentale des enfants et des adolescents (voir tableau 1). La majorité de ces travaux sont des enquêtes transversales en ligne menées lors de la première vague de la pandémie (entre mars et mai 2020). Huit d'entre eux sont consacrés aux adolescents et 13 incluent les parents d'enfants d'âge préscolaire et scolaire de l'ensemble de la population. Quatre études comprennent des populations spécifiques comme les enfants souffrant d'obésité grave,¹² d'un handicap physique,¹³ du trouble du spectre de l'autisme (TSA)^{14,37} et de troubles d'apprentissage.³⁷ Une étude examine la santé mentale chez une population d'adolescents s'identifiant comme LGBTQ+.¹⁷ Parmi les conséquences en matière de santé mentale et de bien-être des enfants relevées, mentionnons : symptômes d'anxiété et de dépression; état général de bien-être et de santé mentale; comportement (p. ex., troubles de conduite, troubles affectifs et hyperactivité); symptômes de stress post-traumatique (SSPT); effets suicidaires; toxicomanie; et maltraitance à l'égard des enfants.

SYMPTÔMES D'ANXIÉTÉ ET DE DÉPRESSION, SSPT ET CONSÉQUENCES GÉNÉRALES SUR LA SANTÉ MENTALE

Huit études et trois revues ont traité de la prévalence ou de l'évolution des symptômes d'anxiété et de dépression chez les adolescents et de leur santé mentale en général pendant la pandémie.^{12,17-20,22,30,31,36,37} Au Brésil, selon les estimations, la prévalence de l'anxiété oscille entre 19,4 % chez les enfants (âge moyen de 9 ans)¹⁸ et 32 % chez les adolescents souffrant d'obésité grave et affichant des niveaux d'anxiété accrus en lien avec la COVID-19.¹² En outre, 32 % des enfants et adolescents interrogés dans le cadre d'une enquête canadienne se sont dit plus inquiets pendant la pandémie,⁷ et 32 % des enfants et des adolescents sondés au Royaume-Uni ont déclaré que les mesures de santé publique mises en œuvre durant la pandémie avaient aggravé leur santé mentale.¹⁰ Parmi les facteurs de risque d'amplification des niveaux d'anxiété figuraient : exposition aux informations et aux nouvelles à la télévision;²² parents qualifiés de travailleurs essentiels; mise en isolement ou en quarantaine sans ses parents; cohabitation avec un plus grand nombre de personnes; et faible niveau de scolarité d'un parent ou des deux.¹⁸ Des expériences négatives remontant à l'enfance laissaient prévoir des symptômes d'anxiété et de SSPT accrus;²⁰ quant aux personnes ayant été aiguillées vers des services psychiatriques par le passé, elles étaient plus susceptibles de présenter des symptômes d'anxiété.²² Les adolescents s'identifiant comme LGBTQ+ ont déclaré se sentir anxieux et incertains au sujet de la fermeture des écoles, en particulier ceux qui étaient « coincés à la maison avec des parents qui ne les soutiennent pas ». ¹⁷ Ceux qui n'avaient révélé leur identité LGBTQ+ qu'à l'école se disaient tristes d'avoir perdu un « espace sécuritaire » et un accès aux amis et aux alliances de genre et de sexualité.¹⁷

Trois études ont évalué les symptômes de dépression chez les enfants en âge scolaire et les adolescents pendant la période de confinement en réponse à la COVID-19.^{19,30,31} D'après Zhang et coll., les symptômes de dépression ont considérablement augmenté (24,9 % c. 18,5 %; rapport des cotes ajusté [aOR] = 1,50 [95 % IC, 1,18-1,90]; $P = 0,001$) entre la période ayant précédé la COVID et celle du confinement en Chine.³¹ Dans leur étude, Gotlib et coll. ont relevé que leurs échantillons d'adolescents avaient manifesté des taux de stress et de dépression élevés pendant la pandémie de COVID-19. Ils ont également découvert que l'importance du stress dans la petite enfance laissait présager la gravité considérable des taux de stress ($r[106] = 0,35, p < ,001$) et de dépression ($r[107] = 0,26, p = ,006$) ressentis pendant la COVID-19.¹⁹ De leur côté, Yeasmin et coll. ont mesuré trois éléments de construction de la santé mentale : la dépression, l'anxiété et les troubles du sommeil et ont regroupé les enfants en 4 grappes de cas (sous le seuil, léger, modéré et grave). Dans cette étude, 30,5 % des enfants présentaient des troubles légers, 19,3 % des troubles modérés et 7,2 % des troubles graves.³⁰

Trois des études incluses se sont penchées sur le bien-être des enfants et leur santé mentale en général pendant la pandémie de COVID-19.³⁵⁻³⁷ Dans l'ensemble, les auteurs de ces trois études ont conclu que la pandémie avait eu des effets globalement négatifs sur le bien-être et la santé mentale des enfants et des adolescents; en revanche, l'envergure et le degré de ces répercussions sont très variés. Singh et coll. ont écrit : « Il ressort de ces études que la nature et la portée de ces répercussions dépendent de plusieurs facteurs de vulnérabilité tels que : l'âge du développement; le niveau de scolarité; l'état de santé mentale préexistant; l'appartenance à une famille économiquement démunie; le placement en quarantaine en raison ou par crainte d'une infection. »³⁷

COMPORTEMENT DES ENFANTS

Quatre études ont évalué le comportement des enfants en bas âge et en âge scolaire à l'aide du Questionnaire Points forts – Points faibles, qui comporte trois sous-échelles validées : troubles de conduite, troubles d'hyperactivité et d'inattention et troubles affectifs.^{15,23,24,27} En Espagne, 30 à 40 % des enfants ont présenté plus de troubles de comportement (c.-à-d. troubles de conduite, troubles affectifs, hyperactivité) pendant les périodes de confinement qu'avant la COVID-19.²⁷ De même, selon des données de l'Ontario, 40 % des parents ont déclaré que le comportement ou l'humeur de leurs enfants s'était détérioré.⁶ Dans deux études, les enfants plus jeunes étaient aux prises avec des problèmes de comportement et de santé mentale pires que les enfants plus âgés.^{15,25} Une étude a examiné les conséquences de la COVID-19 sur le comportement des enfants (âge moyen de 13 ans) atteints de troubles du spectre de l'autisme. Les parents ont déclaré que l'intensité et la fréquence des problèmes sociaux de leur enfant avaient augmenté de 35,5 % et de 41,5 %, respectivement, par rapport à avant la COVID-19.¹⁴ La plupart de ces études ont examiné les effets indirects des mesures d'atténuation de la COVID-19 sur le comportement des enfants, au moyen de la médiation par le stress parental. Ces études sont abordées plus en détail dans la section Conséquences sur le parentage.

SUICIDE, IDÉES SUICIDAIRES ET AUTOMUTILATION

Trois études ont évalué les problèmes de santé mentale liés au suicide.^{21,31,35} Des étudiants chinois faisant partie d'une étude de cohorte longitudinale en cours (N = 1241, âge moyen = 12,6 ans) ont signalé une hausse marquée des symptômes de dépression (24,9 %), des automutilations non suicidaires (42,0 %), des idées suicidaires (29,7 %), des intentions de se suicider (14,6 %) et des tentatives de suicide (6,4 %) à la mi-mai 2020, par rapport à novembre 2019.³¹ Au Japon, le taux de suicide n'a pas beaucoup changé pendant la fermeture des écoles entre mars et mai, comparativement à la même période en 2018-19 (rapport des taux d'incidence [RTI] = 1,15, 95 % d'intervalle de confiance [IC] : 0,81-1,64). En revanche, le nombre de suicides semble avoir baissé en 2020 par rapport à 2019, bien que l'on ait observé une hausse du taux de suicide entre mars et mai 2020 (RTI = 1,34, 95 % IC : 1,01-1,78).²¹ Loades et coll. ont également relevé dans trois de leurs études précédentes des corrélations positives entre l'isolement social ou la solitude et les idées suicidaires ou l'automutilation.³⁵

MALTRAITANCE À L'ÉGARD DES ENFANTS

Une étude menée aux États-Unis a examiné des facteurs associés au risque de maltraitance ou de négligence envers les enfants pendant la pandémie de COVID-19.³⁴ Des échantillons communautaires de parents américains (N = 342, 62 % de mères) d'enfants âgés de 4 à 10 ans ont signalé avoir perdu leur emploi, souffert de dépression, été mêlés à un conflit à la maison et fait un recadrage cognitif entre la mi-avril et la mi-mai 2020. Cette étude a découvert que les parents qui avaient perdu leur emploi (RC = 4,86, 95 % IC [1,19, 19,91], p = 0,03) étaient plus déprimés (RC = 1,05, 95 % IC [1,02, 1,08], p < 0,01) ou

infligé de mauvais traitements psychologiques à leurs enfants dans le passé (RC = 111,94, 95 % IC [28,54, 439,01], $p < ,001$), étaient beaucoup susceptibles d'avoir recours aux violences psychologiques pendant la pandémie. Au total, 72,1 % des parents ayant perdu leur emploi ($n = 43$), reconnaissent avoir fait subir des violences psychologiques à leur enfant pendant la pandémie.³⁴ Cette étude a porté sur un échantillon de parents issus de communautés et l'on ne sait pas s'il est possible d'appliquer ces résultats à l'ensemble de la population.

Une deuxième étude menée aux États-Unis s'est intéressée aux conséquences de la fermeture des écoles sur la signalisation des cas de maltraitance envers les enfants pendant la pandémie de COVID-19.³³ Elle a noté une baisse de 27 % des signalements d'allégations de mauvais traitements envers les enfants en mars et avril 2020, en raison de la fermeture des écoles. Ces résultats sont conformes à des travaux de recherche qui ont été menés antérieurement au Canada et jugent que les écoles permettaient de détecter 33 % des incidents corroborés de violence envers les enfants.³⁸ C'est en Floride, dans des comtés où un plus grand nombre d'employés sont formés pour repérer et dénoncer les violences faites aux enfants, que l'on signale la plus forte baisse d'allégations. Ces résultats confortent la conclusion des auteurs, à savoir que la diminution du nombre d'allégations s'explique probablement par la fermeture des écoles.³³

TOXICOMANIE

Une étude menée au Canada a permis de mesurer l'évolution de l'absorption de substances psychoactives chez les adolescents avant et pendant la COVID-19 (données colligées entre le 4 et le 13 avril 2020).¹⁶ La proportion d'adolescents buvant de l'alcool n'a pas changé de manière significative. La consommation excessive d'alcool a reculé, passant de 15,7 % à 9,8 % ($p < 0,01$), tout comme le vapotage (tombant de 16,6 % à 11,5 % $p < 0,01$), et ce, chez tous les adolescents. L'usage de cannabis affiche une baisse nette de 3 % seulement chez les femmes (passant de 16,4 % à 13,4 %, $p < 0,01$). Par contre, les personnes qui ont déclaré avoir consommé de l'alcool et du cannabis en ont augmenté la fréquence. Au total, 49,3 % des adolescents ont indiqué avoir pris des substances psychoactives alors qu'ils étaient seuls, 23,6 % tout en étant physiquement avec des amis (en personne), 31,6 % alors qu'ils discutaient virtuellement avec des amis et 42,0 % en ont consommé (surtout de l'alcool), en compagnie de leurs parents. Bien que les hommes n'aient signalé aucun changement significatif dans la proportion ou la fréquence de leur consommation de substances psychoactives avant et après le confinement lié à la COVID-19, comparativement aux femmes, ils étaient beaucoup plus susceptibles d'en prendre seuls et en présence d'amis, pendant la pandémie. Les adolescents qui éprouvaient plus de craintes de la COVID-19 et plus de symptômes de dépression consommaient beaucoup plus probablement ces substances seuls.¹⁶

Rôle, stress, bien-être et santé mentale des parents

Dix études à comité de lecture^{13,15,23,25,27,32,34,39-41} et deux rapports^{6,8} ont porté sur l'incidence des mesures de santé publique liées la COVID-19 sur les conséquences associées aux parents, y compris les pratiques parentales (sévères, ciblées, apaisantes, structurées, évitantes), les rapports parent-enfant, le stress individuel ou parental, la santé mentale des parents (symptômes d'anxiété ou de dépression), la résilience et la dynamique familiale. De nombreuses études se sont penchées sur le bien-être et la santé mentale des enfants et des parents et sur les différentes corrélations entre les facteurs parents-enfants. Toutes ces études ont révélé que des facteurs propres aux parents, comme le stress, la résilience et l'anxiété, sont largement associés à la santé mentale et au comportement d'un enfant dans un sens aussi bien positif que négatif. Ces études sont abordées plus en détail dans le tableau 2.

Un rapport descriptif de l'Offord Centre for Child Studies et de l'Université McMaster s'est intéressé au bien-être et à la santé mentale des parents de l'Ontario en mai et juin 2020. Dans l'ensemble, 1 parent ou aidant sur 3 a ressenti une anxiété allant de modérée à sévère et près de 60 % d'entre eux a présenté des symptômes correspondant aux critères de la dépression.⁶ Les parents ont aussi manifesté des difficultés à gérer le comportement de leurs enfants (31 %), ainsi que l'anxiété et la dépression de ces derniers (48 %). L'on a également observé un dysfonctionnement familial chez 21 % des parents qui déclaraient avoir eu de longues disputes avec leurs enfants et 49 % qui disaient avoir davantage de conflits avec leur conjoint ou conjointe.⁶ Aux États-Unis, il est ressorti des données recueillies par la Fondation de la Famille Kaiser que 59 % des femmes et 49 % des hommes ayant des enfants de moins de 18 ans ont fait allusion aux répercussions négatives du stress et des craintes liées à la COVID-19 sur leur santé mentale.⁸ Dans une autre étude menée aux États-Unis, les mères célibataires ont montré des taux plus élevés de détérioration de leur santé mentale.²⁵

Quatre études ont mentionné le stress ressenti par les parents pendant la pandémie de COVID-19.^{27,32,39,40} Les facteurs de stress cumulatif liés à la COVID-19 (p. ex., la perte d'un emploi ou d'un revenu ou l'incapacité de satisfaire les besoins de la famille) étaient largement associés au stress,³⁹ à la détresse²⁷ ou au stress parental ressenti.⁴⁰ Les symptômes d'anxiété et de dépression des parents étaient aussi largement associés au stress ou à la détresse éprouvés.^{27,39} Deux études n'ont toutefois établi aucun rapport significatif entre les répercussions directes des risques liés à la COVID-19 ou à la quarantaine et des problèmes de santé mentale chez un enfant,³² des relations parent-enfant ou un style de parentage sévère.⁴⁰ Cela dit, le stress parental était largement associé à des pratiques de parentage sévères et à de mauvaises relations parent-enfant,⁴⁰ ainsi qu'à des troubles comportementaux et affectifs chez l'enfant.³² Gunther-Bel et coll. ont montré une association marquée entre les mesures de confinement liées à la COVID-19 en Espagne et l'anxiété situationnelle chez les parents; par ailleurs, Spinelli et coll. ont noté une grande corrélation entre, d'une part, la perception individuelle du risque de COVID-19 et le niveau de stress parental et d'autre part, le bien-être des enfants.^{32,41} L'anxiété des parents est associée positivement aux pratiques de parentage apaisantes et évitantes, alors que les symptômes de dépression des parents sont associés négativement au parentage apaisant.²⁷ Cependant, Romero et coll. ont expliqué que « les résultats montrent un effet indirect de l'anxiété sur le parentage structuré, sur lequel la détresse des parents joue un rôle totalement médiateur. De même, la détresse parentale joue un rôle totalement médiateur sur l'effet des symptômes de dépression sur le parentage ciblé et structuré. »²⁷ Brown et coll. ont rapporté une grande corroboration entre d'une part, le soutien parental et la perception d'un contrôle de la pandémie de COVID-19 et d'autre part, la diminution du stress perçu.³⁹ En règle générale, le stress parental joue un rôle médiateur dans l'association entre les mesures liées à la pandémie de COVID-19 et leurs conséquences sur les parents et les enfants.

