

DEPARTEMENT AUTORISATIONS D'EXERCICE,
CONCOURS, COACHING

BUREAU DES CONCOURS NATIONAUX

**CYCLE PREPARATOIRE AU CONCOURS INTERNE D'ACCES
AU CYCLE DE FORMATION DES ELEVES DIRECTEURS DES SOINS.**

1^{ère} EPREUVE D'ADMISSIBILITE

Mardi 12 mars 2024

Durée 4 heures – Coefficient 2

Rédaction d'une note de synthèse sur un sujet d'ordre général

SUJET :

« A partir des documents joints, votre chef d'établissement vous demande de rédiger une note de synthèse sur la prise en charge des adolescents et des jeunes adultes en santé mentale. »

IMPORTANT – Dès la remise du sujet, les candidats sont priés de vérifier le nombre de pages et la numérotation : 56 pages + 2 (sujet + sommaire).

SOMMAIRE

Documents	Nombre de pages	Page
Lancement du dispositif « Psy Enfant Ado » Site du Ministère du Travail, de la Santé et de la solidarité publié le 16 juin 2021	1	1
Accompagnement psychologique : Mon soutien psy. Site du Gouvernement. Publié le 20/11/2023 - Mis à jour le 27/01/2024	5	2
Santé mentale et psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : quelles interactions ? Véronique Delvenne, Cynthia Bula-Ibula, Dans L'information psychiatrique 2021/5 (Volume 97), pages 353 à 359 Éditions John Libbey Eurotext	8	7
BEH Santé publique France N° 3. 5 février 2024- Prévalence des pensées suicidaires et tentatives de suicide chez les 18-85 ans en France : résultats du Baromètre santé 2021-	16	15
Le Monde Idées suicidaires, les jeunes sont les plus touchés - 26 /02/2024	3	31
Santé mentale des jeunes : face aux chiffres alarmants, le Sénat demande une stratégie nationale - Public Sénat - 5 février 2024	2	34
Santé mentale des jeunes : des conseils pour prendre soin de sa santé mentale. Santé publique France 2023	4	36
Extrait 1 Dossier de presse-- Assises de la santé mentale et de la psychiatrie 2021	9	40
Extrait 2 Dossier de presse-- Assises de la santé mentale et de la psychiatrie 2021	8	49

[Accueil](#) > [Archives](#) > [Archives presse](#) > [Archives communiqués de presse](#) > **Lancement du dispositif « Psy Enfant Ado »**

Lancement du dispositif « Psy Enfant Ado »

publié le : 16.06.21

Le dispositif « forfait 100% Psy enfant Ado » annoncé par le Président de la République le 14 avril dernier est opérationnel.

Il constitue une réponse d'urgence, dans un contexte de sortie de crise sanitaire liée au COVID, à la souffrance psychique des enfants et adolescents. Il a pour objectif de prendre en charge jusqu'à 10 séances de psychologues à destination des enfants et adolescents de 3 à 17 ans souffrant de troubles psychiques légers à modérés.

Ces jeunes sont inclus dans le dispositif par adressage d'un médecin. Celui-ci peut être, par exemple, un médecin généraliste, un pédiatre, un médecin scolaire, un médecin de PMI ou encore un médecin hospitalier. Le médecin peut également repérer les situations en rapport avec des troubles plus sévères (par exemple : troubles graves du comportement ou risque suicidaire) qui nécessitent une orientation des enfants et adolescents, dans les plus brefs délais, vers une prise en charge plus adéquate (psychiatre ou service spécialisé).

Dans les faits, les parents d'un jeune présentant des troubles psychiques légers à modérés s'adressent à un médecin qui leur recommande une prise en charge par un psychologue. Les parents peuvent alors choisir un psychologue participant sur le site <https://www.psyenfantado.sante.gouv.fr/> et contacter le psychologue choisi.

Déployées sur l'ensemble du territoire, ces prises en charge psychologiques sont sans avance de frais pour les familles et intégralement financées par l'Assurance Maladie. Les psychologues seront directement remboursés par l'assurance maladie à l'issue des séances.

La liste nationale des psychologues participants est régulièrement mise à jour. Les professionnels qui le souhaitent peuvent candidater via le site <https://www.psyenfantado.sante.gouv.fr/>

PDF Communiqué de presse - Lancement aujourd'hui du dispositif « Psy Enfant Ado »

[Téléchargement du pdf \(454 kio\)](#)

DOCX Communiqué de presse (version accessible) - Lancement aujourd'hui du (...)

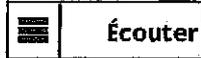
[Téléchargement du docx \(53.1 kio\)](#)

Contact presse :

Direction de la sécurité sociale : dss.presse@sante.gouv.fr



Voir le fil d'ariane



Accompagnement psychologique : Mon soutien psy

Publié le 20/11/2023 - Mis à jour le 27/01/2024

Partager la page

Accéder à la Bulle Elix - Langue des signes française

En 2023, le dispositif Mon soutien psy remplace MonParcoursPsy. Il permet aux enfants dès 3 ans et aux adultes en souffrance psychique de bénéficier de séances d'accompagnement par un psychologue, remboursées par l'Assurance Maladie.

SOMMAIRE

1. En quoi consiste MonParcoursPsy ?
2. Qui peut bénéficier de Mon soutien psy ?
3. Comment bénéficier de Mon soutien psy ?
4. Quelle est la prise en charge de Mon soutien psy ?
5. Que faire en cas d'urgence psychique ?

1) En quoi consiste MonParcoursPsy ?

Mon soutien psy est un dispositif mis en place par le ministère chargé de la Santé. En cas de souffrance psychique, il permet de **bénéficier d'un accompagnement psychologique remboursé sous certaines conditions, avec :**

- **un entretien d'évaluation et 1 à 7 séances de suivi d'accompagnement psychologique** remboursés par année civile. Ces séances sont proposées par votre médecin en accord avec vous ;
- **une prise en charge sous conditions** par l'Assurance Maladie ou votre mutuelle et votre complémentaire santé le cas échéant.

Le psychologue doit être conventionné avec l'Assurance Maladie et partenaire du dispositif Mon soutien psy.

Pourquoi consulter un psychologue grâce à Mon soutien psy ?

Vous pouvez bénéficier de séances d'accompagnement psychologique via Mon soutien psy après consultation d'un médecin si, par exemple :

- vous êtes angoissé, anxieux ou déprimé ;
- vous êtes en situation de mal-être ;
- vous avez un problème de consommation de tabac, d'alcool ou de cannabis ;
- vous avez un trouble du comportement alimentaire.

Le médecin évalue si ce dispositif d'accompagnement psychologique est adapté pour vous ou s'il est préférable de vous orienter directement vers des soins plus spécialisés.

Pour trouver un psychologue partenaire près de chez soi, consultez l'annuaire des psychologues partenaires Mon soutien psy (sante.gouv.fr).

2) Qui peut bénéficier de Mon soutien psy ?

- Si vous avez plus de 18 ans et que vous êtes en souffrance psychique.
- Si votre enfant ou jeune est âgé de 3 ans à 17 ans inclus.
- Si votre enfant ou jeune présente un mal être ou une souffrance psychique légère à modérée qui suscite votre inquiétude ou celle de l'entourage (école, collège, médecin...).

Bon à savoir

Les étudiants peuvent bénéficier du dispositif Santé Psy Étudiant, fonctionnant sur le même principe et sans avance de frais. Pour en savoir plus, consultez le site Santé Psy Étudiant.

Attention ! Le dispositif Mon soutien psy n'est pas adapté dans certaines situations qui nécessitent une évaluation par un psychiatre. C'est pour cela qu'il est important de consulter un médecin avant. Celui-ci vérifie votre état de santé et en cas de troubles sévères, il peut vous orienter vers une prise en charge plus adaptée auprès d'un psychiatre ou d'un Centre médico psychologique. **À noter : en cas d'urgence ou de risque suicidaire, contactez sans délais le 3114.**

3) Comment bénéficier de Mon soutien psy ?

Trois étapes :

1. **Consulter un médecin** (généraliste, gynécologue, médecin scolaire, etc.) qui, si besoin, vous rédigera un courrier d'adressage pour le psychologue.
2. **Prendre un RDV avec un psychologue conventionné et partenaire.** À noter : lors de ce RDV, il faudra prendre avec vous le courrier d'adressage.
3. **Régler vos séances et vous faire rembourser.**
 - Si vous bénéficiez d'une exonération d'avance de frais. Dans ce cas, il faudra vous munir de votre attestation de carte Vitale indiquant vos droits.
 - Autrement, vous envoyez à votre organisme d'Assurance Maladie votre feuille de soins accompagnée du courrier d'adressage de votre médecin (après chaque séance ou à la fin de plusieurs séances).

Bon à savoir

En cas de souffrance psychique en lien avec :

- une affection de longue durée (ALD)
- une grossesse à partir du 6^e mois
- un accident de travail ou une maladie professionnelle (AT ou MP)

Ou si vous êtes bénéficiaires :

- de la complémentaire santé solidaire (CSS)
- de de l'aide médicale d'État (AME)

Vous bénéficiez du tiers payant obligatoire. Vous n'avez aucun frais à avancer et aucun envoi à faire.

4) Quelle est la prise en charge de Mon soutien psy ?

Mon soutien psy vous permet d'obtenir une prise en charge à hauteur de 60 % par l'Assurance Maladie.

Cette prise en charge comprend :

- le premier rendez-vous d'entretien d'évaluation avec un psychologue conventionné (40 euros) ;
- jusqu'à 7 séances de suivi psychologique (30 euros/séance). Ces séances ne peuvent pas faire l'objet de dépassement d'honoraires.

À savoir : certains psychologues peuvent réaliser des séances de suivi à distance (consultation vidéo) excepté la première séance d'entretien initial réalisée uniquement en présentiel.

5) Que faire en cas d'urgence psychique ?

Vous avez besoin d'aide rapidement car vous êtes en grande souffrance ou une personne de votre entourage a des idées suicidaires. Voici les numéros à contacter en cas d'urgence :

- 15 : Samu,
- 18 : pompiers
- 112 : numéro d'appel d'urgence européen
- ou Prévention du suicide : 3114

Pour en savoir plus, consultez l'article consacré aux numéros utiles.

L'essentiel à retenir

- Mon soutien psy est un accompagnement psychologique remboursé qui s'adresse aux personnes âgées de plus de 3 ans souffrant de troubles psychiques légers à modérés.
- Pour en bénéficier, vous devez préalablement consulter un médecin, qui fera un courrier d'adressage si vous pouvez bénéficier de ce dispositif.
- Un entretien d'évaluation et jusqu'à 7 séances d'accompagnement psychologique pris en charge par l'Assurance Maladie (60 %) et éventuellement complété par votre complémentaire ou mutuelle.
- Le psychologue doit être conventionné et inscrit dans l'annuaire Mon soutien psy.

À consulter en complément

- site Mon soutien psy
 - Fil santé jeunes
-

Santé mentale et psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : quelles interactions ?

Véronique Delvenne, Cynthia Bula-Ibula

DANS L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE 2021/5 (VOLUME 97), PAGES 353 À 359
ÉDITIONS JOHN LIBBEY EUROTEXT

ISSN 0020-0204
DOI 10.1684/ipe.2021.2262

Article disponible en ligne à l'adresse
<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2021-5-page-353.htm>



CAIRN
MATIÈRES À RÉFLEXION



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.

Santé mentale et psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : quelles interactions ?

Véronique Delvenne¹
Cynthia Buła-Ibula²

¹ Professeur, chef de service de pédopsychiatrie à l'Hôpital universitaire des enfants Reine Fabiola (Huderf), Université libre de Bruxelles <veronique.delvenne@ulb.ac.be>

² Docteur, relation de 2^e niveau, assistante pédopsychiatre, Hôpital universitaire des enfants Reine Fabiola (Huderf)

Résumé. La pédopsychiatrie est une spécialité médicale avec un solide ancrage neurobiologique, psychosocial, culturel et développemental. Son mandat réside dans l'évaluation, le diagnostic et le trajet de soins des troubles mentaux, mais aussi dans la prévention de leurs complications et récurrences. La santé mentale, selon l'OMS, vise l'amélioration du bien-être global, de l'accomplissement personnel et de la contribution à la société de tout un chacun. Elle n'est donc pas uniquement du ressort de la santé et du médical, mais également de la société dans sa globalité. Au vu des prédictions d'une augmentation des demandes, notamment en ces temps de crise liée au coronavirus, il est primordial de remettre à jour la définition de ces concepts. Il importe aussi de situer les différents niveaux d'intervention organisés en Belgique et de clarifier leurs interactions entre les multiples partenaires œuvrant dans la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent, l'objectif ici étant de préserver et soutenir la spécificité de la pédopsychiatrie.

Mots clés : pédopsychiatrie, enfant, adolescent, santé mentale, prévention, politique de santé, Belgique

Abstract. What are the interactions between child and adolescent mental health and psychiatry? Child psychiatry is a medical specialty with a solid neurobiological, psychosocial, cultural, and developmental basis. It focuses on the assessment, diagnosis, and treatment of mental disorders, but also the prevention of complications and relapse. Mental health, according to the WHO, aims to improve each person's overall well-being, personal accomplishment, and contribution to society. It is therefore not only a health and medical issue, but also a societal issue in general. Given the predictions of increased demand for mental health services, in particular during the coronavirus crisis, it is important to update the definition of these concepts. It is also important to situate the different levels of intervention in Belgium and to clarify the interactions between the multiple partners working in child and adolescent mental health, the purpose here being to preserve and support the specificity of child psychiatry.

Key words: child psychiatry, child, adolescent, mental health, prevention, health policy, Belgium

Resumen. Salud mental y psiquiatría del niño y del adolescente: ¿cuáles son las interacciones? La Pedopsiquiatría es una especialidad médica con un sólido anclaje neurobiológico, psicosocial, cultural y de desarrollo. Su mandato consiste en la evaluación, el diagnóstico y el recorrido de cuidados de los trastornos mentales, pero también en la prevención de sus complicaciones y reincidencias. La salud mental, según la OMS, tiene el objetivo puesto en el bienestar global, el cumplimiento personal y la contribución a la sociedad de cada uno. Por consiguiente no atañe únicamente a la salud y a lo médico, sino igualmente a la sociedad en su globalidad. Vistas las predicciones de un aumento de las demandas, especialmente en estos tiempos de crisis vinculada con el coronavirus, es primordial repasar la definición de estos conceptos. También importa situar los diferentes niveles de intervención organizados en Bélgica y clarificar sus interacciones entre los múltiples socios que obran en la salud mental del niño y de los adolescentes, siendo aquí el objetivo preservar y apoyar la especificidad de la prueba o psiquiatría.

Palabras claves: pedopsiquiatría, niño, adolescente, salud mental, prevención, política de sanidad, Bélgica

La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent fait partie de la santé mentale, mais les deux concepts ne sont pas entièrement superposables et les rôles à assumer, en fonction des secteurs dans lesquels on exerce, peuvent être bien différents.

Quel est donc le rapport entre la psychiatrie et la santé mentale au sens large ? L'enjeu et la nécessité de cet éclairage sont majeurs, au vu de l'incalculable coût qu'ont les troubles mentaux dans l'enfance et l'adolescence, tel que leur impact sur les familles et entourages, une productivité limitée, une augmentation des coûts en soins de santé et une diminution du bien-être futur [1].

Correspondance : V. Delvenne
<veronique.delvenne@ulb.ac.be>

La médecine et la santé mentale

La définition de la santé mentale par l'OMS a beaucoup évolué depuis la fin de la 2^e Guerre mondiale. Avant 1945, la santé correspondait à l'absence de maladie. Dès 1946, l'OMS change radicalement de perspective et la définition s'est élargie à un état de complet bien-être physique, mental et social. Dans la *Déclaration des droits de l'homme* de l'ONU, en 1948, il est dit à l'article 25 que « toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille ». En 2001, l'OMS considère que la santé mentale correspond à « un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté ». Il s'agit donc de viser à « améliorer le bien-être, le développement cognitif et émotionnel, l'accomplissement personnel et l'intégration dans la société » [2]. Il importe cependant d'éviter l'amalgame souvent fait entre l'amélioration du bien-être et l'absence de souffrance psychique dans nos sociétés actuelles.

Avec une telle définition de la santé mentale, toute la population est concernée et c'est la société dans son ensemble qui en est le vecteur. Les stratégies pour agir relèvent pour la plupart de la **prévention primaire**, nécessitant des décisions politiques quant à la formation des acteurs de la petite enfance, des enseignants, de l'aide sociale, de l'information médiatique mais aussi des programmes de soutien à la parentalité. On est bien au-delà de la médecine et de la santé au sens strict, mais aussi au-delà de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. De plus, les patients pédopsychiatriques ont aussi droit à la santé mentale comme tout citoyen.

Dans l'objectif de la définition de la santé et de la santé mentale de l'OMS, toutes les disciplines médicales cliniques devraient envisager une approche holistique du patient et de sa famille, sur le modèle biopsychosocial et culturel, où « les facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et culturels sont considérés comme participant simultanément au maintien de la santé ou au développement de la maladie » [3, 4]. Cela nécessite une réelle intégration des diverses perspectives, abordées simultanément et de manière transdisciplinaire (médecine somatique, psys, assistants sociaux, éducateurs...) dans une réelle concertation, ainsi qu'une participation active du patient. L'approche psychologique et développementale n'est donc pas « secondaire » ; elle est intégrée aux autres approches, l'une n'allant pas sans l'autre.

En médecine, on définit classiquement une entité morbide avec une étiologie connue, des signes et des symptômes identifiables, avec ou sans altération anatomique. La psychiatrie est cependant la seule spécialité médicale dont le champ d'action concerne des pathologies et des troubles sans étiologie connue, un trouble mental qualifiant l'état d'un sujet pensant et non celui d'un ensemble d'organes. Pour l'Académie française de

médecine, la psychiatrie est une « discipline médicale pour l'étude, la prévention, le traitement des maladies mentales, et la réhabilitation des patients » alors que pour l'American Psychiatric Association, la psychiatrie s'étend aussi au « diagnostic, au traitement et à la prévention des troubles mentaux, émotionnels et comportementaux ». On voit dès lors, que le champ d'action du psychiatre peut être variable.

Qu'est-ce qu'un trouble psychiatrique ou une maladie mentale dans ce cas ? Certaines entités sont bien définies dans l'approche médicale catégorielle, type DSM-5, comme la bipolarité, la schizophrénie ou l'état dépressif majeur. Toutefois, il est nécessaire de définir un seuil pour le diagnostic car il existe aussi des états considérés comme non pathologiques s'écartant de la norme, ainsi que des manifestations subsyndromiques comme la dysthymie par exemple. Ces états viennent constituer une zone floue où s'enchevêtrent pédopsychiatrie et santé mentale.

La place du médecin psychiatre d'enfant et d'adolescent dans la définition de la santé mentale de l'OMS se doit d'être posée, notamment au regard du nombre de jeunes en souffrance qui ne reçoivent pas les soins adéquats. Tout d'abord, il s'adresse aux jeunes mais aussi à ses parents et à son environnement. Son rôle devrait être délimité par un seuil, c'est-à-dire aux situations les plus sévères, aux pathologies ou aux dysfonctionnements entraînant une altération du fonctionnement social, scolaire, relationnel [5]. Chez l'adulte, on pourrait parler d'une rupture phénoménologique dans l'expérience du sujet mais qu'en est-il chez l'enfant ? En outre, le pédopsychiatre est à l'articulation de différents domaines du somatique et du psychique, de l'individuel et du relationnel, du personnel, du social et du culturel, de l'éducatif et du juridique, d'où l'importance du travail de réseau.