Deux analyses transversales ont été effectuées à partir de l'étude espagnole sur les effets du confinement sur les enfants et les familles (*Confinement Effects on Families and Children* - CONFIA-20), et permis de mesurer les facteurs liés aux parents associés aux conséquences pour les enfants.^{15,27} Dans la première étude, des enfants d'âge préscolaire dont les parents ressentaient du stress et une réaction émotionnelle à la crise de la COVID-19 présentaient davantage de troubles de conduite et d'hyperactivité que les enfants d'âge scolaire.²⁷ Toutefois, cette étude a également indiqué que certaines pratiques parentales positives (p. ex., parentage ciblé) avaient une association positive sur les troubles affectifs de l'enfant. De même, Dominguez et coll. ont mentionné une plus grande crainte de l'avenir perçue chez les parents, ce qui laissait prévoir des problèmes comportementaux et affectifs beaucoup plus marqués chez les enfants lorsque ceux-ci témoignaient d'une adaptation désengagée.¹⁵ Enfin, Cacioppo et coll. ont relevé que 81 % des parents d'un enfant handicapé avaient besoin de

davantage de soutien parental, 46 % avaient besoin de plus d'interaction sociale et 60 % affirmaient nécessiter un accompagnement humain et un soutien psychologique et scolaire.¹³

Nutrition et sécurité alimentaire

Au total, cinq études incluses ont examiné la nutrition et la sécurité alimentaire (voir tableau 3). Quatre études ont évalué la prévalence de l'insécurité alimentaire des ménages.^{25,42-44} Deux études ayant mesuré l'évolution de l'insécurité alimentaire avant et après la pandémie de COVID-19 ont relevé des hausses sensibles chez les ménages avec enfants.^{25,42} Le pourcentage de sécurité alimentaire faible et très faible est passé de 14,1 % en 2017 à 20,12 % en 2020 (la sécurité alimentaire marginale n'est pas prise en compte) d'après un sondage non représentatif d'Américains utilisant les questions sur la sécurité alimentaire du Département de l'Agriculture des États-Unis (USDA).⁴² Les auteurs ont noté une proportion de sécurité alimentaire faible et très faible plus élevée chez les ménages (avec ou sans enfant) dont au moins un membre avait perdu son emploi ou s'attendait à gagner moins d'argent en 2020 que chez ceux qui ne signalaient aucun changement de revenu.⁴² D'après Patrick et coll., la prévalence de l'insécurité alimentaire légère, modérée ou grave est passée de 32,6 % à 36,0 % selon un sondage américain dans lequel les parents ayant des enfants de moins de 18 ans font état de changements depuis la période précédant la pandémie COVID-19 (mars 2020).²⁵ Au Canada, 4,5 % des pères et 8,5 % des femmes inscrits à l'étude Guelph sur la santé des familles ont dit craindre de manquer d'argent pour acheter de la nourriture au cours du mois antérieur et des six mois suivants.⁴³

Deux études ont mesuré l'évolution des habitudes alimentaires⁴³ et de l'apport alimentaire.⁴⁵ Dans l'étude Guelph sur la santé des familles, les habitudes alimentaires avaient semble-il changé chez 70 % des mères, 60 % des pères et 51 % des enfants, qui admettaient manger plus (57 % des mères, 46 % des pères et 42 % des enfants) et grignoter davantage (67 % des mères, 49 % des pères et 55 % des enfants). Seuls quelques 10 % des mères, des pères et des enfants affirmaient manger plus de plats prêts à manger ou à emporter.⁴³ Il est ressorti d'une étude transversale menée auprès de jeunes âgés de 10 à 19 ans en Espagne, en Italie, au Brésil, en Colombie et au Chili qu'ils consommaient beaucoup plus souvent d'aliments sucrés et frits (y compris des pommes de terre emballées) pendant le confinement en réponse à la COVID-19 qu'avant.⁴⁵ La proportion des répondants ayant consommé des aliments sucrés a bondi de 13,4 % à 20,8 %. L'ingestion de viande transformée n'est beaucoup plus fréquente que chez les garçons.⁴⁵ Les changements dans l'apport alimentaire signalés sont sujets à des biais de rappel et de désirabilité sociale. Les échantillons de l'enquête ne sont pas représentatifs; qui plus est, l'étude de Ruiz-Roso et coll. sur l'apport alimentaire chez les adolescents ne peut s'appliquer à la population canadienne.

Une seule étude menée auprès d'adolescents en Pologne s'est intéressée aux raisons des choix alimentaires et aux changements survenus depuis la pandémie de COVID-19.⁴⁴ La surveillance du poids (hypocalorique, faible teneur en lipides, aide à contrôler son poids) et la santé (à savoir, riche en vitamines et en minéraux, nutritif, haute teneur en protéines, teneur en fibres, bon pour la peau, les dents, les cheveux ou les ongles, ça me garde en santé), étaient jugées plus importantes, avant l'apparition de la COVID-19, alors que l'humeur (ça m'aide à me détendre, me remonte le moral, m'aide à y faire face, me tient éveillé, me fait du bien) et l'attrait sensoriel (ça sent bon, semble agréable, texture agréable, bon goût) l'étaient moins. Dans une analyse fondée sur le sexe, la santé ne revêtait pas plus d'importance chez les garçons, que ce soit avant l'apparition de la pandémie de COVID-19 ou pendant, contrairement au contrôle du poids. Les filles, en revanche, accordaient plus d'importance à la fois au contrôle du poids et à la santé.⁴⁴ Bien que l'on ait observé des changements statistiquement significatifs dans les motifs de choix alimentaires, leur signification clinique est inconnue.

Comportements de mouvement (activité physique, sédentarité, temps passé devant un écran, heures de sommeil)

La recherche a mis au jour sept études décrivant les comportements de mouvement, y compris l'activité physique, la sédentarité, le temps passé devant un écran et les heures de sommeil.^{13,46-51} Toutes conçues sur un modèle transversal, ces études visaient à sonder les adolescents et les parents de jeunes enfants au sujet des niveaux d'activité durant les mesures de santé publique en réponse à la pandémie. Ces études sont abordées plus en détail dans le tableau 4.

Deux études sont fondées sur des données tirées d'enfants canadiens âgés de 5 à 17 ans.^{49,50} L'une d'elles a précisé que parmi les enfants et les adolescents : 56 % avaient réduit leurs activités extérieures; 64 % avaient pratiqué moins d'activités physiques ou de sport en plein air; 53 % avaient fait moins de marche et de vélo; et 51 % avaient moins joué dehors en avril 2020. Par ailleurs, 53 % de ces enfants et adolescents avaient joué davantage à l'intérieur et 79 % d'entre eux avaient passé plus de temps devant un écran.⁴⁹ L'autre étude a remarqué que seuls 4,8 % (2,8 % des filles et 6,5 % des garçons) des enfants et 0,6 % des adolescents (0,8 % des filles et 0,5 % des garçons) respectaient les lignes directrices combinées sur les comportements de mouvement pendant les restrictions liées à la COVID-19.⁵⁰ Dans l'ensemble, les enfants et les adolescents faisaient moins d'activités physiques, passaient moins de temps dehors, dormaient davantage et passaient plus de temps devant un écran.⁵⁰ De même, il est ressorti d'une enquête canadienne que 53 % des enfants et des adolescents pratiquaient moins d'activité physique, 47 % sortaient moins d'une fois par jour, 83 % passaient plus de temps devant un écran, 31 % soulignaient une détérioration de la qualité de leur sommeil et 51 % admettaient dormir plus.⁷

Une étude s'est penchée sur les facteurs de risque, tels que l'influence des parents et le niveau d'activité physique chez les adolescents de Bosnie-Herzégovine.⁴⁸ Les auteurs ont noté une corrélation positive entre le niveau de scolarité des parents et l'activité physique. Cette conclusion a été confirmée par une étude canadienne soulignant la corrélation positive entre, d'une part, les encouragements et le soutien des parents, leur participation à l'activité physique et la possession d'un chien par la famille et, d'autre part, des comportements de mouvement sains.⁵⁰ Une autre étude menée auprès des adolescents de cinq pays (Brésil, Colombie, Espagne, Chili et Italie) a indiqué un bond de l'inactivité physique, qui est passée de 73 % à 79,5 % pendant le confinement.⁵¹ Aux États-Unis, une étude a révélé que les enfants âgés de 5 à 13 ans étaient restés assis en moyenne 91,1 minutes (écart-type = 109,2) lors des activités scolaires, 398,5 minutes (écart-type = 184,6) pendant les loisirs et 489,4 minutes (écart-type = 211,5) au total le jour précédent.⁴⁷ Cacioppo et coll. ont découvert que 44 % des enfants handicapés avaient cessé de faire des activités physiques et que 22 % avaient des difficultés à dormir.¹³

Deux études ont traité de la durée et de la qualité du sommeil pendant la pandémie de COVID-19.^{46,49} Dellagiula et coll. ont examiné la qualité et la durée du sommeil des enfants (âgés de 3 à 6 ans) entre la fin février et la fin mars et ont d'abord constaté une augmentation de la durée du sommeil, puis une stabilisation. De même, la qualité du sommeil et les habitudes au coucher avaient diminué dans les quinze premiers jours du mois, la tendance se stabilisant dans les quinze derniers jours du mois de confinement.⁴⁶ Dans l'une des études canadiennes, la durée du sommeil avait augmenté tandis que sa qualité avait quelque peu diminué.⁴⁹

Scolarisation

Deux études à comité de lecture et trois rapports dans la littérature grise ont évalué les résultats scolaires pendant la pandémie de COVID-19.^{52,53} Ces études sont abordées plus en détail dans le

tableau 5. Dans le cadre d'une enquête, les parents chinois étaient invités à se prononcer sur l'éducation préscolaire de leur enfant et à préciser le temps qu'ils consacraient à l'apprentissage en ligne par jour une fois qu'ils l'avaient adopté.⁵³ Dans l'ensemble, 84,6 % d'entre eux avaient passé moins de 30 minutes chaque fois qu'ils s'étaient connectés, 43,1 % avaient participé à l'apprentissage en ligne une fois par jour et 18,4 % l'avaient fait plusieurs fois par jour. Un faible pourcentage de parents estimait que l'apprentissage en ligne offrait un meilleur contenu (18,4 %), donnait de meilleurs résultats (11,0 %) et était plus efficace (12,6 %). Ils éprouvaient néanmoins des difficultés à la maison en raison du manque de discipline des enfants et s'inquiétaient du manque d'activités physiques et de problèmes de vision potentiels.⁵³ Bao et coll. ont réalisé une étude de modélisation en vérifiant la capacité de lecture des élèves de la maternelle durant les premiers mois de confinement liés à la pandémie. Le taux d'amélioration de la capacité de lecture chez les enfants de la maternelle était censée reculer de 66 % pendant la COVID-19, à savoir entre janvier et septembre 2020 (comparativement à la fréquentation régulière en personne).⁵³ Cela dit, l'étude de modélisation reposait sur des données d'études antérieures ayant mesuré la capacité de lecture des enfants pendant les mois d'été, alors qu'ils sont en vacances, et n'a pas tenu compte des gains potentiels que l'apprentissage en ligne leur avait permis d'obtenir.

Trois rapports tirés de la littérature grise ont évalué les résultats scolaires pendant les fermetures d'écoles.^{7,11,54} Un rapport publié par les Centres de contrôle des maladies et l'hôpital pour enfants de la Colombie-Britannique a analysé la littérature mondiale ainsi que les données de la Colombie-Britannique⁵⁴ sur les conséquences des fermetures d'écoles sur les enfants et les jeunes.⁵ Une majorité de familles colombo-britanniques (76,0 %) ont rapporté des troubles d'apprentissage pendant la fermeture des écoles. Ces effets risquent en outre d'exacerber les inégalités existantes en matière de développement cognitif et de littératie. En Colombie-Britannique, jusqu'à 30 % des familles ont déclaré qu'elles n'avaient accès à aucune technologie lorsque les écoles ont fermé, en mars.⁵ En outre, lors d'une enquête nationale menée au Canada par Maximum City, 44 % d'enfants et de jeunes ont mentionné une baisse de leur participation scolaire, 53 % ont dit consacrer moins de temps à leurs devoirs, 47 % ont vu leur stress scolaire augmenter et 39 % ont trouvé plus difficile de se concentrer pendant la fermeture des écoles.⁷ Par ailleurs, un document d'information du ministère de l'Éducation, des Compétences et de l'Emploi du gouvernement australien a précisé que l'enseignement à distance avait des effets négatifs sur les étudiants vulnérables sur le plan social et scolaire.¹¹ Dans ce rapport, 32 % des étudiants australiens dont le niveau était égal ou inférieur à un indicateur de capacité de lecture standard ont fait savoir qu'ils n'avaient pas de propre bureau ou de place pour étudier à la maison, comparativement à 16 % des étudiants dont la capacité de lecture était supérieure à l'indicateur.¹¹ La plupart des établissements d'enseignement ne disposaient pas de l'infrastructure adéquate pour soutenir l'enseignement à distance et bon nombre de professeurs n'avaient pas les compétences nécessaires pour gérer l'enseignement à distance et avaient besoin d'une aide supplémentaire. Tout comme en Colombie-Britannique, bien que la plupart des pays développés aient accès à Internet et aux technologies numériques, l'on observait toujours l'existence d'une « fracture numérique », les populations qui ont un faible statut économique ou vivent en milieu rural ayant moins accès à l'Internet et aux technologies.¹¹

Blessure

Deux études ont constaté des répercussions de la pandémie de COVID-19 sur les blessures signalées.^{55,56} Ces études sont abordées plus en détail dans le tableau 6. Claudet et coll. ont comparé le nombre de blessures survenues à la maison et traitées à l'hôpital, selon leurs types, pendant la période de quarantaine (du 17 mars au 19 avril 2020) aux données des années précédentes à la même période. Les

auteurs ont remarqué une hausse du nombre de blessures survenues à la maison et traitées à l'hôpital pendant la pandémie par rapport aux années antérieures (n = 684; 74 % contre 40 %), en particulier chez les enfants âgés de 2 à 5 ans. Dans la plupart des cas, il s'agissait de blessures causées par une chute, en particulier d'un trampoline ou d'un lit mezzanine, ou par un objet pointu ou tranchant. Toutes proportions gardées, les cas d'empoisonnement, de brûlure, d'ingestion ou d'inhalation d'un corps étranger et les admissions pour mauvais traitements soupçonnés ne différaient pas de ceux des années précédentes.⁵⁵ Kruchevsky et coll. ont comparé le nombre de brûlures survenues pendant la période de confinement liée à la COVID-19 (du 14 mars au 20 avril 2020) aux mêmes périodes de 2017 à 2019. Dans cette étude, le nombre total de patients et de patients victimes d'un traumatisme avait baissé pendant la période de confinement; en revanche, celui des cas pédiatriques n'avait pas diminué. Les enfants âgés de 2 à 5 ans affichaient une proportion plus élevée de brûlures, par rapport aux années antérieures (56,3 % c. 23,8 %), tout comme les patientes de tous les groupes d'âges pédiatriques (57,1 % c. 25 %).⁵⁶

Utilisation des services de santé

Deux conséquences principales sont ressorties des articles publiés au sujet des répercussions de la pandémie de COVID-19 sur l'utilisation des services de santé pédiatriques : sept études ont examiné l'utilisation des soins tertiaires (nombre de visites aux services d'urgence et d'hospitalisations),⁵⁷⁻⁶³ et sept études ont analysé les délais dans l'accès aux soins de santé ou aux services communautaires et à l'enfance.^{13,59,64-68} Ces études sont abordées plus en détail dans le tableau 7.

VISITES AUX SERVICES DES URGENCES PÉDIATRIQUES ET HOSPITALISATIONS

La plupart des études ayant analysé le nombre de visites aux services des urgences pédiatriques pendant la pandémie de COVID-19 ont souligné une baisse du nombre de visites; une étude a fait état d'une augmentation dans la proportion des visites, par rapport à 2019.⁶³ Le pourcentage de réduction oscillait entre 24,8 % (États-Unis)⁶² et 88 % (Argentine).⁶¹ Dans une étude menée par Chaiyachati et coll., le nombre moyen de visites quotidiennes aux services d'urgence s'est établi à 95 (\pm 16) en 2020 comparativement à 286 (\pm 42) en 2019 ($p < 0,001$).⁵⁸ Dopfer, Angoulvant et coll. ont mentionné des baisses similaires en 2020, avec une diminution de 63,8 % (de $26,8 \pm 1,5$ à $9,7 \pm 1$, $p = 0,005$) en Allemagne⁶⁰ et de 68 % (95 % IC : 55,8 % - 81,2 %) en France.⁵⁷ L'étude conduite par Leeb et coll. a observé, en revanche, que si le nombre de visites aux services d'urgence liées à la santé mentale a baissé de 43 % (149 055 c. 262 714), la proportion moyenne de visites aux services d'urgence liées à la santé mentale a bondi de 44 % (1 673/100 000 c. 1 161/100 000) entre mars et octobre 2020, par rapport à la même période en 2019.⁶³ Cette étude a également analysé les résultats par tranche d'âge : les visites aux services d'urgence liées à la santé mentale chez les enfants âgés de 5 à 11 ans ont bondi de 24 % et celles des enfants âgés de 12 à 17 ans de 31 %, comparativement à 2019. Le confinement lié à la COVID-19 et les fermetures d'école ont également été associées à une forte baisse (plus de 70 %) des maladies infectieuses déclarées, y compris des rhumes simples, des gastroentérites, des bronchiolites et des otites moyennes aiguës.⁵⁷

Des éléments ont indiqué que, si le nombre de visites aux services d'urgence pédiatriques a diminué pendant la période de confinement liée à la pandémie, il se peut que, comparativement aux années précédentes, le nombre d'enfants hospitalisés se soit accru. Une proportion plus élevée d'admissions à l'hôpital est ressortie de trois études, dont celles d'Isba et coll., de Chaiyachati et coll., et de Dopfer et coll., qui ont décelé un nombre d'admissions à l'hôpital pédiatrique beaucoup plus important en 2020, par rapport à 2019. Isba et coll. ont fait état d'une hausse de 26 % (SO = 1,26, 95 % IC : 1,08 - 1,46) et de 60 % (SO = 1,60, 95 % IC : 1,31-1,98) dans les taux d'admissions à l'hôpital au Royaume-Uni et aux États-Unis, respectivement. Chaiyachati et Dopfer, en se fondant sur des données des É.-U. et de l'Allemagne,

respectivement, ont noté des croissances similaires du nombre d'hospitalisations d'enfants : 22,4 % c. 18,5 % ($p < 0,001$) et 26,6 % c. 13,9 % ($p < 0,001$), relativement à 2019.^{58,60,62}

ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ ET AUX SERVICES COMMUNAUTAIRES

Sept études se sont penchées sur l'accès aux services de santé et aux services communautaires pendant la pandémie.^{13,59,64-68} Ashton et coll. ont sondé les centres de gastroentérologie pédiatrique s'occupant de patients atteints de la maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI) et remarqué que 10 à 75 % des sites avaient réduit l'accès à différents services par rapport aux données avant la COVID-19. Les délais dans les services de diagnostic peuvent retarder des traitements précoces importants pour les enfants.⁶⁴ Toutefois, ce résultat ne concordait pas avec ceux des autres études. Roland et coll. ont interrogé des parents d'enfants en visite aux urgences afin de vérifier si ces cas étaient dus à un délai dans la demande de soins. Ils ont constaté un faible taux de délais dénoncés et d'admissions à l'hôpital dans leur échantillon (à savoir, les données compilées pendant quinze jours, début mai).⁶⁵ Whaling et coll. se sont intéressés à l'accès aux services communautaires pendant la pandémie et ont vérifié le nombre de nouveaux dossiers de services pédiatriques de prévention ouverts à New York entre mars et mai 2020. Le nombre moyen de dossiers ouverts était inférieur à celui de la même période entre 2013 et 2019.⁶⁷ Le taux d'ouverture des nouveaux dossiers de prévention de la maltraitance à l'égard des enfants lors de la pandémie de COVID-19 était 179 % inférieur à celui qui prévalait avant la COVID-19 ($SO = -0,79$, $p < ,001$). Cacioppo et coll. ont relevé que, pendant la pandémie, 77 % des rendez-vous des enfants handicapés avaient été retardés ou annulés.¹³ Par ailleurs, les auteurs de l'étude Rodenberg, Danziger et coll. ont souligné sept cas dont le diagnostic de maladie pédiatrique avait été retardé en raison de la pandémie de COVID-19. À leurs dires, la COVID-19 s'est répercutée sur les soins et a aggravé l'état de ces sept patients.⁶⁶ Ces études ont postulé que les familles qui requièrent des services n'y ont pas accès au moment où elles en ont le plus besoin. Le présent examen n'a révélé aucune étude liée à des changements dans l'accès aux services de soins de santé primaires ou dans les taux de vaccination mis à part ce qui avait été communiqué au préalable.¹ Si l'on a noté une baisse marquée des taux de vaccination au cours des premiers mois de la pandémie, celle-ci s'est avérée beaucoup moins prononcée chez les enfants âgés de ≤ 24 mois.¹

Analyse

Le présent examen rapide a permis de recenser 56 études qui ont analysé les effets des mesures communautaires de santé publique liées à la COVID-19 sur la santé et le bien-être des enfants, des adolescents et des familles. De nombreuses répercussions négatives ont été repérées telles que : piètre santé mentale des parents et des enfants, violence envers les enfants, aggravation de l'insécurité alimentaire, baisse de l'activité physique et augmentation de la sédentarité et du temps passé devant un écran, risques de blessures accrus à la maison et accès réduit aux services de santé. Il existe une foule d'éléments étayant la santé mentale des enfants et des parents pendant la pandémie de COVID-19. Au demeurant, les conclusions de ces études sont préoccupantes d'autant que les enquêtes ont été menées au cours des premiers mois de la pandémie. Au moment du présent examen, plusieurs mesures communautaires de santé publique étaient appliquées depuis neuf mois. Malgré la réouverture des écoles en septembre, le milieu scolaire a changé, les activités parascolaires ont été annulées et les effets du stress en cas de crise s'accumulent. On peut s'attendre à ce que les répercussions sur la santé et le bien-être deviennent plus apparentes et s'aggravent avec le temps.⁶⁹

La principale conséquence mise en relief concerne la santé mentale des enfants. Au total, 23 études ont analysé différentes conséquences pour la santé mentale, y compris les symptômes d'anxiété et de dépression, le comportement des enfants, les idées suicidaires et la détresse psychologique générale.

Nous avons aussi pris en compte les études qui ont porté sur la santé mentale des parents et le stress lié aux mesures de santé publique en raison de la COVID-19. On a noté que, dans l'ensemble, la maîtrise des émotions et la santé mentale des parents sont fortement associées à la santé mentale et au stress de leur enfant,²⁸ et que les variables de la famille peuvent constituer un facteur de risque ou de protection pour les enfants. La majorité des études incluses ont déterminé que le stress parental perçu était un médiateur de la corrélation entre les stratégies d'atténuation de la COVID-19 et la santé mentale des enfants. Les enfants dont les parents manifestaient des niveaux de résilience élevés et des niveaux de stress parental faibles obtenaient de meilleurs résultats sur le plan de la santé mentale que ceux dont les parents avaient des niveaux de résilience faibles.²⁷ Alors que la pandémie se poursuit, des stratégies d'atténuation qui s'imposent consisteront à renforcer la résilience des parents et des enfants, à concevoir des tactiques pour réduire le stress des parents et à contribuer à promouvoir la santé mentale dans les écoles et les communautés.⁷⁰

La majorité des études ont fait état d'une baisse de l'activité physique durant les mesures de santé publique imposées en raison de la pandémie. Cela dit, il convient de noter que le niveau d'activité physique n'était déjà pas très élevé avant la pandémie, en particulier chez les adolescents. Les données de cinq pays ont révélé que 73 % des adolescents étaient déjà sédentaires avant la COVID-19⁵¹ et que, selon des données canadiennes, seuls 39 % des jeunes de 5 à 17 ans satisfaisaient aux niveaux d'activité physique recommandés.⁷¹ Aussi est-il d'autant plus important que les professionnels de la santé et de la santé publique appuient les efforts visant à promouvoir l'activité physique pendant la pandémie de COVID-19. Il existe d'ailleurs un lien bien établi entre les niveaux d'activité physique et la santé mentale; il est donc primordial de sortir dehors, de participer à des jeux libres et de faire de l'exercice. Comme l'a conclu l'un des auteurs : « ce qui est préoccupant sur le plan de la santé publique, c'est que ces changements de comportement à court terme en réponse à la COVID-19 risquent de devenir permanents. »⁴⁷

Le présent examen a mis à jour des changements dans la nutrition et les habitudes alimentaires qui ne sont pas nécessairement négatifs. Bien que l'insécurité alimentaire semble s'accroître à l'échelle de la population, certaines personnes ont amélioré leurs habitudes alimentaires en raison de leur exposition réduite aux restaurants et aux restaurants-minute. Les familles ont été plus nombreuses à manger à la maison, ensemble, et plus souvent, pendant la pandémie. Il n'empêche que certains aspects du confinement dû à la pandémie, comme les bouleversements de la routine, la consommation des médias, la préoccupation quant à l'apparence pendant les vidéoconférences et la détresse émotionnelle, peuvent multiplier les risques de troubles de l'alimentation⁷² et être aggravés par d'autres facettes du mal-être mental et de l'insécurité alimentaire.⁷³ Nous n'avons trouvé aucune étude établissant une association entre la perte d'accès à la nourriture et la fermeture d'écoles en raison de la COVID-19. Cependant, nous avons constaté, dans un examen précédent, que d'autres situations de pandémie ou de catastrophe pourraient entraîner de telles conséquences négatives. Des recherches sur l'ampleur de ces répercussions sont peut-être encore en cours.

Les mesures de santé publique adoptées pour enrayer la transmission du coronavirus ont aussi diminué les visites aux urgences pédiatriques et le taux d'hospitalisation global. Si, à première vue, ces diminutions semblent positives du point de vue de la santé de la population, les professionnels de la santé craignent néanmoins que la « corona-phobie » (c.-à-d., la peur d'être infecté par le coronavirus) n'incite les parents à reporter des demandes de soins pour leurs enfants malades ou autres soins de santé préventifs, comme la vaccination. Cet examen a relevé très peu d'éléments attestant que certains parents avaient tardé à demander des soins et ainsi entraîné une aggravation des maladies ou des hospitalisations.⁶⁶ Ces données concordent avec les travaux de recherche menés dans les services de

santé auprès d'autres tranches d'âge indiquant que les reports de dépistage, de diagnostic de cancer et de traitement risquaient d'aggraver la santé des populations d'adultes.

La baisse des taux de blessures, en particulier des traumatismes causés par un véhicule automobile ou la pratique d'une activité sportive, s'explique probablement par la réduction des expositions, bien que le nombre de blessures survenues à la maison, comme les chutes, ait augmenté. Pendant l'application des mesures de santé publique liées à la pandémie, les personnes et les enfants se sont livrées à moins d'activités extérieures et ont passé plus de temps à la maison, un changement qu'illustrent les types de blessures observés. Toutefois, les données des deux articles consacrés aux blessures sont fondées sur celles des services d'urgence et ne reflètent donc pas le fardeau réel des blessures durant le confinement dû à la COVID-19. Il serait fort probable que les parents n'aient pas porté leur(s) enfant(s) aux services d'urgence pendant la COVID, en particulier lors du confinement visé par ces deux études, à moins d'une blessure grave. Cela s'est traduit par une baisse générale des visites aux urgences pour les maladies courantes en pédiatrie d'autant que les parents étaient moins enclins à amener leurs enfants aux services d'urgence pour des raisons bénignes et que les nouvelles mesures de prévention individuelles (port de masque, distanciation physique) ont probablement encore réduit le nombre de maladies infectieuses fréquentes en pédiatrie.⁷⁴

Cet examen a permis de cerner de nombreuses études pertinentes; néanmoins, la plupart se sont fondées sur des sondages en ligne adressés à l'ensemble de la population de parents. Ces échantillons de commodité ont dressé un portrait général de la population, mais elles ont négligé certaines populations marginalisées pour des raisons d'accès aux plateformes en ligne ou d'adéquation linguistique ou culturelle des questions des enquêtes. Les familles habitant des quartiers à faible revenu ou racisés sont touchées de manière disproportionnée par la pandémie de COVID-19 et les mesures de santé publique imposées afin d'en enrayer la transmission. À titre d'exemple, les conséquences de l'enseignement à distance sur l'éducation étaient beaucoup plus profondes chez les enfants marginalisés sur le plan social et pédagogique et ont donc accentué le fossé entre les familles à faible revenu et celles à revenu élevé.¹¹ Les populations marginalisées ont besoin de couches de stratégies de prévention et d'atténuation supplémentaires pour corriger les inégalités sanitaires que la pandémie de COVID-19 a exacerbées.