Une société aux besoins croissants en santé mentale

De nombreux écrits dans la littérature soutiennent la nécessité d'actions en santé mentale dans l'enfance et l'adolescence, afin de prévenir des troubles mentaux significatifs ultérieurs et d'améliorer le fonctionnement global.

Dans un éditorial récent de 2016, le *Lancet* titrait « Investing in adolescent health, wellbeing could transform global health for generations to come, says major report » [6]. Il soulignait que des comportements qui commencent à l'adolescence peuvent déterminer la santé et le bien-être pour la vie entière et que les adolescents d'aujourd'hui doivent faire face à de nouveaux défis tels que l'obésité, la santé mentale, le non-emploi ou les risques de radicalisation.

De manière encore plus précoce, les études longitudinales de Susan Walker et Sally Grantham Mc Gregor, réalisées en Jamaïque, ont montré le bénéfice de séances de stimulation précoce de l'interaction

mère-bébé, chez des enfants en retard staturopondéral avant un an, sur les compétences cognitives à l'âge adulte et sur la réduction de comportements antisociaux [7].

L'OMS a estimé, en 2005, la prévalence des troubles mentaux chez les enfants et les adolescents à approximativement 20 %. Quatre à six pour cent de ces enfants et des adolescents auraient besoin d'une intervention clinique pour un trouble significatif. Cependant, seuls 16 à 27 % d'entre eux souffrant de troubles mentaux ont effectivement reçu des soins de santé mentale spécialisés. Le rapport de l'OMS estimait également une augmentation de la demande de 50 % entre 2015 et 2025, ces chiffres ne tenant naturellement pas compte de la pandémie actuelle ayant certainement augmenté ces prévisions. De plus, de nombreux troubles mentaux d'adultes commencent avant l'âge de 14 ans (50 %) et 75 % sont détectables entre 14 et 25 ans [8-10].

Face à ces constats, l'OMS définit quatre objectifs stratégiques dans son plan d'action en santé mentale 2013-2020 [11] :

1. Renforcer le leadership et la politique de santé mentale pour les enfants et adolescents.

2. Renforcer l'offre de soins en santé mentale et l'action sociale pour une approche globale, intégrée et adaptée aux besoins des enfants et adolescents au plus près de la communauté.

3. Mettre en œuvre des stratégies de promotion de la santé mentale et de prévention.

4. Renforcer les systèmes d'information relatives aux soins, d'enregistrement, de communication et de recherche en santé mentale.

Ce projet implique une collaboration et une harmonisation intensive intersectorielle (santé mentale, aide à la jeunesse, justice, enseignement, secteur handicap, office de l'enfance, famille et patients, médecin généraliste, pédiatres, obstétriciens...).

Différents niveaux d'interventions en santé mentale

Si l'on considère l'ensemble de la société, l'intervention en santé mentale peut se faire à différents niveaux, comme le montre la pyramide pour un agencement optimal des services dans la santé mentale de l'OMS [12].

Cette représentation permet la visualisation d'une organisation en différents niveaux d'interventions et l'utilisation optimale des différents services œuvrant à la santé mentale. Les soins auto-administrés dans une population, appelés *self care*, et les interventions informelles au sein de la communauté, représentent les premiers niveaux d'action dont la société devrait tenir compte pour améliorer le bien-être de sa population. Parmi les soins formels, arrivent d'abord les services de santé de 1^{re} ligne tels que les médecins généralistes et médecins scolaires, puis les services de santé mentaux

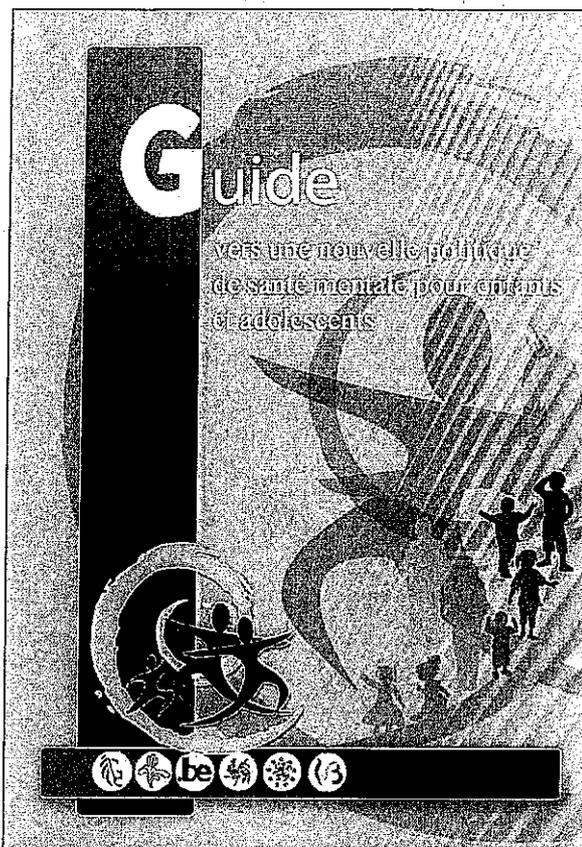


Figure 1. Guide vers une nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents du 30 mars 2015. Avec autorisation [13].

et les services hospitaliers de pédopsychiatrie générale, et enfin les services de soins pédopsychiatriques spécialisés et de recours.

En mars 2015, la Belgique a publié le *Guide vers une nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents*, guide pour une réforme de la politique de santé mentale pour les enfants et les adolescents et a établi un plan d'action national, inspiré des quatre objectifs stratégiques du plan d'action de l'OMS (figure 1) [13].

Les différents niveaux d'intervention ont été repris dans cet ouvrage, selon un diagramme reprenant l'ensemble des acteurs de la santé mentale, mais aussi leurs interactions intersectorielles et celles autour de l'enfant, de l'adolescent (E&A) et de leur entourage (figure 2) [14]. Le socle informel participant à la santé mentale de l'E&A compte les différents acteurs sociaux, éducationnels, culturels et légaux, ainsi que l'entourage naturel constitué de la famille élargie, des amis et des parents/tuteurs de l'E&A. L'aide aux personnes, l'action sociale et les soins de santé partagent l'objectif commun d'administrer des services de soins et de prévention à l'enfant et à l'adolescent.

Quant aux soins spécialisés en santé mentale, leur participation implique d'emblée le travail de réseau, une fois l'évaluation diagnostique faite, ceci expliquant leur

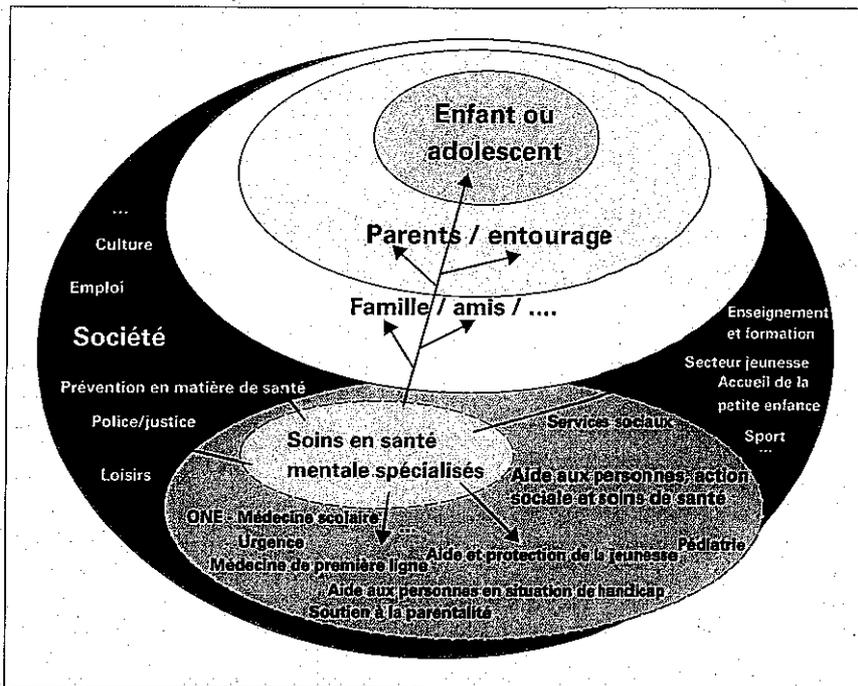


Figure 2. Diagramme des acteurs de la nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents. Avec autorisation [14].

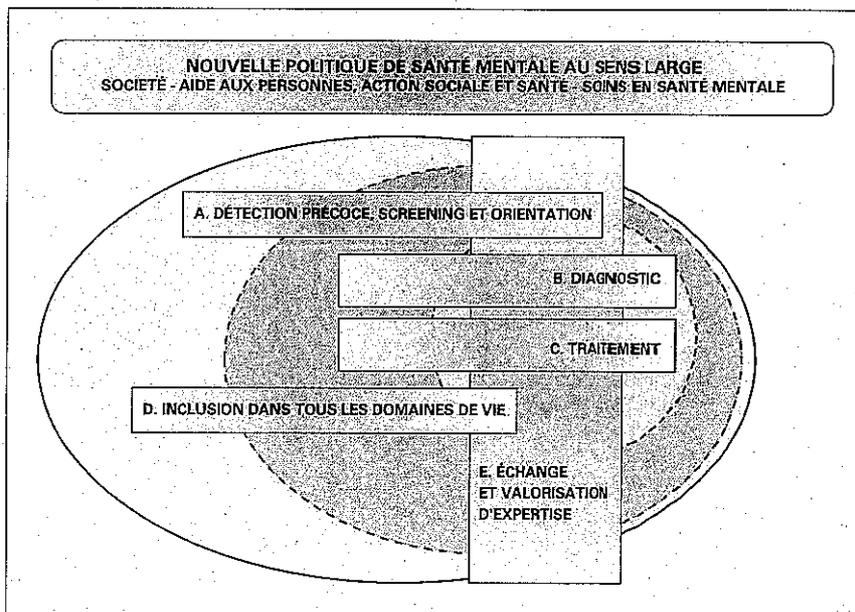


Figure 3. Schéma des fonctions dans la nouvelle politique de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent. Avec autorisation [15].

position quelque peu centrale dans le schéma. Mais quelle place occupe spécifiquement la pédopsychiatrie au sein de cette organisation ?