Les recommandations incitant à rester à la maison ont eu des effets positifs, bien que ceux-ci sortent du cadre du présent examen, en particulier sur les habitudes alimentaires et la nutrition, ainsi que sur l'utilisation des services de santé, qui a chuté. Carroll et Ruiz-Roso ont observé des changements positifs dans les habitudes et les comportements alimentaires de certaines populations, qui, par exemple, ont passé plus de temps à cuisiner, préparé des repas elles-mêmes, mangé avec leurs enfants et associé plus souvent ces derniers à la préparation des repas, consommé plus régulièrement des fruits et des légumes et avalé moins de repas prêts-à-manger.^{43,45} Le fait de rester à la maison au lieu d'aller à l'école s'est avéré bénéfique chez certains enfants.⁷⁴ Ainsi, selon des données probantes d'Isumi et coll., le taux de suicide a baissé au cours des mois de la pandémie par rapport aux années précédentes, à la même période. Pour les auteurs, ce constat pourrait s'expliquer par le temps accru passé à la maison en compagnie des parents et, partant, la multiplication des occasions de dialogue.²¹

Limites et points forts

La majorité des travaux étaient des enquêtes transversales qui ont été menées en ligne et présentent généralement des données de faible qualité.⁷⁵ Mentionnons également la petite taille des échantillons et la généralisabilité. Bien que la plupart des données aient été rapportées par les parents, ce qui risque de générer un biais de désirabilité sociale, bon nombre de ces travaux ont utilisé des outils d'évaluation

validés, tels que CES-D et SDQ. Les échantillons des études menées en Europe, en Australie, aux États-Unis ou au Canada étaient majoritairement composés de familles caucasiennes au revenu et au niveau d'instruction élevés. Si les familles de différentes ethnies ou de communautés racialisées, qui sont plus susceptibles d'éprouver de plus grandes inégalités sociales et sanitaires, qui risquent d'empirer pendant la pandémie, sont systématiquement sous-représentées, ces résultats pourraient aboutir à des résultats biaisés à zéro.

En outre, la généralisabilité des conclusions de ces études sur l'insécurité alimentaire peut être limitée d'autant que l'emploi, le soutien du revenu et d'autres services sociaux, qui se répercutent sur l'insécurité alimentaire, varient selon les pays. De surcroît, les échantillons de ces enquêtes ne sont pas représentatifs des populations américaines et canadiennes puisque la plupart des répondants étaient blancs et touchaient des revenus plus élevés que les profils de la population nationale et pourraient entraîner une sous-évaluation de la prévalence et de l'incidence réelle de l'insécurité alimentaire. Dans cet examen, nous avons rejeté certaines études dans la mesure où le contexte lié à certaines conséquences (p. ex., la sécurité alimentaire) différait largement de celui de l'Ontario, par exemple en Inde et au Bangladesh.

Cet examen rapide a ses limites. En raison de contraintes de temps, aucun contrôle de la qualité n'a été effectué. De même, tous les résumés et les articles complets ont été examinés par trois évaluateurs, plutôt qu'au moins deux évaluateurs indépendants. Cependant, la décision finale quant à l'inclusion de documents intégraux a été prise par consensus des auteurs. Malgré ses limites, l'examen a aussi ses forces : Plusieurs bases de données ont été parcourues selon une stratégie de recherche définie et validée par les services de bibliothèque de SPO, parallèlement à une recherche dans la littérature grise.

Conclusion

Depuis notre premier examen, en mai 2020, de nombreuses études ont été publiées sur les multiples répercussions négatives des mesures de santé publique mises en place à l'occasion de la pandémie de COVID-19 sur les enfants et les familles. L'étendue et le nombre de conséquences négatives semblent également augmenter. La portée et la durée des injonctions d'isolement et des fermetures d'écoles en réponse à la COVID-19 sont sans précédent, ce qui pose des risques pour les enfants et les familles en ce qui a trait à divers problèmes de santé physique et mentale. Il se peut aussi que, les étudiants de l'Ontario ayant repris leurs cours en mode présentiel en septembre 2020, certaines de ces répercussions négatives aient été atténuées. Aussi faudra-t-il établir une collaboration intersectorielle avec la santé publique, les services de santé primaires et de soins de courte durée, les partenaires communautaires et le secteur de l'éducation pour mettre en place des programmes éclairés par les données probantes, en particulier sur la promotion de la santé mentale, visant à soutenir les familles et la collectivité alors que la pandémie se poursuit et se poursuivra probablement dans les années à venir.

Références

1. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario), Mesures communautaires de santé publique en situation de pandémie (dont la COVID-19) : répercussions négatives sur les enfants et les familles [sur Internet], Toronto, ON, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2020 [consulté le 30 novembre 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/cong/2020/06/covid-19-negative-impacts-public-health-pandemic-families.pdf?la=fr>
2. Gouvernement du Canada, Mesures communautaires de santé publique pour atténuer la propagation des maladies à coronavirus (COVID-19) au Canada [sur Internet], Ottawa, ON, Gouvernement du Canada, 2020 [dernière modification : 15 octobre 2020; consulté le 18 novembre 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/professionnels-sante/mesures-sante-publique-utilisees-reduire-covid-19.html>
3. Christakis D. A., Van Cleve W., Zimmerman F. J., *Estimation of US children's educational attainment and years of life lost associated with primary school closures during the coronavirus disease 2019 pandemic* (Estimation du niveau de scolarité des enfants américains et du nombre d'années perdues en raison de la fermeture des écoles primaires pendant la pandémie du coronavirus de 2019), Réseau de JAMA ouvert, 2020, vol. 3, n° 11, p. e2028786-e. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.28786>
4. Draaisma M., *Majority of TDSB elementary, secondary students have registered for in-person learning, board says* (La majorité des élèves du primaire et du secondaire du TDSB sont inscrits en enseignement présentiel, selon le conseil), [Sur Internet], CBC News, Toronto, 2 septembre 2020, [consulté le 30 novembre 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.cbc.ca/news/canada/toronto/toronto-district-school-board-numbers-back-to-school-opting-out-remote-learning-1.5709745>
5. Dove N., Wong J., Gustafson R., Corneil T.; British Columbia Centre for Disease Control, British Columbia Children's Hospital, *Impact of school closures on learning, child and family well-being during the COVID-19 pandemic* (Répercussions des fermetures d'écoles sur l'apprentissage et le bien-être des enfants et des familles pendant la pandémie de COVID-19), [sur Internet], Vancouver, C.-B., British Columbia Centre for Disease Control, 2020 [consulté le 30 novembre 2020]. Disponible à l'adresse : http://www.bccdc.ca/Health-Info-Site/Documents/Public_health_COVID-19_reports/Impact_School_Closures_COVID-19.pdf
6. Université McMaster, Offord Centre for Child Studies, *Impact of the COVID-19 pandemic on Ontario families with children: findings from the initial lockdown* (Répercussions de la pandémie de COVID-19 sur les familles et les enfants : conclusions tirées du premier confinement) [Sur Internet], Hamilton, ON, Université McMaster, 2020 [consulté le 30 novembre 2020]. Disponible à l'adresse : <https://strongfamilies.ca/wp-content/uploads/2020/09/OPS-Executive-Report-v6-FINAL.pdf>
7. Maximum City. *COVID-19 child and youth well-being study: Canada phase one executive report* (Étude sur le bien-être des enfants et des jeunes pendant la pandémie de COVID-19 : rapport de synthèse sur la première phase au Canada), [Sur Internet], Maximum City, Toronto, ON, 2020 [consulté le 30 novembre 2020]. Disponible à l'adresse : <https://static1.squarespace.com/static/5a7a164dd0e628ac7b90b463/t/5f06f9a56683b83fe1664f7c/1594292662724/COVID-19+CHILD+AND+YOUTH+WELL-BEING+STUDY-+Canada+PHASE+ONE+EXEC+REPORT.pdf>
8. Panchal N, Kamal R, Orgera K, Cox C, Garfield R, Hamel L, et coll., *The implications of COVID-19 for mental health and substance use* (Les répercussions de la COVID-19 sur la santé mentale et la

- consommation de substances psychoactives), [sur Internet], Fondation de la famille Kaiser, San Francisco, CA, 2020 [consulté le 30 novembre 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.kff.org/coronavirus-covid-19/issue-brief/the-implications-of-covid-19-for-mental-health-and-substance-use/view/footnotes/>
9. Waddell C., Schwartz C., Barican J., Yung D., Gray-Grant D., *COVID-19 and the impact on children's mental health: a research report* (La COVID-19 et ses répercussions sur la santé mentale des enfants : rapport de recherche) [sur Internet], Children's Health Policy Centre, Université Simon Fraser, Vancouver, C.-B., 2020, [consulté le 30 novembre 2020]. Disponible à l'adresse : <https://childhealthpolicy.ca/wp-content/uploads/2020/11/CHPC-Impact-of-COVID-on-Children-2020.11.01.pdf>
 10. YoungMinds, *Coronavirus: impact on young people with mental health needs* (Coronavirus : répercussions sur les jeunes gens ayant des besoins en santé mentale), [sur Internet], YoungMinds, London, 2020, [consulté le 30 novembre 2020]. Disponible à l'adresse : <https://youngminds.org.uk/about-us/reports/coronavirus-impact-on-young-people-with-mental-health-needs/>
 11. Australian Council for Educational Research (ACER, Conseil australien pour la recherche scolaire), *Ministerial briefing paper on evidence of the likely impact on educational outcomes of vulnerable children learning at home during COVID-19 - submitted to: Australian Government Department of Education, Skills and Employment* (Document d'information préparatoire sur les données probantes des répercussions probables de la COVID-19 sur les résultats scolaires des enfants vulnérables faisant l'école à la maison: remis au ministère de l'Éducation, des Compétences et de l'Emploi du gouvernement australien) [sur Internet], ACER, Melbourne, 2020, [consulté le 30 novembre 2020]. Disponible à l'adresse : https://research.acer.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=1025&context=learning_processes
 12. Abawi O., Welling M. S., van den Eynde E., van Rossum E. F. C., Halberstadt J., van den Akker E. L. T., et coll., *COVID-19 related anxiety in children and adolescents with severe obesity: a mixed-methods study* (Anxiété liée à la COVID-19 chez les enfants et les adolescents souffrant d'obésité grave : étude fondée sur des méthodes mixtes), *Clinical Obesity*, 2020, vol. 10, n° 6, p. :e12412. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1111/cob.12412>
 13. Cacioppo M., Bouvier S., Bailly R., Houx L., Lempereur M., Mensah-Gourmel J., et coll., *Emerging health challenges for children with physical disabilities and their parents during the COVID-19 pandemic: the ECHO French survey* (Nouveaux défis en matière de santé posés par la COVID-19 aux enfants ayant un handicap physique et à leurs parents : enquête française ECHO), *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 18 août 2020, [Diffusion en ligne avant l'impression]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2020.08.001>
 14. Colizzi M., Sironi E., Antonini F., Ciceri M. L., Bovo C., Zoccante L., *Psychosocial and behavioral impact of COVID-19 in autism spectrum disorder: an online parent survey* (Répercussions psychosociales et comportementales de la COVID-19 sur le trouble du spectre de l'autisme : enquête en ligne auprès des parents), *Brain Sciences*, 2020, vol. 10, n° 6, p.341. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.3390/brainsci10060341>
 15. Domínguez-Álvarez B., López-Romero L., Isdahl-Troye A., Gómez-Fraguela J. A., Romero E., *Children Coping, Contextual Risk and their Interplay during the COVID-19 Pandemic: a Spanish case* (Adaptation des enfants, risque contextuel et leur interaction pendant la pandémie de COVID-19 : un cas espagnol), *PsyArxiv* [Prépublication], 29 juin 2020, [consulté le 30 novembre 2020]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.31234/osf.io/bt6kr>
 16. Dumas T.M., Ellis W., Litt D. M., *What does adolescent substance use look like during the COVID-19 pandemic? Examining changes in frequency, social contexts, and pandemic-related predictors* (À quoi ressemble la consommation de substances chez les adolescents pendant la

- pandémie de COVID-19? - Examen de l'évolution de la fréquence, des contextes sociaux et des variables explicatives liées à la pandémie), *Journal of Adolescent Health*, 2020, vol. 67, n° 3 p. 354-361. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.06.018>
17. Fish J.N., McInroy L.B., Pacey M.S., Williams N.D., Henderson S., Levine D.S., et coll., "I'm kinda stuck at home with unsupportive parents right now": *LGBTQ youths' experiences with COVID-19 and the Importance of online support* (« Coincée à la maison avec des parents qui ne me soutiennent pas » : les expériences de jeunes LGBTQ pendant la pandémie de la COVID-19 et l'importance de l'aide en ligne), *Journal of Adolescent Health*, 2020, vol. 67, n° 3, p. 450-2. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.06.002>
 18. Garcia de Avila, M. A., Hamamoto Filho P. T., Jacob F. L. D. S., Alcantara L. R. S., Berghammer M., Jenholt Nolbris M., et coll., *Children's anxiety and factors related to the COVID-19 pandemic: an exploratory study using the Children's Anxiety Questionnaire and the Numerical Rating Scale* (L'anxiété des enfants et les facteurs liés à la pandémie de COVID-19 : étude exploratoire à l'aide d'un questionnaire sur l'anxiété des enfants et de l'échelle d'évaluation numérique), *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2020, vol. 17, n° 16, p. 5757. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.3390/ijerph17165757>
 19. Gotlib I. H., Borchers L. R., Chahal R., Gifuni A. J., Ho T., *Early life stress predicts depressive symptoms in adolescents during the COVID-19 pandemic: the mediating role of perceived stress* (Le stress dans la petite enfance laisse présager des symptômes de dépression chez les adolescents pendant la pandémie de COVID-19 : le rôle médiateur du stress ressenti), SSRN 3605441 [prépublication], 18 mai 2020, [consulté le 30 novembre 2020]. Disponible à l'adresse : <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3606441>
 20. Guo J., Fu M., Liu D., Zhang B., Wang X., van IJzendoorn M. H., *Is the psychological impact of exposure to COVID-19 stronger in adolescents with pre-pandemic maltreatment experiences? A survey of rural Chinese adolescents* (Les effets psychologiques de l'exposition à la COVID-19 sont-ils plus forts chez les adolescents victimes de mauvais traitements avant la pandémie? Sondage mené auprès d'adolescents chinois de régions rurales), *Child Abuse & Neglect*, 2020, vol. 110, part. II, 104667. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104667>
 21. Isumi A, Doi S, Yamaoka Y, Takahashi K, Fujiwara T., *Do suicide rates in children and adolescents change during school closure in Japan? The acute effect of the first wave of COVID-19 pandemic on child and adolescent mental health* (Le taux de suicide chez les enfants et les adolescents a-t-il évolué en raison de la fermeture des écoles au Japon? L'effet marqué de la première vague de la pandémie de COVID-19 sur la santé mentale des enfants et des adolescents), *Child Abuse & Neglect*, 2020, vol. 110, part. II, 104680. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104680>
 22. Kilinçel Ş., Kilinçel O., Muratdağı G., Aydın A., Usta M. B., *Factors affecting the anxiety levels of adolescents in home-quarantine during COVID-19 pandemic in Turkey* (Facteurs affectant les niveaux d'anxiété chez les adolescents en quarantaine à domicile, pendant la pandémie de COVID-19, en Turquie), *Asia-Pacific Psychiatry*, 2020, e12406. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1111/appy.12406>
 23. Mazza C., Ricci E., Marchetti D., Fontanesi L., Di Giandomenico S., Verrocchio M.C., et coll., *How personality relates to distress in parents during the Covid-19 lockdown: the mediating role of child's emotional and behavioral difficulties and the moderating effect of living with other people* (Corrélation entre la détresse des parents et la personnalité pendant le confinement en réponse à la Covid-19 : le rôle médiateur des problèmes émotionnels et comportementaux et l'effet modérateur de la cohabitation avec d'autres personnes), *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2020, vol. 17, n° 17), 6236. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.3390/ijerph17176236>

24. Neubauer A. B., Schmidt A., Kramer A. C., Schmiedek F., *A little autonomy support goes a long way: daily autonomy-supportive parenting, child well-being, parental need fulfillment, and change in child, family, and parent adjustment across the adaptation to the COVID-19 pandemic* (Un peu de soutien en matière d'autonomie est très utile : soutien parental et autonomie quotidienne, bien-être de l'enfant, satisfaction des besoins des parents et changement dans l'adaptation des enfants, des parents et des familles à la pandémie de COVID-19), PsyArxiv [Prépublication], 30 mai 2020, [consulté le 30 novembre 2020]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.31234/osf.io/t4asz>
25. Patrick S.W., Henkhaus L. E., Zickafoose J. S., Lovell K., Halvorson A., Loch S., et coll., *Well-being of parents and children during the COVID-19 pandemic: a national survey* (Bien-être des parents et des enfants pendant la pandémie de COVID-19 - enquête nationale), Pediatrics, 2020, vol. 146, n° 4, :e2020016824. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1542/peds.2020-016824>
26. Riiser K., Helseth S., Haraldstad K., Torbjørnsen A., Richardsen K. R., *Adolescents' health literacy, health protective measures, and health-related quality of life during the Covid-19 pandemic* (Connaissances en matière de santé, mesures de protection sanitaire et qualité de vie liée à la santé des adolescents pendant la pandémie de Covid-19), PLoS One, 2020, vol. 15, n° 8, e0238161. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238161>
27. Romero E., López-Romero L., Domínguez-Álvarez B., Villar P., Gómez-Fraguela J. A., *Testing the effects of COVID-19 confinement in Spanish children: the role of parents' distress, emotional problems and specific parenting* (Vérification des effets du confinement dû à la COVID-19 chez les enfants espagnols : le rôle de la détresse des parents, des troubles affectifs et du parentage ciblé), International Journal of Environmental Research and Public Health, 2020, vol. 17, n° 19, p. 6975. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.3390/ijerph17196975>
28. Shorer M., Leibovich L., *Young children's emotional stress reactions during the COVID-19 outbreak and their associations with parental emotion regulation and parental playfulness* (Les réactions des jeunes enfants face au stress émotionnel pendant l'éclosion de COVID-19 et leur association avec la maîtrise des émotions par les parents et leur esprit ludique), Early Child Development and Care, 2020, 1-11. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1080/03004430.2020.1806830>
29. Von Soest T., Bakken A., Pedersen W., Sletten M. A., *Life satisfaction among adolescents before and during the COVID-19 pandemic* (Satisfaction de vivre chez les adolescents avant et pendant la pandémie de COVID-19), Tidsskr Nor Laegeforen, 2020, vol. 140, n° 10. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0437>
30. Yeasmin S., Banik R., Hossain S., Hossain M. N., Mahumud R., Salma N., et coll., *Impact of COVID-19 pandemic on the mental health of children in Bangladesh: a cross-sectional study* (Répercussions de la pandémie de COVID-19 sur la santé mentale des enfants au Bangladesh), Child and Youth Services Review, 2020, vol. 117, 105277. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1016/j.chilgyouth.2020.105277>
31. Zhang L., Zhang D., Fang J., Wan Y., Tao F., Sun Y., *Assessment of mental health of Chinese primary school students before and after school closing and opening during the COVID-19 pandemic* (Évaluation de la santé mentale des élèves d'écoles primaire chinoises avant et après la fermeture des écoles, puis leur réouverture, pendant la pandémie de COVID-19), Réseau de JAMA ouvert, 2020, vol. 3, n° 9, e2021482. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.21482>
32. Spinelli M., Lionetti F., Pastore M., Fasolo M., *Parents' stress and children's psychological problems in families facing the COVID-19 outbreak in Italy* (Le stress des parents et les problèmes psychologiques des enfants aux prises avec l'éclosion de COVID-19 en Italie),

- Frontiers in Psychology, 2020, vol. 11, 1713. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01713>
33. Baron E. J., Goldstein E. G., Wallace C. T., *Suffering in silence: how COVID-19 school closures inhibit the reporting of child maltreatment* (Souffrir en silence : comment les fermetures d'écoles en réponse à la COVID-19 empêchent de dénoncer les violences faites aux enfants), *Journal of Public Economics*, 2020, vol. 190, 104258. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2020.104258>
 34. Lawson M., Piel M. H., Simon M., *Child maltreatment during the COVID-19 pandemic: consequences of parental job loss on psychological and physical abuse towards children* (Maltraitance à l'égard des enfants pendant la pandémie de COVID-19 : répercussions de la perte d'emploi d'un ou des parents sur les violences physiques et psychologiques envers les enfants), *Child Abuse & Neglect*, 2020, vol. 110, 104709. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104709>
 35. Loades M.-E., Chatburn E., Higson-Sweeney N., Reynolds S., Shafran R., Brigden A., et coll., *Rapid systematic review: the impact of social isolation and loneliness on the mental health of children and adolescents in the context of COVID-19* (Examen systématique rapide : les répercussions de l'isolement social et de la solitude sur la santé mentale des enfants et des adolescents dans le contexte de la COVID-19), *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2020, vol. 59, no 11, p. 1218-39. e3. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.05.009>
 36. Marques de Miranda D., da Silva Athanasio B., Sena Oliveira A. C., Simoes-E-Silva A. C., *How is COVID-19 pandemic impacting mental health of children and adolescents?* (Répercussions de la pandémie de COVID-19 sur la santé mentale des enfants et des adolescents), *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 2020, vol. 51, 101845. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1016/j.ijdrr.2020.101845>
 37. Singh S., Roy D., Sinha K., Parveen S., Sharma G., Joshi G., *Impact of COVID-19 and lockdown on mental health of children and adolescents: a narrative review with recommendations* (Répercussions de la COVID-19 et du confinement sur la santé mentale des enfants et des adolescents : revue non systématique et recommandations), *Psychiatry Research*, 2020, vol. 293, 113429. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113429>
 38. Joh-Carnella N., Fallon B., Collin-Vézina D., Lefebvre R., *School referrals for child maltreatment-related concerns to the Ontario child welfare system in 2018* (Craintes de violence à l'égard des enfants signalées par les écoles au système de bien-être de l'enfance de l'Ontario) [sur Internet], Montreal, QC, Portail canadien de la recherche en protection de l'enfance, 2020, [consulté le 20 novembre 2020]. Disponible à l'adresse : <https://cwrp.ca/sites/default/files/publications/School%20Referrals%20Information%20Sheet.pdf>
 39. Brown S. M., Doom J. R., Lechuga-Peña S., Watamura S. E., Koppels T., *Stress and parenting during the global COVID-19 pandemic* (Le stress et le rôle des parents pendant la pandémie mondiale de COVID-19), *Child Abuse Negl.* (Négligence et mauvais traitements infligés aux enfants), 2020, vol. 110, part. 2, 104699. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104699>
 40. Chung G., Lanier P., Wong P. Y. J., *Mediating effects of parental stress on harsh parenting and parent-child relationship during coronavirus (COVID-19) pandemic in Singapore* (Effets médiateurs du stress parental sur l'éducation stricte des parents et la relation parent-enfant pendant la pandémie de coronavirus (COVID-19) à Singapour), *Journal of Family Violence*, 2 septembre 2020, [Diffusion en ligne avant l'impression]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1007/s10896-020-00200-1>

41. Günther-Bel C., Vilaregut A., Carratala E., Torras-Garat S., Pérez-Testor C., *A mixed-method study of individual, couple, and parental functioning during the state-regulated COVID-19 lockdown in Spain* (Une étude de la dynamique personnelle, conjugale et parentale fondée sur des méthodes mixtes pendant le confinement en raison de la COVID-19 en Espagne), *Family Process*, 2020, vol. 59, n° 3, p. 1060-79. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1111/famp.12585>
42. Ahn S., Norwood F. B., *Measuring food insecurity during the COVID-19 pandemic of Spring 2020* (Évaluation de l'insécurité alimentaire pendant la pandémie de COVID-19 du printemps 2020), *Applied Economic Perspectives and Policy*, 9 septembre 2020, [Diffusion en ligne avant l'impression]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1002/aep.13069>
43. Carroll N., Sadowski A., Laila A., Hruska V., Nixon M., Ma D. W. L., et coll., *The impact of COVID-19 on health behavior, stress, financial and food security among middle to high income canadian families with young children* (Les répercussions de la pandémie de COVID-19 sur l'hygiène de vie, le stress, la sécurité financière et alimentaire chez les familles canadiennes à revenu élevé avec enfants), *Nutrients*, 2020, vol. 12, n° 8, p. 2352. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.3390/nu12082352>
44. Głąbska D., Skolmowska D., Guzek D., *Population-based study of the changes in the food choice determinants of secondary school students: Polish adolescents' COVID-19 experience (PLACE-19) study* (Étude démographique sur les changements dans les déterminants des choix alimentaires des étudiants du secondaire : l'expérience adolescents polonais lors de la COVID-19 (PLACE 19)), *Nutrients*, 2020, vol. 12, n° 9, p. 2640. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.3390/nu12092640>
45. Ruiz-Roso M. B., de Carvalho Padilha P., Mantilla-Escalante D. C., Ulloa N., Brun P., Acevedo-Correa D., et coll., *Covid-19 confinement and changes of adolescent's dietary trends in Italy, Spain, Chile, Colombia and Brazil* (Le confinement dû à la COVID-19 et l'évolution des tendances alimentaires des adolescents en Italie, en Espagne, au Chili, en Colombie et au Brésil) *Nutrients*, 2020, vol. 12, n° 6, p. 1807. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.3390/nu12061807>
46. Dellagiulia A., Lionetti F., Fasolo M., Verderame C., Sperati A., Alessandri G., *Early impact of COVID-19 lockdown on children's sleep: a 4-week longitudinal study* (Incidence précoce du confinement lié à la COVID-19 sur le sommeil des enfants : étude longitudinale de quatre semaines), *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 2020, vol. 16, n° 9, p. 1639-40. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/doi:10.5664/jcsm.8648>
47. Dunton G. F., Do B., Wang S. D., *Early effects of the COVID-19 pandemic on physical activity and sedentary behavior in children living in the U.S.* (Premiers effets de la pandémie de COVID-19 sur l'activité physique et le comportement sédentaire chez les enfants vivant aux États-Unis), *BMC Public Health*, 2020, vol. 20 (1), n° 1351. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09429-3>
48. Gilic B., Ostojic L., Corluca M., Volaric T., Sekulic D., *Contextualizing parental/familial influence on physical activity in adolescents before and during COVID-19 pandemic: a prospective analysis* (Contextualisation de l'influence des parents ou de la famille sur l'activité physique des adolescents avant et pendant la pandémie de COVID-19 : une analyse prospective), *Children* (Bâle), 2020, vol. 7, n° 9, p. 125. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.3390/children7090125>
49. Mitra R., Moore S. A., Gillespie M., Faulkner G., Vanderloo L. M., Chulak-Bozzer T., et coll., *Healthy movement behaviours in children and youth during the COVID-19 pandemic: exploring the role of the neighbourhood environment* (Comportements de mouvements sains chez les enfants et les jeunes pendant la pandémie de COVID-19 : examen du rôle de l'environnement du quartier), *Health & Place*, 2020, vol. 65, 102418. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2020.102418>

50. Moore S. A., Faulkner G., Rhodes R. E., Brussoni M., Chulak-Bozzer T., Ferguson L. J., et coll., *Impact of the COVID-19 virus outbreak on movement and play behaviours of Canadian children and youth: a national survey* (Répercussions de l'écllosion du virus de la COVID-19 sur les mouvements et les comportements de jeu des enfants et des jeunes : enquête nationale), *International Journal of Behavioural Nutrition and Physical Activity*, 2020, vol. 17 (1), n° 85. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1186/s12966-020-00987-8>
51. Ruíz-Roso M. B., de Carvalho Padilha P., Matilla-Escalante D. C., Brun P., Ulloa N., Acevedo-Correa D., et coll., *Changes of physical activity and ultra-processed food consumption in adolescents from different countries during Covid-19 pandemic: an observational study* (Changements dans l'activité physique et la consommation d'aliments ultra-transformés chez les adolescents de différents pays pendant la pandémie de Covid-19 : étude d'observation), *Nutrients* 2020, vol. 12 (8), n° 2289. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.3390/nu12082289>
52. Bao X., Qu H., Zhang R., Hogan TP., *Modeling reading ability gain in kindergarten children during COVID-19 school closures* (Modélisation de l'amélioration de la capacité de lecture chez les enfants de la maternelle pendant les fermetures d'école liées à la COVID-19), *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2020, vol. 17, n° 17, 6371. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.3390/ijerph17176371>
53. Dong C., Cao S., Li H., *Young children's online learning during COVID-19 pandemic: Chinese parents' beliefs and attitudes* (L'apprentissage en ligne des jeunes enfants pendant la pandémie de COVID-19: croyances et attitudes des parents chinois), *Children Youth Services Review*, 2020, vol. 118, 105440. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105440>
54. BC COVID-19 SPEAK Analysis Group; Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique; Bureau de l'agent de santé provincial; ministre de la Santé de la Colombie-Britannique, *BC COVID-19 population health survey* (Enquête sur la santé de la population de la C.-B. pendant la pandémie de COVID-19), [non publiée], Provincial Health Services Authority, Vancouver, C.-B., 2020,
55. Claudet I., Marchand-Tonel C., Ricco L., Houzé-Cerfon C.-H., Lang T., Bréhin C., *During the COVID-19 quarantine, home has been more harmful than the virus for children!* (Lors de la quarantaine liée à la pandémie de COVID-19, pour les enfants, la maison s'est avérée plus préjudiciable que le virus!), *Pediatric Emergency Care*, 2020, vol. 36, n° 9, p. e538. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1097/pec.0000000000002205>
56. Kruchevsky D., Arraf M., Levanon S., Capucha T., Ramon Y., Ullmann Y., *Trends in burn injuries in northern Israel during the COVID-19 lockdown* (Tendances relatives aux brûlures dans le nord d'Israël pendant le confinement lié à la COVID-19), *Journal of Burn Care and Research*, 10 septembre 2020 [Diffusion en ligne avant l'impression]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1093/jbcr/iraa154>
57. Angoulvant F., Ouldali N., Yang D. D., Filser M., Gajdos V., Rybak A., et coll., *COVID-19 pandemic: impact caused by school closure and national lockdown on pediatric visits and admissions for viral and non-viral infections, a time series analysis* (Pandémie de COVID-19 : répercussions des fermetures d'écoles et du confinement national sur les visites et les admissions en pédiatrie pour des infections virales et non virales, analyse des séries chronologiques), *Clinical Infectious Diseases*, 3 juin 2020 [Diffusion en ligne avant l'impression]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa710>
58. Chaiyachati B. H., Agawu A., Zorc J. J., Balamuth F., *Trends in pediatric emergency department utilization after institution of coronavirus disease-19 mandatory social distancing* (Tendances dans l'utilisation des services d'urgence pédiatrique après l'imposition de la distanciation