Il est tout d'abord nécessaire de comprendre la répartition des cinq missions clés, définies par la nouvelle politique belge, que l'ensemble des acteurs et travailleurs doivent remplir dans le but d'assurer les diverses interventions dans les soins de santé mentale de l'E&A (figure 3) [15].

L'intervention du pédopsychiatre en santé mentale

Le rôle du médecin pédopsychiatre, dans cette organisation, concerne principalement la mise au point diagnostique et l'élaboration du plan de soins ou du traitement. Il joue également un rôle dans la réhabilitation et dans l'échange et la valorisation d'expertise.

Un modèle similaire est retrouvé dans le spectre des interventions en santé mentale inspiré par le ministère de la Santé et des Soins aux personnes âgées du Commonwealth [16]. Les fonctions attribuées aux pédopsychiatres sont relatives au repérage précoce des troubles, à la prise en charge des problèmes aigus, au soulagement des patients en rupture avec leur fonctionnement psychique et à la prévention des complications et récidives.

Le rôle de la pédopsychiatrie n'est donc pas superposable à l'ensemble des champs de la santé mentale qui vise à améliorer le bien-être, le développement cognitif et émotionnel, l'accomplissement personnel et l'intégration dans la société, ce rôle appartenant à la société dans sa globalité, par le biais d'un travail intersectoriel. À vrai dire, le rôle de la pédopsychiatrie est de contribuer à cet édifice sociétal, en travaillant à l'amélioration de la santé mentale des enfants et adolescents chez qui existe (déjà) une rupture dans le fonctionnement psychique.

Par conséquent, pour éviter toute confusion ou dissolution de la pédopsychiatrie dans la santé mentale, il est nécessaire de développer une approche pédopsychiatrique solide, basée sur les connaissances psychopathologiques et développementales.

En préalable à toute prise en charge, il importe d'évaluer la situation clinique de l'enfant et de l'adolescent, de son développement et de son environnement sur le modèle bio-psycho-social et culturel, permettant un diagnostic holistique de l'enfant ou de l'adolescent (qu'il soit catégoriel ou dimensionnel – individuel ou environnemental). Ce diagnostic, au-delà de sa fonction de reconnaissance d'un trouble, va surtout permettre l'élaboration d'un plan de soins prenant en compte, non seulement les guidelines et l'*evidence based medicine* existants en pédopsychiatrie, mais aussi les spécificités particulières et toujours uniques de la rencontre avec ce jeune et ses proches ainsi que ses forces et ses faiblesses. Il est important de ne pas négliger la complexité des situations, les possibles comorbidités entre les troubles ou encore par la diversité culturelle impactant l'expression des symptômes.

Un des défis que rencontre aussi le milieu pédopsychiatrique réside dans les multiples courants théoriques. Il est donc nécessaire d'éviter les positions théoriques hégémoniques, afin de favoriser la pluralité des approches dans une vision co-constructive. L'intégration des divers niveaux de connaissances et de complexité permet *in fine* la réalisation d'un plan de traitement individuel, au plus proche des besoins de l'enfant, de l'adolescent et de son entourage.

Le rôle du pédopsychiatre sera donc celui de « chef d'orchestre », axé sur une collaboration avec et entre les professions associées (médecins généralistes, pédiatres, infirmières en pratique avancée, psychologues, assistants sociaux, orthophonistes, psychomotriciens, ergothérapeutes, éducateurs...) afin de

respecter les besoins en soins au cas par cas, dans une volonté d'utilisation optimale de nos ressources limitées.

La question de la prévention chez l'enfant et l'adolescent

Dans la mission de prévention, le rôle du pédopsychiatre est un rôle d'expert du développement et du repérage précoce des troubles. Il peut participer, avec d'autres experts, à l'élaboration d'une action en santé publique dans la prévention ou la détection précoce, une action en promotion de la santé, et une action dans la participation des patients pour une déstigmatisation des problématiques psychiques, notamment par intégration des « patients experts » appelés pairs aidants.

La prévention peut être primaire et s'adresser à la population générale pour éviter l'apparition des troubles, elle peut être secondaire pour détecter précocement les troubles et prendre en charge rapidement et elle peut être tertiaire pour éviter les comorbidités ou le handicap.

Les « 1000 jours » de la prévention primaire

Une littérature très riche et probante a été produite au cours des 10-15 dernières années sur l'importance des facteurs de développement précoce durant les 1000 premiers jours de l'enfant, en commençant par les 270 jours de grossesse jusqu'à ses 2 ans de vie [17].

La prévention primaire à cette période du début de la vie comporte d'abord un soutien à la parentalité. Ensuite, il est nécessaire de repérer les enfants souffrant d'un stress précoce toxique : durant la période anténatale, via des incidents périnataux et des « événements défavorables de l'enfance » (ACE), en postnatal. Ce sont des éléments très sensibles dans le développement des troubles de santé physiques et mentaux ultérieurs (voir le schéma « *Adverse Childhood Experience* », [18]). Il est donc primordial de repérer précocement ces facteurs de risque, grâce à un travail de formation et de sensibilisation de tous les acteurs et travailleurs de la périnatalité.

L'intervention précoce en petite enfance

Le travail préventif secondaire en petite enfance concerne le repérage précoce des troubles dits « neurodéveloppementaux », comme la détection d'un retard du langage oral par exemple. Cependant, la promotion d'un environnement favorable et le repérage de manière générale demeure une préoccupation sociétale globale (voir « Les 4 phases de l'intervention précoce », [19]).

La prévention précoce à l'adolescence

Les facteurs de vulnérabilité liés à l'adolescence proviennent de la différence de maturation entre d'une

part la région du cortex orbito-frontal, encore immature, responsable des fonctions exécutives, de la planification et du contrôle de comportement, et d'autre part la région du système limbique (amygdale et hippocampe) mature plus tôt et impliquée dans les émotions et le système des récompenses. Cela provoque une accélération des conduites à risque, des passages à l'acte, des situations d'expérimentation et constitue également un facteur de risque d'accroche aux consommations de toxiques par l'hyperactivation amygdalienne.

L'intervention précoce en âge de transition vers la psychiatrie adulte

Prenons l'exemple de la ligne de vie d'un patient dit à « ultra hauts risques », c'est-à-dire un patient en âge de transition à risque majeur de développer un trouble psychiatrique chronique ultérieurement. On retrouve, dans la plupart des cas, des facteurs de risque très précoces mais aussi des prodromes précoces comme des troubles du langage, des apprentissages... puis des symptômes à bas bruits. À l'adolescence, on peut retrouver des symptômes positifs atténués et quelques émergences de symptômes positifs sur lesquels on peut encore travailler en prévention par un travail sur les facteurs de risque, avec une prise en compte des fragilités de l'individu. Ce travail réduit la prévalence des troubles psychiatriques dits psychotiques ultérieurs (voir le schéma « Modèle d'évolution des troubles psychotiques » [20]).

La réhabilitation

Le terme de réhabilitation est surtout employé en psychiatrie adulte. Elle consiste en la mise en place de programmes d'accompagnement de patients souffrant de troubles chroniques comme la schizophrénie ou le trouble bipolaire, vers une réinsertion sociale ou professionnelle. La réhabilitation a également pour objectifs de développer des aptitudes pratiques (autonomie dans les trajets, gestion du budget...), d'améliorer certaines compétences pour vivre en société (communication et compétences relationnelles, ponctualité, relation à l'autre, prise en compte des consignes...), de réduire l'impact des déficits cognitifs (par la remédiation cognitive), d'améliorer la connaissance de la maladie et de ses traitements (éducation thérapeutique ou psychoéducation), de soutenir les processus de reconstruction psychique, et de mettre en œuvre un projet de vie (autonomisation progressive ou accompagnée).

Certains de ces objectifs peuvent également être appliqués aux troubles chroniques rencontrés en pédopsychiatrie tels que le trouble du spectre de l'autisme ou encore le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité. La question de la réhabilitation en pédopsychiatrie ramène la question du bien-être et du plein

développement des capacités d'un individu et donc au droit à la santé mentale de nos patients sur tous les plans de sa vie.

En conclusion

La pédopsychiatrie est une spécialité médicale avec un solide ancrage développemental, relationnel, neurobiologique, psychosocial et culturel. Elle est aussi en permanence nourrie par les sciences humaines telles que la psychologie clinique et sociale, l'anthropologie, les sciences sociales...

Il est essentiel de préserver la spécificité de la fonction du pédopsychiatre, par le maintien et la valorisation de cette position d'évaluation, de diagnostic et de trajet de soins. Néanmoins il est important pour le pédopsychiatre de continuer à alimenter, avec ses partenaires, la réflexion sur la prévention primaire ou la détection précoce et de soutenir le dialogue entre toutes les interventions intersectorielles en vue d'une meilleure santé mentale des patients.

La position d'expert et le leadership du pédopsychiatre est également à soutenir dans une vision holistique de l'enfant et de l'adolescent. Cette expertise repose sur la prise en compte de toutes les dimensions étiopathogéniques mais aussi de tous les facteurs intersectoriels, afin de soutenir l'évolution des connaissances et le transfert de compétences.