- physique obligatoire en raison de la maladie à coronavirus-19), *Journal of Pediatrics*, 2020, vol. 226, p.274-7., e1. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.07.048>
59. Ciacchini B., Tonioli F., Marciano C., Faticato M. G., Borali E., Pini Prato A., et coll., *Reluctance to seek pediatric care during the COVID-19 pandemic and the risks of delayed diagnosis* (La réticence à demander des soins pédiatriques pendant la pandémie de COVID-19 et les risques liés au diagnostic tardif), *Italian Journal Pediatrics*, 2020, vol. 46 (1), n° 87. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1186/s13052-020-00849-w>
 60. Dopfer C., Wetzke M., Zychlinsky Scharff A., Mueller F., Dressler F., Baumann U., et coll., *COVID-19 related reduction in pediatric emergency healthcare utilization - a concerning trend* (Baisse du recours aux soins de santé des urgences pédiatriques en lien avec la COVID-19 - une tendance préoccupante), *BMC Pediatrics*, 2020, vol. 20 (1), n° 427. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1186/s12887-020-02303-6>
 61. Ferrero F., Ossorio M. F., Torres F. A., Debaisi G., *Impact of the COVID-19 pandemic in the paediatric emergency department attendances in Argentina* (Répercussions de la pandémie de COVID-19 sur les visites aux services d'urgence pédiatrique en Argentine), *Archives of Disease in Childhood*, 18 juin 2020 [Diffusion en ligne avant l'impression]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1136/archdischild-2020-319833>
 62. Isba R., Edge R., Jenner R., Broughton E., Francis N., Butler J., *Where have all the children gone? Decreases in paediatric emergency department attendances at the start of the COVID-19 pandemic of 2020* (Où sont passés tous les enfants? Baisse des visites aux services d'urgence pédiatrique au début de la pandémie de COVID-19 en 2020), *Archives of Disease in Childhood*, 2020, vol. 105, n° 7, p. 704. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1136/archdischild-2020-319385>
 63. Leeb R., Bitsko R. H., Radhakrishnan L., Martinez P., Njai R., Holland K. M., *Mental health-related emergency department visits among children aged <18 years during the COVID-19 pandemic —* (Visites aux services d'urgence pour des problèmes de santé mentale chez des enfants âgés de moins de 18 ans pendant la pandémie de COVID-19), États-Unis, 1^{er} janvier - 17 octobre 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*, 2020, vol. 69, n° 45, p. 1675-80. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6945a3>
 64. Ashton J. J., Kammermeier J., Spray C., Russell R. K., Hansen R., Howarth L. J., et coll., *Impact of COVID-19 on diagnosis and management of paediatric inflammatory bowel disease during lockdown: a UK nationwide study* (Répercussions de la COVID-19 sur le diagnostic et la prise en charge de la maladie inflammatoire chronique de l'intestin pendant le confinement : une étude réalisée à l'échelle du Royaume-Uni), *Archives of Disease in Childhood*, 2020, vol. 105, n° 12, p. 1186-91. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1136/archdischild-2020-319751>
 65. Roland D., Harwood R., Bishop N., Hargreaves D., Patel S., Sinha I., *Children's emergency presentations during the COVID-19 pandemic* (Visites d'enfants aux urgences pendant la pandémie de COVID-19), *Lancet Child Adolesc Health*, 2020, vol. 4, n° 8, p. e32. Disponible à l'adresse : [https://doi.org/10.1016/s2352-4642\(20\)30206-6](https://doi.org/10.1016/s2352-4642(20)30206-6)
 66. Rosenberg Danziger C., Krause I., Scheuerman O., Luder A., Yulevich A., Dalal I., et Coll., *Pediatrician, watch out for corona-phobia* (Pédiatres, attention à la corona-phobie), *European Journal of Pediatrics*, 13 juillet 2020 [Diffusion en ligne avant l'impression]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1007/s00431-020-03736-y>
 67. Whaling K., Sarkissian A. D., Larez N., Sharkey J., Allen M., Nylund-Gibson K., *Reduced child maltreatment prevention service case openings during COVID-19* (Baisse du nombre d'ouverture de dossiers aux services de prévention de la violence à l'égard des enfants pendant la pandémie de COVID-19), *Research Square*, 30930 [Prépublication]. 23 mai 2020 [consulté le 1^{er} décembre 2020]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-30930/v1>

68. Wilke N. G., Howard A. H., Pop D., *Data-informed recommendations for services providers working with vulnerable children and families during the COVID-19 pandemic* (Recommandations fondées sur des données pour les prestataires de services s'occupant d'enfants et de familles vulnérables pendant la pandémie de COVID-19), *Child Abuse Negl.* (Négligence et mauvais traitements infligés aux enfants), 2020, vol. 110, 104642. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104642>
69. Collier R. J., Webber S., *COVID-19 and the well-being of children and families* (La COVID-19 et le bien-être des enfants et des familles), *Pediatrics*, 2020, vol. 146 (4), e2020022079. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1542/peds.2020-022079>
70. Golberstein E., Wen H., Miller B. F., *Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and mental health for children and adolescents* (Maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) et santé mentale chez les enfants et les adolescents), *JAMA Pediatrics* 2020, vol. 174, n° 9, p. 819-20. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.1456>
71. ParticipACTION, *The 2020 ParticipACTION report card on physical activity for children and youth* (Les cartes d'évaluation 2020 de ParticipACTION sur l'activité physique pour les enfants et les jeunes), [sur Internet], Toronto, ON, ParticipACTION, 2020 [consulté le 1^{er} décembre 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.participaction.com/en-ca/resources/children-and-youth-report-card>
72. Rodgers R. F., Lombardo C., Cerolini S., Franko D. L., Omori M., Fuller-Tyszkiewicz M., et coll., *The impact of the COVID-19 pandemic on eating disorder risk and symptoms* (Répercussions de la pandémie de COVID-19 sur les risques et les symptômes des troubles alimentaires), *International Journal of Eating Disorders*, 2020, vol. 53, n° 7, p. 1166-70. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1002/eat.23318>
73. Paslakis G., Dimitropoulos G., Katzman D. K., *A call to action to address COVID-19–induced global food insecurity to prevent hunger, malnutrition, and eating pathology* (Appel à l'action pour lutter contre l'insécurité alimentaire mondiale provoquée par la COVID-19 afin de prévenir la faim, la malnutrition et les pathologies alimentaires), *Nutrition Reviews*, 2021, vol. 79, n° 1, p. 114-116. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuaa069>
74. Dean P., Zhang Y., Frey M., Shah A., Edmunds K., Boyd S., et coll., *The impact of public health interventions on critical illness in the pediatric emergency department during the SARS-CoV-2 pandemic* (Répercussions des interventions de santé publique sur les maladies graves dans les services d'urgence pédiatrique pendant la pandémie de SARS-CoV-2), *Journal of the American College of Emergency Physicians Open*, 2020, 10 août 2020 [Diffusion en ligne avant l'impression]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1002/emp2.12220>
75. Atkins D., Eccles M., Flottorp S., Guyatt G. H., Henry D., Hill S., et coll., *Systems for grading the quality of evidence and the strength of recommendations I: critical appraisal of existing approaches The GRADE Working Group* (Systèmes de classement qualitatif des données probantes et de la force des recommandations I : évaluation critique des stratégies existantes - The GRADE Working Group) *BMC Health Services Research*, 2004, vol. 4 (1), n° 38. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1186/1472-6963-4-38>

Annexe A : Caractéristiques de l'étude incluses par résultat

Tableau 1 : Études sur les répercussions sur le bien-être et la santé mentale des enfants (N = 26)

| Auteur (année) | Lieu | Type d'étude | Population visée (N) | Résultat (s) |
|-----------------|------------|-----------------------|--|--|
| Abawi (2020) | Pays-Bas | Méthodes mixtes | Enfants souffrant d'obésité grave Âge moyen = 10,5 ans N = 75 | Anxiété liée à la COVID-19 Les raisons de l'anxiété et les répercussions sur le comportement ont été déterminées de manière qualitative Qualité de vie liée à la santé |
| Baron (2020) | États-Unis | Étude de modélisation | Enfants appelant la ligne d'aide Florida Child Abuse, département de l'Éducation (aucune donnée démographique) | Baisse des allégations de mauvais traitements envers les enfants |
| Cacioppo (2020) | France | Transversale | Parents d'enfants handicapés âgés de 1 à 18 ans Âge moyen = 9,5 ans N = 1000 | Bien-être (moral, troubles du comportement, troubles du sommeil) Accès aux activités physiques, réadaptation et suivi médical |
| Colizzi (2020) | Italie | Transversale | Parents d'enfants atteints du TSA Âge moyen = 13 ans N = 527 | Intensité et fréquence des troubles du comportement Gestion des activités quotidiennes (repas, temps libre, activités structurées) |

| Auteur (année) | Lieu | Type d'étude | Population visée (N) | Résultat (s) |
|---------------------------|------------|--------------------------------|---|--|
| Dominguez-Álvarez* (2020) | Espagne | Transversale (étude CONFIA-20) | Parent d'enfants âgés de 3 à 12 ans Âge moyen = 7,26 ans N = 1123 | Stratégie d'adaptation de l'enfant Problèmes d'adaptation de l'enfant (sous-échelles du SDQ) – troubles de conduite, troubles affectifs, hyperactivité |
| Dumas (2020) | Canada | Transversale | Adolescents Âge moyen = 16,68 ans N = 1054 | Consommation de substances psychoactives (alcool, cannabis, vapotage) Consommation, fréquence de la consommation et consommation excessive |
| Fish (2020) | États-Unis | Qualitatif | Adolescents s'identifiant comme LGBTQ+ âgés de 13 à 19 ans N = 159 | Préoccupations pour la santé mentale en raison des restrictions liées à la pandémie (frustration imputable au stress, anxiété, dépression) Craintes de manquer des activités parascolaires et d'être coincé à la maison avec des « parents ne les soutiennent pas » |
| Garcia de Avila (2020) | Brésil | Transversale | Parent d'enfants âgés de 6 à 12 ans Âge moyen = 9 ans N = 289 | Anxiété (Questionnaire sur l'anxiété des enfants) |
| Gotlib (2020) | États-Unis | Cohorte longitudinale | Adolescents âgés de 13 à 20 ans (recrutés à l'âge de 9 à 13 ans) N = 109 | Stress précoce laissant présager des symptômes de dépression pendant la pandémie Stress ressenti par les adolescents (médiateur) |

| Auteur (année) | Lieu | Type d'étude | Population visée (N) | Résultat (s) |
|-----------------|------------|--------------|--|--|
| Guo (2020) | Chine | Transversale | Adolescents âgés de 11 à 18 ans N = 6196 | Anxiété (échelle d'anxiété auto-évaluée de Zung) Symptômes de stress post-traumatique (SSPT) |
| Isumi (2020) | Japon | Transversale | Enfants âgés de moins de 20 ans Population nationale totale d'enfants | Taux de suicide par 100 000 habitants par mois Aucun changement significatif du taux de suicide |
| Kilincel (2020) | Turquie | Transversale | Adolescents âgés de 12 à 18 ans Âge moyen = 16,83 ans N = 745 | Anxiété (<i>State-Trait Anxiety Inventory</i> ou questionnaire sur l'anxiété chronique et réactionnelle) La recommandation de services psychiatriques a augmenté les risques d'anxiété situationnelle pendant la COVID-19. |
| Lawson (2020) | États-Unis | Transversale | Parent d'enfants âgés de 4 à 10 ans N = 342 | Mauvais traitements psychologiques et violences physiques Recadrage cognitif Dépression des parents |
| Loades (2020) | N/D | Revue | Enfants et adolescents | Symptômes de dépression Symptômes d'anxiété Idées suicidaires Automutilation Comportement à risque lié à des troubles de l'alimentation |

| Auteur (année) | Lieu | Type d'étude | Population visée (N) | Résultat (s) |
|---------------------------|-----------------|--------------------------------|---|--|
| Marques de Miranda (2020) | Différents pays | Revue | Enfants âgés de 6 à 21 ans | Symptômes d'anxiété et de dépression Symptômes de stress post-traumatique (SSPT) État général de santé mentale Stress et stratégie d'adaptation |
| Mazza (2020) | Italie | Transversale | Parent d'enfants âgés de 3 à 13 ans Âge moyen = 7,57 ans N = 833 | Comportement de l'enfant, sous-échelles (SDQ) Hyperactivité-inattention, symptômes émotionnels |
| Neubauer (2020) | Allemagne | transversale et longitudinale | Parent d'enfants âgés de 6 à 19 ans Âge moyen = 9,81 ans N = 970 (ligne de base) N = 562 (suivi) | Comportement de l'enfant, sous-échelles (SDQ) Hyperactivité-inattention, problèmes affectifs, comportements prosociaux Milieu familial Stress des parents |
| Riiser (2020) | Norvège | Transversale | Adolescents âgés de 16 à 19 ans Âge moyen = 17,3 ans N = 2205 | Qualité de vie liée à la santé |
| Romero* (2020) | Espagne | Transversale (étude CONFIA-20) | Parent d'enfants âgés de 3 à 12 ans Âge moyen = 7,26 ans N = 1049 | Conséquences négatives sur l'enfant (SDQ) – troubles de conduite, troubles affectifs, hyperactivité |

| Auteur (année) | Lieu | Type d'étude | Population visée (N) | Résultat (s) |
|------------------|-----------------|-------------------------|---|--|
| | | | | Conséquences positives sur l'enfant – routine maintenue, activités prosociales, réflexions à vocation sociale, formation de liens sociaux) |
| Patrick (2020) | États-Unis | Transversale | Parent d'enfants âgés de < 18 ans N = 1011 | Changements dans la santé mentale et physique globale de l'enfant |
| Shorer (2020) | Israël | Transversale | Parent d'enfants âgés de 2 à 7 ans Âge moyen = 4,82 ans N = 351 | Réactions de l'enfant au stress (c.-à-d., peur de la séparation, attachement, nervosité, agitation, agressivité) Maîtrise des émotions par les parents Esprit ludique des parents |
| Singh (2020) | Différents pays | Revue | Enfants et adolescents Enfants et adolescents ayant des besoins spéciaux (p. Ex., TSA, TDAH, troubles d'apprentissage) | Détresse psychologique (attachement, irritabilité, agitation, inattention et séparation liés à l'anxiété) Intolérance de l'incertitude et aggravation des symptômes en raison des perturbations de la routine |
| Spinelli (2020) | Italie | Transversale | Parent d'enfants âgés de 2 à 14 ans N = 854 | Problèmes psychologiques des enfants (sous-échelles du SDQ) Symptômes affectifs, hyperactivité-inattention et troubles de conduite |
| von Soest (2020) | Norvège | Transversale récurrente | Adolescents âgés de 13 à 16 ans inscrits au premier cycle du secondaire | Satisfaction de vivre Bien-être subjectif |

| Auteur (année) | Lieu | Type d'étude | Population visée (N) | Résultat (s) |
|----------------|------------|----------------------------------|--|---|
| | | | N = 8116 | Préoccupations et changements dans la vie quotidienne |
| Yeasmin (2020) | Bangladesh | Transversale | Parent d'enfants âgés de 5 à 15 ans N = 384 | Anxiété et dépression chez les enfants (RCADS) Comportement des enfants (CBCL) |
| Zhang (2020) | Chine | Étude longitudinale des cohortes | Enfants âgés de 9 à 16 ans Âge moyen = 12,6 ans N = 1241 | Symptômes de dépression Automutilation non suicidaire Idées suicidaires, plan ou tentative de suicide |

*Même échantillon que pour l'étude CONFIA-20 (Effets du confinement sur les familles et les enfants)