Liens d'intérêt les auteures déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

Références

1. Skokauskas N, Fung D, Flaherty LT, et al. Façonner l'avenir de la psychiatrie d'enfants et d'adolescents. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2019; 13: 19.
2. Falissard B. Penser l'avenir de la pédopsychiatrie dans le monde : bilan de 4 années de présidence de l'International Association of Child and Adolescent Psychiatry and the Allied Professions (IACAPAP). *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine* 2019; 203(6): 457-61.
3. Engel GL. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science* 1977; 198: 129-96.
4. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry* 1980; 137: 535-44.
5. Falissard B, Monégat M, Harper G. Psychiatry, mental health, mental disability: time for some necessary clarifications. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2017; 26: 1151-4.
6. Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *Lancet* 2016; 387(10036): 2423-78.
7. Walker SP, Cheng SM, Vera-Hernández M, Grantham-McGregor S. Early childhood stimulation benefits adult competence and reduces violent behavior. *Pediatrics* 2011; 127(5): 849-57.
8. WHO Atlas : *Child and adolescent mental health resources : global concerns, implications for the future*. Geneva: WHO, 2005.
9. Waddell C, Offord DR, Shepherd CA, Hua JM, McEwan K. Child psychiatric epidemiology and Canadian public policy-making : the state of the science and the art of the possible. *The Canadian J of Psych* 2002; 47: 825-32.

10. Di Lorenzo R, Cimino N, Di Pietro E, *et al.* A 5-year retrospective study of demographic, anamnestic and clinical factors related to psychiatric hospitalizations of adolescents. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2016; 12: 191-220.
11. WHO. *Mental Health Action Plan 2013-2020*. World Psychiatry 2015; 14: 358-61. http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/.
12. WHO. Service Organization Pyramid for an Optimal Mix of Services for Mental Health. *Integrating the response to mental disorders and other chronic diseases in health care systems*. WHO, 2014. p. 26.
13. *Guide vers une nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents*. 30 mars 2015. Disponible sur http://www.psy0-18.be/images/Guide_0-18/GUIDE-EA_definitif_20150330.pdf.
14. « Schéma de la nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents ». In : *Guide vers une nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents*. 30 mars 2015. https://www.psy0-18.be/images/Guide_0-18/GUIDE-EA_definitif_20150330.pdf, p. 3.
15. « Schéma des fonctions dans la nouvelle politique de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent ». In : *Guide vers une nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents*. 30 mars 2015. https://www.psy0-18.be/images/Guide_0-18/GUIDE-EA_definitif_20150330.pdf, p. 19.
16. "Spectrum of Interventions for Mental Health". In: Campbell AJ, Robards F. *Using technologies safely and effectively to promote young people's wellbeing. A better practice guide for services*. Australie: Young and Well Cooperative Research Centre, 2013. p. 3.
17. Fusar-Poli P, Borgwardt S, Bechdolf A, Addington J, Riecher-Rössler A, Schultze-Lutter F, *et al.* The psychosis high-risk state: A comprehensive state-of-the-art review. *Arch Gen Psychiatry* 2013; 70(1): 107-20.
18. « Adverse Childhood Experience », <https://www.wavetrust.org/adverse-childhood-experiences>.
19. « les 4 phases de l'intervention précoce ». In : *Le Défi de l'Intervention Précoce. Cahiers thématiques de la fédération addiction* 2015 ; 15 : 5. https://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/FR_Le-d%C3%A9fi-de-l'intervention-pr%C3%A9coce-2015.pdf.
20. « Modèle d'évolution des troubles psychotiques », <https://medical-forum.ch/fr/detail/doi/fms.2019.08040>.

> SOMMAIRE // Contents

ARTICLE // Article

Prévalence des pensées suicidaires
et tentatives de suicide chez les 18-85 ans
en France : résultats du Baromètre
santé 2021

// Prevalence of suicidal ideation and suicide
attempts among 18-85-year-olds in France:
Results from the 2021 Health Barometer surveyp. 42

Christophe Léon et coll.

Santé publique France, Saint-Maurice

Directeur de la publication : Laëtitia Huet, directrice scientifique, adjointe à la directrice générale de Santé publique France
 Rédactrice en chef : Valérie Colombani-Cocuron, Santé publique France, redaction@santepubliquefrance.fr
 Rédactrice en chef adjointe : Frédérique Bilon-Debernard
 Responsable du contenu en anglais : Chloé Chester
 Secrétariat de rédaction : Quentin Lazare
 Comité de rédaction : Raphaël Andler, Santé publique France ; Thomas Bénet, Santé publique France - Auvergne-Rhône-Alpes ; Florence Bodeau-Livinec, EHESP ; Kathleen Chami, Santé publique France ; Perrine de Crouy-Chanel, Santé publique France ; Olivier Dejardin, CHU Caen ; Franck de Laval, Cespa ; Martin Herbas Ekot, CHU Brazzaville, Congo ; Matthieu Evellard, CHU Angers ; Bertrand Gagnière, Santé publique France - Bretagne ; Isabelle Grémy ; Anne Guinard, Santé publique France - Occitanie ; Camille Lecoffre-Bernard, Santé publique France ; Elodie Lebreton, Santé publique France ; Valérie Ollé, Santé publique France ; Amaud Tarantola, Santé publique France - Ile-de-France ; Marie-Pierre Tivolacci, CHU Rouen ; Hélène Therie, Santé publique France ; Sophie Vaux, Santé publique France ; Isabelle Villena, CHU Reims ; Mariana Zeller, UFR Sciences de santé de Dijon.
 Santé publique France - Site Internet : <https://www.santepubliquefrance.fr>
 Prépresse : Luminess
 ISSN : 1953-8030

PRÉVALENCE DES PENSÉES SUICIDAIRES ET TENTATIVES DE SUICIDE CHEZ LES 18-85 ANS EN FRANCE : RÉSULTATS DU BAROMÈTRE SANTÉ 2021

// PREVALENCE OF SUICIDAL IDEATION AND SUICIDE ATTEMPTS AMONG 18-85-YEAR-OLDS IN FRANCE: RESULTS FROM THE 2021 HEALTH BAROMETER SURVEY

Christophe Léon (christophe.leon@santepubliquefrance.fr), Enguerrand du Roscoät, François Beck

Santé publique France, Saint-Maurice

Soumis le 05.09.2023 // Date of submission: 09.05.2023

Résumé // Abstract

Introduction – La France présente, au sein des pays européens, un des taux de suicide les plus élevés. Comme à l'étranger, la crise sanitaire provoquée par l'épidémie de Covid-19 a eu un impact important sur la santé mentale de la population. L'objectif de ce travail est de présenter les résultats concernant la prévalence des pensées suicidaires et des tentatives de suicide en France en 2021, d'identifier les populations les plus concernées et d'observer les évolutions survenues depuis les années 2000.

Matériel et méthode – En 2021, le Baromètre de Santé publique France a interrogé un échantillon aléatoire de 24 514 personnes âgées de 18 à 85 ans résidant en France métropolitaine et 6 519 résidant dans les départements et régions d'outre-mer (DROM) par collecte assistée par téléphone et informatique (Cati). Les variables d'intérêt de notre étude sont les pensées suicidaires et les tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois, ainsi que les tentatives de suicide au cours de la vie. Les évolutions des prévalences ont été établies sur les 18-75 ans grâce aux baromètres santé 2000, 2005, 2010, 2014, 2017, 2020 et 2021 dont la méthodologie était comparable.

Résultats – En 2021, 4,2% des 18-85 ans déclaraient avoir pensé à se suicider au cours des 12 derniers mois. Au total, 6,8% déclaraient une tentative de suicide au cours de leur vie et 0,5% au cours de l'année écoulée. Parmi les 18-75 ans, la prévalence des pensées suicidaires et des tentatives de suicide déclarées dans l'année était en légère baisse depuis 2014, tandis que celle des tentatives de suicide au cours de la vie s'était stabilisée aux alentours de 7%. Le résultat principal est une augmentation importante des pensées suicidaires et des tentatives de suicide au cours de la vie chez les 18-24 ans, observée depuis une dizaine d'années.

Discussion – Cette étude confirme la détérioration de la santé mentale des jeunes adultes observée par ailleurs à partir des données de passage aux urgences et d'hospitalisation. En parallèle de la mise en œuvre de la stratégie nationale de prévention du suicide et du renforcement des dispositifs de prise en charge, une meilleure compréhension des mécanismes qui affectent la santé mentale des plus jeunes depuis la pandémie de Covid-19 s'avère nécessaire en vue de renforcer les politiques de prévention.

Introduction – France has one of the highest suicide rates in Europe. As in other countries, the health crisis caused by the COVID-19 epidemic had a significant impact on the population's mental health. This article presents a study of survey results regarding the prevalence of suicidal thoughts and attempts in France in 2021, identifying the populations concerned and observing trends since the 2000's.

Material and method – In 2021, the Health Barometer surveyed a random sample of 24,514 people aged 18–85 years old residing in mainland France and 6,519 residing in the French overseas departments and regions (DROM) using computer assisted telephone interviews. The variables of interest in our study were suicidal thoughts and attempts in the last 12 months and lifetime suicide attempts. Changes in prevalence for 18–75 year-olds were established based on the 2000, 2005, 2010, 2014, 2017, 2020 and 2021 Health Barometers, which used comparable methodologies.

Results – In the 2021 Health Barometer, 4.2% of people aged 18–85 reported they had thought about suicide in the preceding 12 months. In total, 6.8% declared they had attempted suicide during their lifetime and 0.5% during the past year. Among people aged 18–75, a slight decline in the prevalence of suicidal thoughts and suicide attempts over the past year was observed since 2014, while lifetime suicide attempts had stabilized at around 7%. The main finding was a significant increase in suicidal thoughts and lifetime suicide attempts among 18–24 year-olds over the past decade.

Discussion – This study confirms a deterioration in the mental health of young adults, as observed elsewhere in data from emergency departments and hospital admissions. In parallel with the implementation of the national

suicide prevention strategy and the strengthening of care systems, a better understanding of the mechanisms affecting younger people's mental health since the beginning of the COVID-19 pandemic would help to produce stronger prevention policies.