Tableau 2 : Répercussions sur le rôle, le stress et la santé mentale des parents (N = 10)

| Auteur (année) | Lieu | Type d'étude | Population visée (N) | Résultat (s) |
|-----------------|------------|--------------|--|--|
| Brown (2020) | États-Unis | Transversale | Parent d'enfants âgés de < 18 ans | Stress des parents |
| Cacioppo (2020) | France | Transversale | Parents d'enfants handicapés âgés de 1 à 18 ans Âge moyen = 9,5 ans N = 1000 | Inquiétudes des parents au sujet des interactions sociales et du risque de transmission de la COVID-19, besoin d'aide (ressources humaines, soutien psychologique ou recommandations relatives à l'école) |

| Auteur (année) | Lieu | Type d'étude | Population visée (N) | Résultat (s) |
|--------------------|------------|--------------|---|---|
| Chung (2020) | Singapour | Transversale | Parents (d'un enfant âgé de ≥ 12 ans ou moins) N = 258 | Aucune preuve indépendante des répercussions de la COVID-19 sur l'éducation stricte Répercussions significatives de la COVID-19 sur le stress des parents et du stress des parents sur l'éducation stricte Le rôle de médiateur du stress des parents |
| Günther-Bel (2020) | Espagne | Transversale | Parents vivant avec des enfants N = 407 | Inventaire des situations et des traits d'anxiété (ISTA) Inventaire de dépression de Beck (IDB) Relations conjugales, parentales et coparentales |
| Lawson (2020) | États-Unis | Transversale | Parent d'enfants âgés de 4 à 10 ans N = 342 | Mauvais traitements psychologiques et violences physiques Recadrage cognitif Dépression des parents |
| Mazza (2020) | Italie | Transversale | Parent d'enfants âgés de 3 à 13 ans N = 833 | Détresse des parents |
| Patrick (2020) | États-Unis | Transversale | Parent d'enfants âgés de < 18 ans N = 1011 | Changements dans la santé mentale des parents (26,9 % d'entre eux ont déclaré une détérioration de leur santé mentale.) |
| Romero (2020) | Espagne | Transversale | Enfants âgés de 3 à 12 ans Âge moyen = 7,26 ans | Résilience des parents Détresse ressentie par les parents |

| Auteur (année) | Lieu | Type d'étude | Population visée (N) | Résultat (s) |
|--|------------------|--------------|--|---|
| | | | N = 1123 | Détresse et pratiques parentales Troubles affectifs des parents |
| Spinelli (2020) | Italie | Transversale | Parent d'enfants âgés de 2 à 14 ans N = 854 | Stress dyadique des parents Stress des parents |
| Sondage auprès des parents de l'Ontario (2020) | Canada (Ontario) | Transversale | Parents d'enfants âgés de 0 à 17 ans N = 7437 | Symptômes d'anxiété et de dépression d'un parent ou d'un aidant Gestion de l'anxiété, du stress ou du comportement de son enfant |

Tableau 3 : Nutrition et sécurité alimentaire (N = 5)

| Auteur (année) | Lieu | Type d'étude | Population visée (N) | Résultat (s) |
|----------------|------------|-------------------------|---|---|
| Ahn (2020) | États-Unis | Transversale récurrente | Ménages avec enfants N = 421 | Situation de la sécurité alimentaire (élevée, marginale, faible, très faible selon le questionnaire en 18 modules de l'Enquête sur la sécurité alimentaire du département de l'Agriculture des États-Unis - USDA) |
| Carroll (2020) | Canada | Transversale | Familles avec enfants âgés de 18 mois à 5 ans Âge moyen = 6 ans N = 254 | Habitudes alimentaires Craintes d'insécurité alimentaire (actuelles [mois dernier] et futures [6 prochains mois] émanant de deux questions oui/non) |

| Auteur (année) | Lieu | Type d'étude | Population visée (N) | Résultat (s) |
|-------------------|--|--------------|--|--|
| Glabska (2020) | Pologne | Transversale | Adolescents de 15 à 20 ans Âge moyen = 16,8 ans N = 2 448 | Motifs des choix alimentaires |
| Patrick (2020) | États-Unis | Transversale | Parent d'enfants âgés de < 18 ans N = 1 011 | Recours aux ressources d'aide alimentaire publiques (p. ex., Programme d'aide à la nutrition supplémentaire (SNAP), SNAP spécial pour les femmes, les nourrissons et les enfants (WIC), banques alimentaires) Insécurité alimentaire (légère, modérée, grave selon la question du premier module) |
| Ruiz-Roso (2020a) | Espagne, Italie, Brésil, Colombie et Chili | Transversale | Adolescents âgés de 10 à 19 ans Âge moyen = 15 ans N = 820 | Apport alimentaire (fréquence de la consommation par type d'aliments) |

Tableau 4 : Comportements de mouvement (N = 7)

| Auteur (année) | Lieu | Type d'étude | Population visée (N) | Résultat (s) |
|-----------------|--------|--------------|--|-------------------|
| Cacioppo (2020) | France | Transversale | Parents d'enfants handicapés âgés de 1 à 18 ans Âge moyen = 9,5 ans N = 1000 | Activité physique |

| Auteur (année) | Lieu | Type d'étude | Population visée (N) | Résultat (s) |
|-------------------------------------|--------------------|-----------------------|---|---|
| Dellaguilia (2020) | Italie | Cohorte longitudinale | Enfants âgés de 3 à 6 ans Âge moyen = 3,81 ans Aucune taille d'échantillon indiquée | Qualité et durée du sommeil, habitudes au coucher |
| Dunton (2020) | États-Unis | Transversale | Enfants âgés de 5 à 13 ans Âge moyen = 8,73 ans N = 211 | Activité physique Sédentarité |
| Gilic (2020) | Bosnie-Herzégovine | Cohorte longitudinale | Adolescents âgés de 15 à 18 ans N = 688 | Niveau d'activité physique |
| Maximum City National Survey (2020) | Canada | Transversale | Enfants âgés de 9 à 15 ans N = 616 | Comportements de mouvement (activité physique, temps passé devant un écran, durée et qualité du sommeil) |
| Mitra (2020)* | Canada | Transversale | Enfants âgés de 5 à 17 ans N = 1472 | Comportements de mouvement (activité physique, sédentarité, temps passé devant un écran, heures de sommeil) |
| Moore (2020)* | Canada | Transversale | Enfants âgés de 5 à 17 ans N = 1472 | Comportements de mouvement (activité physique, sédentarité, temps passé devant un écran, heures de sommeil) |
| Ruiz-Roso (2020b) | Différents pays | Transversale | Adolescents âgés de 10 à 19 ans N = 726 | Portrait de l'activité physique (actif ou inactif) |

*Même échantillon pour l'enquête

Tableau 5 : Résultats scolaires (N = 2 à comité de lecture, 2 rapports)

| Auteur (année) | Lieu | Type d'étude | Population visée (N) | Résultat (s) |
|---|----------------|-----------------------|---|--|
| Bao (2020) | États-Unis | Étude de modélisation | Enfants en maternelle (Aucune donnée démographique) | Capacité de lecture en baisse |
| Dong (2020) | Chine | Transversale | Parents d'enfants âgés de 3 à 4 ans (50,5 %) et de 4 à 5 ans (34,5 %) N = 3275 | Fréquence et contenu de l'apprentissage en ligne Perception des parents à l'égard de l'apprentissage en ligne |
| Maximum City National Survey (2020) | Canada | Transversale | Enfants âgés de 9 à 15 ans N = 616 | Participation scolaire Stress par rapport à l'école Difficultés à se concentrer |
| Enquête sur la santé des résidents de C.-B. Pendant la pandémie de COVID (2020) | Canada (C.-B.) | Transversale | Ménages avec enfants | Trouble de l'apprentissage de l'enfant Stress de l'enfant Santé mentale de l'enfant Temps d'écran d'un enfant Interactions d'un enfant avec ses amis |

Tableau 6 : Blessures susceptibles d'en découler (N = 2)

| Auteur (année) | Lieu | Type d'étude | Population visée (N) | Résultat (s) |
|-------------------|--------|-----------------------|--|--|
| Claudet (2020) | France | Transversale | Âge moyen (écart-type) = 4,6 (2,7) ans | Blessures entraînant une visite à l'hôpital après un incident survenu à la maison (p. ex., chutes, brûlures, objets pointus ou tranchants) |
| Kruchevsky (2020) | Israël | Cohorte rétrospective | Enfants âgés de 2 à 18 ans | Brûlure entraînant une visite à un centre de traumatologie de niveau 1 |

Tableau 7 : Études sur l'utilisation des services de santé par résultat (N = 13)

| Auteur (année) | Lieu | Type d'étude | Population | Résultat (s) |
|--|------------|-------------------------|---|------------------------------------|
| Visites aux services des urgences (SU) et hospitalisations | | | | |
| Angoulvant (2020) | France | Transversale | Enfants âgés de 0 à 18 ans N = 871 543 | Visites aux SU |
| Chaiyachati (2020) | États-Unis | Descriptif | Enfants âgés de 1 à 21 ans | visites aux SU et hospitalisations |
| Ciacchini (2020) | Italie | Descriptif/série de cas | Enfants âgés de 0 à 18 ans | Visites aux SU |
| Dopfer (2020) | Allemagne | Transversal répétitif | Enfants (âge moyen = 7 ans) | visites aux SU et hospitalisations |

| Auteur (année) | Lieu | Type d'étude | Population | Résultat (s) |
|-----------------------------|---------------------------|--------------|---|--|
| | | | N = 5 424 | |
| Ferrero (2020) | Argentine | Descriptif | Enfants âgés de 0 à 18 ans | Visites aux SU |
| Isba (2020) | États-Unis et Royaume-Uni | Transversale | Enfants âgés de moins de 16 ans N = 13 671 [R.-U.], N = 10 005 [É.-U.] | Visites aux SU et hospitalisations |
| Leeb (2020) | États-Unis | Descriptif | Enfants âgés de 0 à 17 ans | Visites aux SU liées à la santé mentale |
| Accès aux services de santé | | | | |
| Ashton (2020) | Royaume-Uni | Transversale | Enfants souffrant d'une maladie inflammatoire de l'intestin (MIE) N = 20 centres de gastroentérologie pédiatrique spécialisés en MIE | Services de santé : diagnostic d'une nouvelle MIE, établissements disponibles, prise en charge de la MIE |
| Cacioppo (2020) | France | Transversale | Parents d'enfants handicapés âgés de 0 à 18 ans N = 1 000 | Accès aux services |
| Roland (2020) | Royaume-Uni | Descriptif | Enfants âgés de 0 à 16 ans N = 1 349 | Recours tardif aux services de santé |
| Rosenberg Danziger (2020) | Israël | Série de cas | Enfants âgés de 4 à 16 ans N = 7 | Cas de maladie pédiatrique arrivés tard aux SU |

| Auteur (année) | Lieu | Type d'étude | Population | Résultat (s) |
|----------------|-----------------|--------------|--|---|
| Whaling (2020) | États-Unis | Descriptif | Enfants (aucune donnée démographique) | Services sociaux, ouverture de nouveaux dossiers Accès aux services communautaires |
| Wilke (2020) | Différents pays | Transversale | Organisations non-gouvernementales (ONG) offrant des services pour les enfants et les familles vulnérables | Accès aux services des ONG |

Annexe B : exemple de stratégie de recherché

MEDLINE

Ovid MEDLINE(R) ALL <1946 to September 17, 2020>

| # | Recherches | Résultats |
|----|--|-----------|
| 1, | ("COVID-19" or "severe acute respiratory syndrome coronavirus 2" or "SARS-CoV-2").nm,ps,px,rs,rx. | 24439, |
| 2, | (*pandémies/ and Coronavirus Infections/) or (pandémies/ and *Coronavirus Infections/) or (*Pneumonia, Viral/ and Coronavirus Infections/) or (Pneumonia, Viral/ and *Coronavirus Infections/) | 23202, |
| 3, | ("2019 corona virus" or "2019 coronavirus" or "2019 ncov" or "corona virus 19" or "corona virus 2019" or "corona virus 2019" or "corona virus disease 19" or "corona virus disease 2019" or "corona virus epidemic*" or "corona virus outbreak*" or "corona virus pandémie*" or "coronavirus 19" or "coronavirus 2019" or "coronavirus 2019" or "coronavirus disease 19" or "coronavirus disease 2019" or "coronavirus epidemic*" or "coronavirus outbreak*" or "coronavirus pandémie*" or "covid 19" or "covid 2019" or "new corona virus" or "new coronavirus" or "novel corona virus" or "novel coronavirus" or "novel human coronavirus" or "sars coronavirus 2" or "sars cov 2" or "sars cov2" or "sars like coronavirus" or "severe acute respiratory syndrome corona virus 2" or "severe acute respiratory syndrome coronavirus 2" or "severe specific contagious pneumonia" or "wuhan corona virus" or "wuhan coronavirus" or 2019ncov or covid19 or covid2019 or ncov or sarscov2 or "coronavirus response" or "corona virus response").kf,kw,ti. | 51957, |
| 4, | ((pandémie* or novel or wuhan) adj3 (coronavirus* or "corona virus*" or betacoronavirus* or "beta coronavirus*" or "beta corona virus*" or pneumonia* or SARS or "severe acute respiratory syndrome")).kf,kw,ti. | 4314, |
| 5, | (pneumonia adj3 (coronavirus* or "corona virus*" or betacoronavirus* or "beta coronavirus*" or "beta corona virus*" or SARS or "severe acute respiratory syndrome")).kf,kw,ti. | 709, |
| 6, | (*Coronavirus Infections/ or coronavirus.ti.) and ("2019 corona virus" or "2019 coronavirus" or "2019 ncov" or "corona virus 19" or "corona virus 2019" or "corona virus 2019" or "corona virus disease 19" or "corona virus disease 2019" or "corona virus epidemic*" or "corona virus outbreak*" or "corona virus pandémie*" or "coronavirus 19" or "coronavirus 2019" or "coronavirus 2019" or "coronavirus disease 19" or "coronavirus disease 2019" or "coronavirus epidemic*" or "coronavirus outbreak*" or "coronavirus pandémie*" or "covid 19" or "covid 2019" or "new corona virus" or "new coronavirus" or "novel corona virus" or "novel coronavirus" or "novel human coronavirus" or "sars coronavirus 2" or "sars cov 2" or | 14632, |

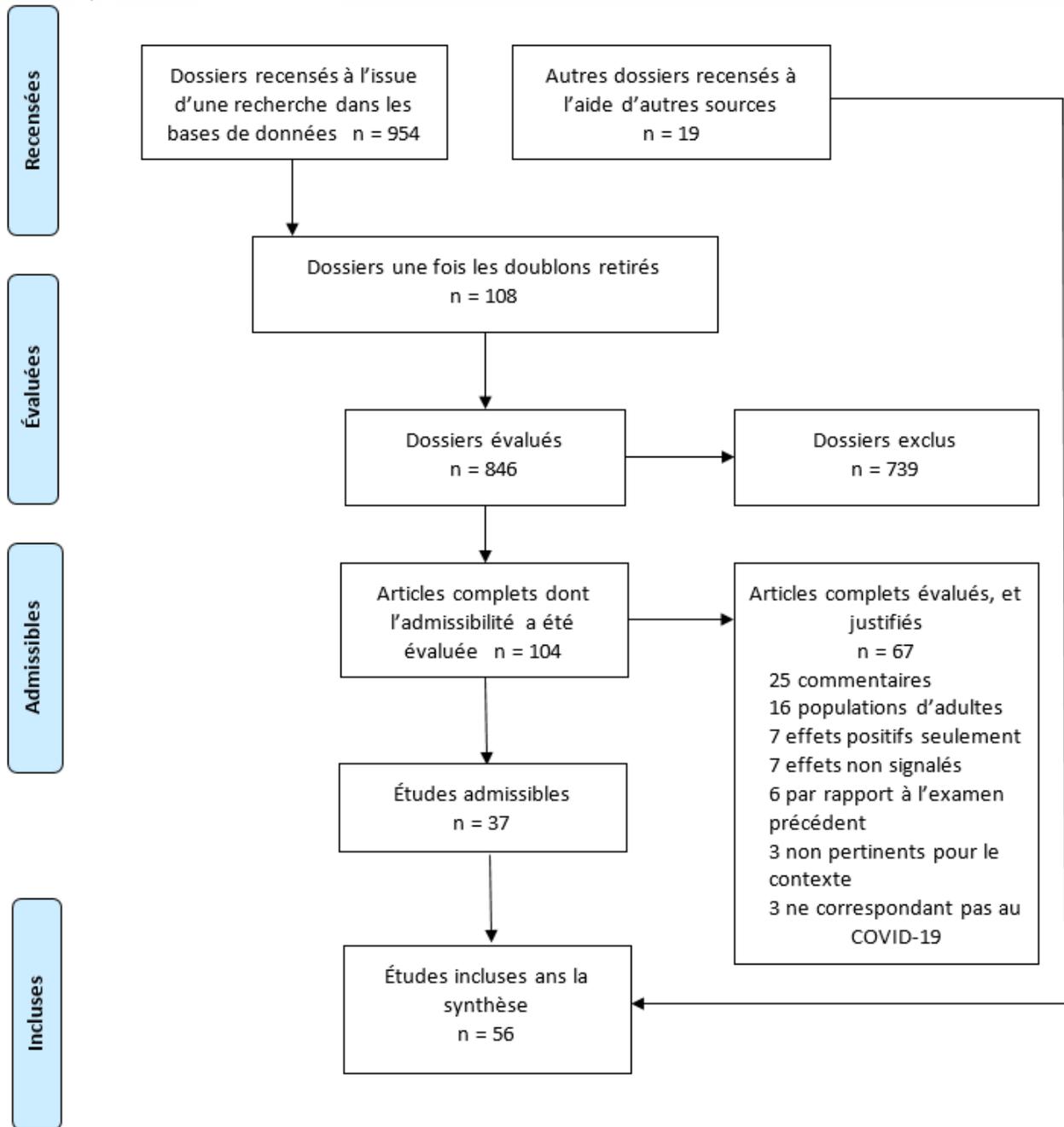
| # | Recherches | Résultats |
|-----|--|-----------|
| | "sars cov2" or "sars like coronavirus" or "severe acute respiratory syndrome corona virus 2" or "severe acute respiratory syndrome coronavirus 2" or "severe specific contagious pneumonia" or "wuhan corona virus" or "wuhan coronavirus" or 2019ncov or covid19 or covid2019 or ncov or sarscov2 or "coronavirus response" or "corona virus response").ab. | |
| 7, | (*Coronavirus Infections/ or coronavirus.ti.) and ((pandémie* or novel or wuhan) adj3 (coronavirus* or "corona virus*" or betacoronavirus* or "beta coronavirus*" or "beta corona virus*" or pneumonia* or SARS or "severe acute respiratory syndrome")).ab. | 3687, |
| 8, | (*Coronavirus Infections/ or coronavirus.ti.) and (pneumonia* adj3 (coronavirus* or "corona virus*" or betacoronavirus* or "beta coronavirus*" or "beta corona virus*" or SARS or "severe acute respiratory syndrome")).ab. | 403, |
| 9, | or/1-8 | 54313, |
| 10, | Public Policy/ or Social Control, Formal/ or Government Regulation/ or Law Enforcement/ or Civil Defense/ or Social Control Policies/ or Resource Allocation/ or Social Isolation/ or Social Change/ or Social Marginalization/ or Quarantine/ or *Infection Control/mt, og or *Communicable Disease Control/mt, og or *Public Health/mt or *Health Promotion/mt or (("public health" or emergency or mandat* or government* or state) adj3 (respons* or respond* or measur* or strateg* or interven* or recover* or relief* or restrict* or rule* or law* or legislat* or regulat* or isolat*)).ti,ab,kf,kw. or (mitigat* or quarantine* or self-quarantine* or self-isolat* or (confine* adj2 home*) or "social isolation" or "physical distanc*" or "social distanc*" or "workplace distanc*" or "control measur*" or (restrict* adj2 travel*) or (restrict* adj2 movement) or lockdown* or "national emergenc*" or state-of-emergency or "state of emergency" or "state emergenc*" or "state intervention*" or shelter*-in-place or "shelter in place" or "stay at home" or (stay* adj2 home*) or (stay adj2 hous*) or (work* adj2 (home* or hous* or remot*)) or ((on-line or online or virtual* or distance or remot*) adj2 (education or learning or school*))).ti,kf,kw. or (mitigat* or quarantine* or self-quarantine* or self-isolat* or (confine* adj2 home*) or "social isolation" or "physical distanc*" or "social distanc*" or "workplace distanc*" or "control measur*" or (restrict* adj2 travel*) or (restrict* adj2 movement) or (reduc* adj2 interact*) or (limit* adj2 contact*) or lockdown* or "national emergenc*" or state-of-emergency or "state of emergency" or "state emergenc*" or "state intervention*" or shelter*-in-place or "shelter in place" or "stay at home" or (stay* adj2 home*) or (stay adj2 hous*) or (work* adj2 (home* or hous* or remot*)) or ((on-line or online or virtual* or distance or remot*) adj2 (education or learning or school*))).ab. /freq=2 | 239705, |
| 11, | ((close* or clousur* or closing* or "shut down" or shutdown or shut-down or discontinu* or cease or reduc* or decreas* or suspend* or suspension* or "stay* home") adj2 (school or schools or daycare* or childcare* or park* or playground* or | 1043, |

| # | Recherches | Résultats |
|-----|---|-----------|
| | librar* or "community centre*" or "recreation centre*" or "health servic*" or "community health*" or immuniz* or immunis* or "routine-immuniz*" or "routine-immunis*" or "nonessential service*" or "non-essential service*").ti,kf,kw. or ((close* or clousur* or closing* or "shut down" or shutdown or shut-down or discontinu* or cease or reduc* or decreas* or suspend* or suspension* or "stay* home") adj2 (school or schools or daycare* or childcare* or park* or playground* or librar* or "community centre*" or "recreation centre*" or "health servic*" or "community health*" or immuniz* or immunis* or "routine-immuniz*" or "routine-immunis*" or "nonessential service*" or "non-essential service*")).ab. /freq=2 | |
| 12, | 10 or 11 | 240599, |
| 13, | Parents/ or Fathers/ or Mothers/ or Single Parent/ or Parenting/ or Siblings/ or Spouses/ or Family Health/ or Domestic Violence/ or Spouse Abuse/ or Intimate Partner Violence/ or Parent-Child Relations/ or Maternal Health Services/ or Maternal Health/ | 210102, |
| 14, | (family or families or parent* or father* or mother* or caregiver* or spous* or husband* or wife or wives or partner* or marriag* or parent-child*).ti,kf,kw. not medline.st. | 52697, |
| 15, | 13 or 14 | 262799, |
| 16, | Infant/ or exp Infant, Newborn/ or Infant Health/ or exp Infant, Premature/ or Child Health/ or Child/ or Adolescent Health/ or Adolescent/ or Psychology, Child/ or Psychology, Adolescent/ or Child Development/ or Child Behavior/ or Infant Behavior/ or Child Behavior Disorders/ or Child Welfare/ or Pediatrics/ or Pediatric Obesity/ or Pediatricians/ or Pediatric Emergency Medicine/ or Neonatology/ or Child, Preschool/ or Adolescent Medicine/ or Siblings/ or Child Health Services/ or Maternal-Child Health Services/ or Child, Foster/ or Homeless Youth/ or Immunization Programs/ or Adverse Childhood Experiences/ or Child Abuse/ or Child Abuse, Sexual/ or ((paediatric* or pediatric* or "school age*" or (age? adj3 ("4" or "5" or "6" or "7" or "8" or "9" or "10" or "11" or "12" or four or five or six or seven or eight or nine or ten or eleven or twelve)) or (year* adj3 ("4" or "5" or "6" or "7" or "8" or "9" or "10" or "11" or "12" or four or five or six or seven or eight or nine or ten or eleven or twelve) adj3 old) or boy or boys or child or schoolchild* or children or childhood or girl or girls or kid or kids or preteen* or toddler* or infant* or newborn* or new-born* or baby or babies or neonat* or (age? adj3 ("1" or "2" or "3" or one or two or three)) or (year* adj3 ("1" or "2" or "3" or one or two or three) adj3 old) or (month* adj3 ("1" or "2" or "3" or "4" or "5" or "6" or "7" or "8" or "9" or "10" or "11" or "12" or "18" or "24" or "30" or "36") adj3 old) or adolescent* or (age? adj3 ("13" or "14" or "15" or "16" or "17" or "18" or "19" or thirteen or fourteen or fifteen or sixteen or seventeen or eighteen or nineteen)) or (year* adj3 ("13" or "14" or "15" or "16" or "17" or thirteen or fourteen or fifteen or sixteen or seventeen or eighteen or nineteen) adj3 old) or adolescence or adolescent or | 3847399, |

| # | Recherches | Résultats |
|-----|--|-----------|
| | juvenile* or teen* or youth*).kf,kw,ti. not medline.st.) or ((paediatric* or pediatric* or "school age*" or (age? adj3 ("4" or "5" or "6" or "7" or "8" or "9" or "10" or "11" or "12" or four or five or six or seven or eight or nine or ten or eleven or twelve)) or (year* adj3 ("4" or "5" or "6" or "7" or "8" or "9" or "10" or "11" or "12" or four or five or six or seven or eight or nine or ten or eleven or twelve) adj3 old) or boy or boys or child or schoolchild* or children or childhood or girl or girls or kid or kids or preteen* or toddler* or infant* or newborn* or new-born* or baby or babies or neonat* or (age? adj3 ("1" or "2" or "3" or one or two or three)) or (year* adj3 ("1" or "2" or "3" or one or two or three) adj3 old) or (month* adj3 ("1" or "2" or "3" or "4" or "5" or "6" or "7" or "8" or "9" or "10" or "11" or "12" or "18" or "24" or "30" or "36") adj3 old) or adolescent* or (age? adj3 ("13" or "14" or "15" or "16" or "17" or "18" or "19" or thirteen or fourteen or fifteen or sixteen or seventeen or eighteen or nineteen)) or (year* adj3 ("13" or "14" or "15" or "16" or "17" or thirteen or fourteen or fifteen or sixteen or seventeen or eighteen or nineteen) adj3 old) or adolescence or adolescent or juvenile* or teen* or youth*).ab. /freq=2 not medline.st.) | |
| 17, | Schools/ or Students/ or School Teachers/ or Child Day Care Centers/ or Child Care/ or Infant Care/ or Nurseries, Infant/ or Schools, Nursery/ or ((school* or class or classes or classroom* or preschool* or "primary school*" or daycare or "day care" or childcare or child-care or "early learning" or (education* adj3 (setting* or institution*)) or kindergarten* or teacher* or instructor* or student* or pupil or pupils).kf,kw,ti. not medline.st.) | 158202, |
| 18, | ("grade* 1" or "grade* one" or "first grade*" or "1st grade*" or "grade* 2" or "grade* two" or "second grade*" or "2nd grade*" or "grade* 3" or "grade* three" or "third grade*" or "3rd grade*" or "grade* 4" or "grade* four*" or "fourth grade*" or "4th grade*" or "grade* 5" or "grade* five*" or "fifth grade*" or "5th grade*" or "grade* 6" or "grade* six*" or "sixth grade*" or "6th grade*" or "grade* 7" or "grade* seven" or "seventh grade*" or "7th grade*" or "grade* 8" or "grade* eight" or "eighth grade*" or "8th grade*" or "grade* 9" or "grade* nine" or "ninth grade*" or "9th grade*" or "grade* 10" or "grade* ten" or "tenth grade*" or "10th grade*" or "grade* 11" or "grade* eleven" or "eleventh grade*" or "11th grade*" or "grade* 12" or "grade* twelve" or "twelfth grade*" or "12th grade*" or "high school*" or "secondary school*" or "middle school*" or "grade school*" or "primary school*" or pre-school* or preschool* or "nursery school*" or "elementary school*" or "public school*" or "private school*" or montessori or kindergarten* or "school age*").kf,kw,ti. not medline.st. | 8182, |
| 19, | ((school or schools) adj2 (open* or reopen* or "re-open*" or restart* or "re-start*" or resume* or resuming or "re-establish*" or reestablish* or "re-instat*" or reinstat* or return* or restor* or "go* back" or "back to?" or recover*)).kf,kw,ti. not medline.st. | 96, |
| 20, | "adverse childhood experience*".ti,ab,kf,kw. | 2027, |

| # | Recherches | Résultats |
|-----|--|-----------|
| 21, | or/16-20 | 3918097, |
| 22, | (15 or 21) and 12 | 43062, |
| 23, | 9 and 22 | 768, |
| 24, | 23 not (comment or editorial or letter or news).pt. | 657, |
| 25, | limit 24 to english | 637, |
| 26, | limit 25 to yr="2020 -Current" | 635, |
| 27, | 26 and (202005* or 202006* or 202007* or 202008* or 202009*).ez. | 539, |

Annexe C : Diagramme PRISMA



Citation

Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *Mesures communautaires de santé publique pendant la pandémie de COVID-19 : répercussions négatives sur les enfants, les adolescents et les familles - mise à jour* Toronto, ON, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2020

© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2020

Avis

Le présent document a été préparé par Santé publique Ontario (SPO). SPO fournit un soutien scientifique et technique au gouvernement, aux organisations de santé publique et aux fournisseurs de soins de santé. Son travail s'appuie sur les meilleures données probantes actuellement disponibles.

L'emploi et l'utilisation de ce document sont la responsabilité de l'utilisateur. SPO ne peut pas en être tenue responsable.

Le présent document a été produit spécifiquement en réponse à une demande du Service de santé du district de Simcoe Muskoka et risque de contenir des renseignements confidentiels ou exclusifs de SPO. Par conséquent, il est interdit de le communiquer, de le citer ou de le reproduire sans l'autorisation écrite de SPO. Il est également interdit de le modifier sans l'autorisation écrite expresse de SPO.

Santé publique Ontario

Santé publique Ontario est un organisme du gouvernement de l'Ontario voué à la protection et à la promotion de la santé de l'ensemble de la population ontarienne, ainsi qu'à la réduction des inégalités en matière de santé. SPO met les connaissances et les renseignements scientifiques les plus pointus du monde entier à la portée de professionnels de la santé publique, des travailleurs de la santé de première ligne et des chercheurs.

Pour en savoir plus sur SPO, visitez publichealthontario.ca.