Mots-clés : Pensées suicidaires, Tentatives de suicide, Santé mentale, Enquête, Population générale, Prévention
 // **Keywords:** Suicidal thoughts, Suicide attempts, Mental health, Survey, General population, Prevention

Introduction

L'étude épidémiologique du suicide s'appuie principalement sur trois indicateurs : les pensées suicidaires, les tentatives de suicide et les décès par suicide.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), plus de 700 000 personnes se suicident chaque année dans le monde¹. En France, les dernières données du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) font état de 8 366 enregistrements de décès par suicide en 2017. Plus élevé chez les hommes et chez les personnes plus âgées, le taux global de décès par suicide est en baisse depuis 2001. La France présente néanmoins un des taux de suicide parmi les plus élevés d'Europe².

La surveillance des tentatives de suicide s'appuie également en partie sur l'exploitation des données médico-administratives. Elles permettent de comptabiliser, sur l'ensemble du territoire national, les hospitalisations faisant suite à une tentative de suicide par le biais du Programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI), et d'estimer le nombre de passages aux urgences (suivis ou non d'une hospitalisation) à travers l'exploitation des résumés des passages aux urgences transmis par les établissements participant au réseau Oscour®, couvrant près de 95% du territoire. En 2020, durant la première année de pandémie de Covid-19, environ 80 000 séjours hospitaliers de personnes âgées de 10 ans ou plus pour tentative de suicide étaient comptabilisés. Ce taux d'hospitalisation était en baisse par rapport aux taux observés entre 2017 et 2019, mais en augmentation chez les femmes de moins de 25 ans ; cette augmentation perdurait au début de l'année 2021³. Marqué par une baisse de l'activité totale au cours des périodes de confinement et notamment lors du premier confinement (17 mars au 11 mai 2020), le nombre de passages aux urgences pour gestes suicidaires en population générale était également plus faible de 12% en 2020 que lors des années précédentes (2018-2019). Cependant, comme pour les hospitalisations, une hausse était observée dès le début de l'année 2021 chez les adolescents (11-17 ans) et les jeunes adultes (18-24 ans). Les passages aux urgences pour idées suicidaires ont quant à eux augmenté dès 2020 dans toutes les classes d'âge avec des hausses plus marquées chez les jeunes adultes (18-24 ans). Cette tendance se confirmait et s'accroissait en 2021⁴.

Toutes les tentatives de suicide ne donnent pas lieu à une prise en charge médicale, en particulier celles dont les conséquences somatiques ne présentent pas de caractère d'urgence. Ainsi, entre 2000 et 2017, parmi les Français ayant déclaré avoir effectué

une tentative de suicide, 39% d'entre eux et plus souvent les jeunes (53% des 18-24 ans) ne s'étaient pas rendus à l'hôpital à la suite de leur dernière tentative de suicide⁵.

Dès lors, il est nécessaire d'estimer la prévalence globale des tentatives de suicide et des pensées suicidaires dans la population par l'interrogation directe d'échantillons représentatifs en s'appuyant sur des enquêtes déclaratives. Les enquêtes présentent également l'avantage de recueillir de nombreuses informations complémentaires auprès des répondants (caractéristiques sociodémographiques, économiques, les comportements et l'état de santé notamment) permettant de mieux caractériser les populations les plus à risques et d'identifier les facteurs associés aux conduites suicidaires⁶⁻⁸.

L'enquête du Baromètre de Santé publique France mesure depuis 2000 et avec la même méthodologie la prévalence des tentatives de suicide (au cours de la vie et des 12 derniers mois) et des pensées suicidaires (au cours des 12 derniers mois) en population générale adulte. L'édition 2020, en comparaison des données 2017, avait montré une augmentation des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois seulement chez les jeunes âgés de 18 à 24 ans⁶. En 2021, un échantillon de plus de 24 000 personnes âgées de 18 à 85 ans a été interrogé en France métropolitaine et de 6 500 dans les départements et régions d'outre-mer (DROM) de Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion. Cet article vise à en présenter les premiers résultats. Il s'agira principalement d'actualiser les données de prévalence des tentatives de suicide et des pensées suicidaires selon l'âge et le sexe, d'observer les évolutions et de confirmer les facteurs associés. Des données relatives au recours aux soins et à l'intentionnalité suicidaire sont également présentées.

Matériel et méthode

Sources de données

La méthode du Baromètre santé repose sur une génération aléatoire de numéros de téléphone fixes et mobiles. Le champ de l'enquête menée en 2021 incluait les personnes âgées de 18 à 85 ans résidant en France métropolitaine et parlant le français. Les participants ont été sélectionnés selon un sondage à deux degrés sur ligne fixe (sélection d'un individu par ménage selon la méthode Kish⁹) et à un degré sur ligne mobile (sélection de la personne qui décroche). En France métropolitaine, l'enquête a été menée par l'institut Ipsos du 11 février au 15 décembre 2021 (avec une trêve estivale du 19 juillet au 22 août).

Au total, 24 514 personnes ont été interrogées, 17 496 sur téléphone mobile (71%) et 7 018 sur téléphone fixe (29%). Le taux de participation a été de 44,3%, pour un questionnaire d'une durée moyenne de 36 minutes (voir le Baromètre de Santé publique France 2021 pour une description détaillée de la méthode¹⁰).

Dans les DROM, l'enquête s'est déroulée selon la même méthodologie, du 7 avril au 12 octobre 2021, auprès de 1 511 personnes en Guadeloupe, 1 526 en Martinique, 1 478 en Guyane et 2 004 à La Réunion.

Variables

Nos principales variables d'intérêt sont : les pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois ; les tentatives de suicide au cours de la vie ; les tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois (encadré).

Les variables sociodémographiques utilisées dans la présente étude sont : le genre, la tranche d'âge au moment de l'enquête (18-24 ans, 25-34 ans, 35-44 ans, 45-54 ans, 55-64 ans, 65-74 ans et 75-85 ans), le niveau de diplôme (inférieur au baccalauréat, bac, supérieur au bac), la structure du ménage (seul, famille monoparentale, couple sans enfant, avec enfant(s), autre), la perception de sa situation financière (à l'aise, juste, difficile), la situation professionnelle en trois catégories (travail, chômage, inactivité intégrant les retraités et les étudiants) afin d'éviter la multicollinéarité dans le modèle de régression avec l'âge (les 18-24 ans et les étudiants ; les 65-85 ans et les retraités).

Pour l'analyse des pensées suicidaires, une variable liée à la Covid-19 a également été utilisée : le fait d'avoir eu des symptômes associés à la maladie. Cette variable a été recueillie à partir d'une question formulée de la manière suivante : « *Au cours des douze derniers mois, avez-vous eu des symptômes ou des signes de maladie qui vous ont fait penser au Coronavirus (Covid-19) ?* » avec trois possibilités

de réponse : « *Oui, une fois* », « *Oui, plusieurs fois* » ou « *Non* ». Pour l'analyse, la variable a été recodée en deux modalités (« non » vs « avoir eu au moins une fois des symptômes »).

Analyses statistiques

Les estimations des prévalences ont été pondérées, afin de tenir compte de la probabilité d'inclusion (au sein du ménage et en fonction de l'équipement téléphonique) et de la structure de la population métropolitaine/de chaque DROM via un calage sur marges utilisant les variables suivantes : le sexe croisé avec l'âge (en tranches décennales) et la région, la taille d'unité urbaine, la taille du foyer et le niveau de diplôme (population de référence : Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), enquête emploi 2020).

Chacune des régions a été comparée au reste de la France métropolitaine. Une variable de pondération spécifique a été calculée, afin de standardiser sur la structure croisée par âge et sexe de la France métropolitaine. Un poids standardisé a également été calculé, afin de comparer les régions à structure égale.

Pour les données de France métropolitaine, des évolutions de la prévalence des pensées suicidaires et des tentatives de suicide ont été réalisées sur la tranche d'âge 18-75 ans, tranche commune aux baromètres santé 2000 (n=12 588), 2005 (n=24 602), 2010 (n=25 034), 2014 (n=15 186), 2017 (n=25 319), 2020 (n=13 725), 2021 (n=22 625), dont la méthodologie était comparable. Les effectifs observés dans chacune des régions sont trop faibles pour mesurer avec précision les tentatives de suicide survenues au cours des 12 derniers mois.

Les proportions ont été comparées par un test d'indépendance (Chi² de Pearson avec correction de second ordre de Rao-Scott pour tenir compte du plan de sondage), avec un seuil maximal de significativité

Encadré

Principaux indicateurs étudiés concernant les comportements suicidaires dans les baromètres santé⁽¹⁾

- **Pensées suicidaires** : « *Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pensé à vous suicider ?* » ; « *En avez-vous parlé à quelqu'un* » ; si oui, « *À qui en avez-vous parlé ?* »
- **Tentatives de suicide au cours de la vie et au cours des 12 derniers mois** : « *Au cours de votre vie, avez-vous fait une tentative de suicide ?* » ; « *Combien de fois cela vous est-il arrivé ?* » ; « *Cette tentative de suicide a-t-elle eu lieu au cours des 12 derniers mois ?* » ; « *Quel âge aviez-vous lors de cette tentative ?* »
- **Recours aux soins et hospitalisation suite à la dernière tentative** : « *Estimez-vous avoir reçu le soutien nécessaire pour vous en sortir ?* » ; « *Êtes-vous allé à l'hôpital / Avez-vous été suivi par un médecin ou un « psy » / En avez-vous parlé à quelqu'un d'autre qu'un médecin ou un « psy » ?* » et « *Si vous avez été à l'hôpital, avez-vous été hospitalisé pendant au moins une nuit ?* »
- **Intentionnalité** : « *Diriez-vous plutôt que... : vous étiez vraiment décidé à mourir et que c'est seulement par chance que vous avez survécu ; vous souhaitez mourir, mais vous saviez que le moyen n'était pas le plus efficace ; votre tentative de suicide était un appel à l'aide, mais que vous n'aviez pas l'intention de mourir.* »

⁽¹⁾ <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/barometre-de-sante-publique-france-2021.-questionnaire-volet-metropole>

fixé à 5%. Des régressions logistiques ont été utilisées afin de contrôler l'existence d'éventuels effets de structure liés aux caractéristiques de la population de France métropolitaine, et pour quantifier la force du lien entre les variables d'intérêt principales (pensées suicidaires au cours de l'année et tentatives de suicide au cours de la vie) et les variables socio-démographiques citées précédemment, ainsi que le fait d'avoir eu des symptômes associés à la Covid-19 dans l'année. L'existence de ce lien a été évaluée à l'aide de l'odds ratio ajusté (ORa) et mesurée par le test de Wald avec un seuil maximal de significativité fixé à 5%. Toutes les variables introduites dans les modèles de régression logistique étaient significativement associées aux variables dépendantes (pensées suicidaires dans l'année et tentatives de suicide au cours de la vie) en analyse univariée. L'absence de multicollinéarité entre les variables a été vérifiée (*variance inflation factor*), ainsi que l'adéquation de chacun des modèles présentés (test de Hosmer-Lemeshow). Les analyses ont été réalisées avec le logiciel Stata® (version 15.0 SE).

Résultats

Les pensées suicidaires

Prévalences des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois en 2021

En 2021, parmi les personnes de 18-85 ans, la prévalence des pensées suicidaires dans l'année était estimée à 4,2% (intervalle de confiance à 95%,

IC95%: [3,9-4,5]). Elle apparaissait plus élevée chez les femmes (4,8%) que chez les hommes (3,5%, $p < 0,001$), cette différence étant principalement portée par les jeunes adultes (7,2% chez les 18-24 ans) qui étaient les plus concernés avec une différence significative entre les hommes et les femmes (5,0% vs 9,4%, $p < 0,01$) (figure 1).

Les analyses régionales ne montraient pas de différences significatives de prévalences entre les régions métropolitaines (tableau 1). Les habitants de Guadeloupe et de La Réunion déclaraient quant à eux moins souvent avoir eu des pensées suicidaires au cours de l'année que les habitants de France métropolitaine avec respectivement 2,4% ([1,5-3,6], $p < 0,01$) et 2,9% ([2,1-4,0], $p < 0,01$). En Guyane et en Martinique, le taux observé était comparable à celui de la France métropolitaine (tableau 1).

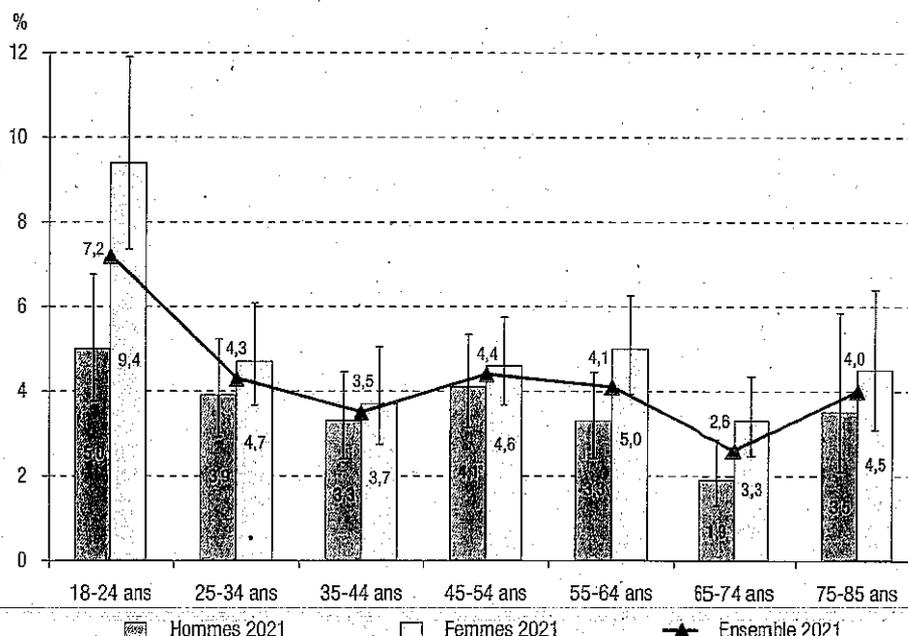
Évolutions de la prévalence des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois entre 2010 et 2021 chez les 18-75 ans

Sur l'ensemble de personnes interrogées, la prévalence des pensées suicidaires dans l'année avait augmenté entre 2010⁽²⁾ et 2014 (de 4,0% à 5,0%,

⁽²⁾ L'analyse de l'évolution des pensées suicidaires débute à partir de 2010, dans la mesure où la question posée en 2000 et 2005 était alors moins spécifique. Dans les baromètres santé 2000 et 2005, les personnes étaient interrogées sur le fait d'avoir « pensé au suicide », ce qui concernait respectivement 5,9% et 5,1% de la population âgée de 18 à 75 ans. Ces résultats ne sont donc pas présentés sur les figures.

Figure 1

Prévalence des pensées suicidaires déclarées au cours des 12 derniers mois chez les 18-85 ans, selon le sexe et la classe d'âge, en 2021, France métropolitaine



Note : les bornes de l'intervalle de confiance à 95% (IC95%) sont représentées par les barres verticales. La prévalence des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois chez les hommes de 18 à 24 ans a une probabilité de 95% de se situer entre 3,7% et 6,8%.

Note de lecture : 5,0% des hommes âgés de 18-24 ans déclarent avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois vs 9,4% des femmes du même âge.

Source : Baromètre santé 2021, Santé publique France.

Tableau 1

Prévalence des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois et des tentatives de suicide au cours de la vie chez les 18-85 ans, selon la région, en 2021, en France métropolitaine et dans les DROM

	Pensées (12 derniers mois)			Tentatives de suicide		
	Effectifs bruts	% pondérés	IC95%	Effectifs bruts	% pondérés	IC95%
France métropolitaine						
Île-de-France	4 232	3,8	[3,1-4,6]	4 236	5,9	[5,0-7,0]
Grand Est	2 041	4,5	[3,5-5,8]	2 042	6,8	[5,5-8,4]
Hauts-de-France	2 058	4,4	[3,4-5,6]	2 056	7,7	[6,3-9,3]
Normandie	1 284	4,7	[3,3-6,7]	1 279	8,3	[6,5-10,6]
Centre-Val de Loire	948	4,4	[3,0-6,4]	948	7,1	[5,2-9,5]
Bourgogne-Franche-Comté	1 098	4,9	[3,5-7,0]	1 102	6,6	[5,1-8,7]
Bretagne	1 430	4,1	[3,0-5,5]	1 431	7,7	[6,1-9,6]
Pays de Loire	1 544	3,5	[2,5-4,8]	1 543	7,2	[5,7-9,1]
Nouvelle-Aquitaine	2 405	4,9	[3,8-6,1]	2 403	7,6	[6,3-9,1]
Auvergne-Rhône-Alpes	3 165	4,4	[3,5-5,6]	3 167	6,2	[5,1-7,4]
Occitanie	2 292	3,6	[2,8-4,7]	2 290	6,8	[5,6-8,4]
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 878	4,0	[3,0-5,4]	1 878	6,2	[5,0-7,7]
Corse	86	Effectifs insuffisants		87	Effectifs insuffisants	
DROM						
Guadeloupe	1 508	2,4	[1,5-3,6]	1 508	4,0	[3,0-5,3]
Martinique	1 521	3,1	[2,3-4,2]	1 523	4,9	[3,8-6,2]
Guyane	1 475	5,4	[4,0-7,2]	1 474	5,6	[4,3-7,3]
La Réunion	2 003	2,9	[2,1-4,0]	2 000	5,9	[4,6-7,4]

PS : pensées suicidaires ; TS : tentative de suicide ; DROM : départements et régions d'outre-mer ; IC95% : intervalle de confiance à 95%.

Note de lecture : 3,8% des habitants d'Île-de-France ont eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois avec une probabilité de 95% de se situer entre 3,1% et 4,6% ; 5,9% ont tenté de se suicider au cours de leur vie avec une probabilité de 95% de se situer entre 5,0% et 7,0%.

Source : Baromètre santé 2021, Baromètre santé DROM 2021, Santé publique France.

$p < 0,001$) puis diminué entre 2014 et 2020 (de 5,0% à 4,2%, $p < 0,05$) et est resté stable en 2021 (4,2%). Le même constat était fait chez les hommes et les femmes : chez les hommes, la prévalence avait connu une augmentation sur la période 2010-2014, passant de 3,5% à 4,3% ($p < 0,05$), puis une baisse continue jusqu'en 2021 pour atteindre un niveau comparable à celui observé en 2010 (3,5%) ; chez les femmes, les pensées suicidaires avaient augmenté entre 2010 et 2014 (de 4,5% à 5,6%, $p < 0,01$), puis diminué entre 2014 et 2020 (de 5,6% à 4,6%, $p < 0,05$), et sont restées stables en 2021 (4,9%).

Des évolutions différentes du reste de la population ont cependant été observées chez les jeunes adultes âgés de 18 à 24 ans. Chez ces derniers, la prévalence des pensées suicidaires dans l'année était apparue stable entre 2010 et 2014 puis avait connu une augmentation de près de 4 points entre 2014 et 2021 (passant de 3,3% à 7,2%, $p < 0,001$), avec une accélération entre 2017 et 2020 (passant de 4,6% à 7,4%, $p < 0,01$). La prévalence des pensées suicidaires survenues dans l'année a ainsi été multipliée par 3 chez les jeunes femmes de 18-24 ans entre 2014 et 2021 (passant de 3,3% à 9,4%, $p < 0,001$) (figure 2). Chez les jeunes hommes, elle a significativement augmenté entre 2017 et 2020 (passant

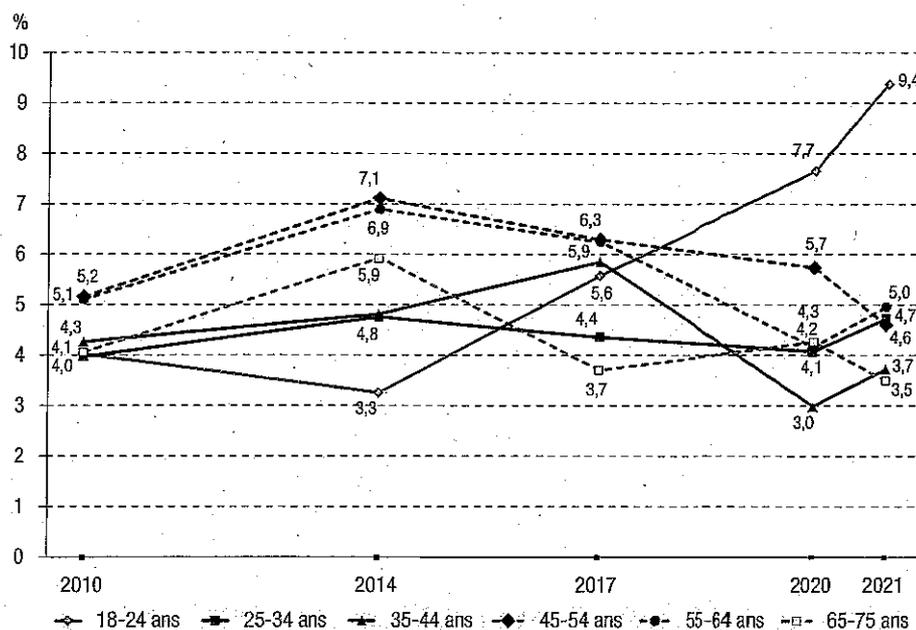
de 3,6% à 7,1%, $p < 0,01$) (figure 3). L'évolution à la baisse observée entre 2020 et 2021 (5,0%) n'est pas statistiquement significative ($p = 0,1638$).

Avoir parlé de ses pensées suicidaires

Au total, 64% des personnes ayant déclaré des pensées suicidaires dans l'année avaient déclaré en avoir parlé à quelqu'un (55% pour les hommes vs 71% pour les femmes, $p < 0,001$), avec un pourcentage plus élevé chez les 35-44 ans (74%, $p < 0,05$ par rapport à la moyenne observée dans les autres tranches d'âge) et moins élevé chez les 75-85 ans (49%, $p < 0,05$). Dans la majorité des cas, il s'agissait d'un professionnel de santé (69%) ou d'un membre de sa famille (52%). Viennent ensuite un ami (45%), puis dans une proportion nettement moindre un collègue (9%). Les femmes étaient en proportion plus nombreuses à déclarer avoir parlé à un professionnel de santé que les hommes (72% vs 63%, $p < 0,05$), tandis que les hommes avaient déclaré plus souvent un collègue (13% vs 7% des femmes, $p < 0,05$). Les 18-24 ans avaient davantage eu recours à un ami (70%, $p < 0,001$) tandis que les 55-64 ans étaient proportionnellement plus nombreux à en avoir parlé à un professionnel de santé (84%, $p < 0,01$) et les 25-34 ans à un membre de leur famille (64%, $p < 0,05$).

Figure 2

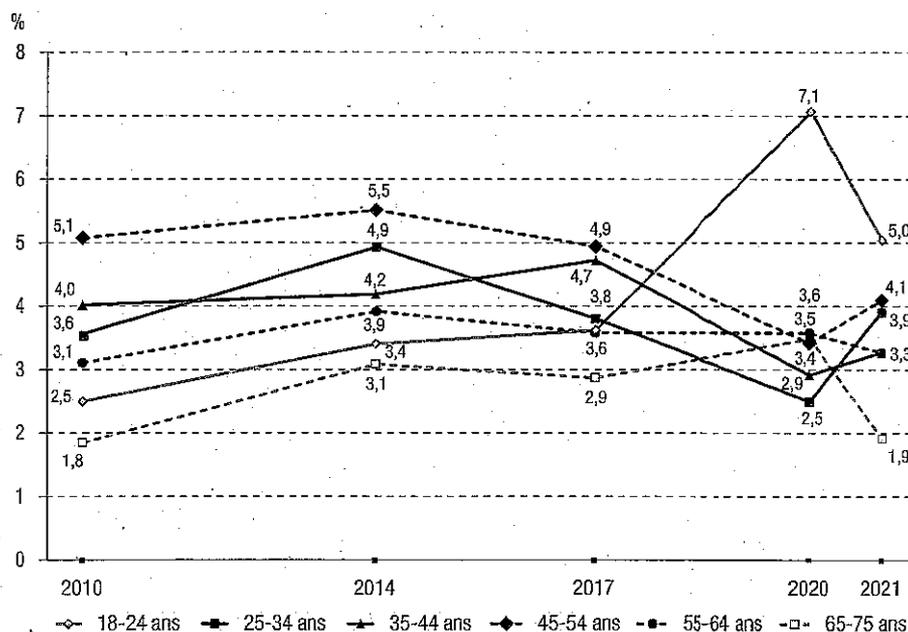
Évolutions de la prévalence des pensées suicidaires chez les femmes de 18-75 ans, selon l'âge, entre 2010 et 2021, France métropolitaine



Source : Baromètres santé 2010, 2014, 2017, 2020, 2021, Santé publique France.

Figure 3

Évolutions de la prévalence des pensées suicidaires chez les hommes de 18-75 ans, selon l'âge, entre 2010 et 2021, France métropolitaine



Source : Baromètres santé 2010, 2014, 2017, 2020, 2021, Santé publique France.

Le pourcentage de personnes déclarant avoir parlé de leurs pensées suicidaires a nettement augmenté entre 2017 et 2021 chez les 18-75 ans, passant de 47% à 65%, alors qu'il était resté stable sur la période 2010-2017 (environ 50%). Cette augmentation avait déjà été constatée en 2020 (66%) et était observée aussi bien chez les hommes que chez

les femmes ; elle concernait principalement le fait d'en avoir parlé à un professionnel de santé (54% en 2017 vs 70% en 2021, $p < 0,001$)⁽³⁾.

⁽³⁾ La question concernant la personne à qui ils en ont parlé n'a été posée qu'à partir de l'édition 2017 du Baromètre santé.

Selon l'âge, le fait de parler de ses pensées suicidaires était en augmentation par rapport à 2017 parmi les 25-64 ans (47% en 2017 vs 67% en 2021, $p < 0,001$). Chez les jeunes adultes (18-24 ans), il avait augmenté entre 2010 et 2014, passant de 53% à 76% puis se maintenait à un niveau élevé en 2017 et en 2021 (respectivement 66% et 67%). Chez les 65-75 ans, il était comparable au niveau observé en 2017 (50%).

Facteurs associés aux pensées suicidaires dans l'année

Indépendamment de l'âge, du niveau de diplôme, de la situation matrimoniale, financière et professionnelle, les femmes étaient significativement plus à risque d'avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois que les hommes (ORa=1,3, IC95%: [1,1-1,6]) (données non présentées).

Après ajustement, le fait de vivre seul (ménage d'une seule personne) était fortement associé, chez les hommes (2,5 [1,8-3,6]) comme chez les femmes (3,1 [2,2-4,4]), au risque de pensées suicidaires dans l'année si l'on se réfère au fait de vivre en couple avec enfant(s). C'était également le cas des personnes au chômage (2,1 [1,4-3,1] pour les hommes et 1,7 [1,2-2,5] pour les femmes), ainsi que de celles appartenant à la catégorie « inactivité professionnelle » (1,5 [1,0-2,2] pour les hommes et 1,9 [1,4-2,6] pour les femmes), par rapport aux actifs occupés. Un gradient était observé selon la perception de sa situation financière : plus elle était détériorée et plus le risque de pensées suicidaires augmentait ($p < 0,001$) (tableau 2).

Chez les femmes, indépendamment des autres facteurs, le fait d'être âgé de moins de 55 ans était davantage associé aux pensées suicidaires dans l'année, tout comme le fait de déclarer avoir eu des symptômes de la Covid-19 (1,4 [1,1-1,8]) (tableau 2).

Chez les hommes uniquement, le fait d'être famille monoparentale était davantage associé aux pensées suicidaires dans l'année (1,8 [1,1-2,9], $p < 0,05$), si l'on se réfère aux hommes en couple avec enfant(s) (tableau 2).

Les tentatives de suicide

Prévalences des tentatives de suicide en 2021

En 2021, 6,8% (IC95%: [6,4-7,2]) des 18-85 ans déclaraient avoir tenté de se suicider au cours de leur vie (8,9% des femmes vs 4,5% des hommes, $p < 0,001$). Quelle que soit la tranche d'âge, les femmes étaient davantage concernées par les tentatives de suicide au cours de la vie que les hommes (figure 4). Concernant les tentatives au cours de l'année, la prévalence était de 0,5% [0,4-0,6] (0,4% chez les hommes et de 0,6% chez les femmes, différence statistiquement non significative). C'est parmi les 18-24 ans que les prévalences étaient les plus importantes : 9,2% déclaraient des tentatives au cours de la vie et 1,1% au cours de l'année ($p < 0,001$ par rapport à la moyenne observée dans les autres tranches d'âge), avec une proportion plus élevée

chez les jeunes femmes (respectivement 12,8% vs 5,8% chez les hommes de 18-24 ans et 2,0% vs 0,3% chez les hommes de 18-24 ans, $p < 0,001$) (figures 4 et 5).

Parmi les personnes ayant fait une tentative de suicide au cours de leur vie, plus d'un tiers (39% [36-42]) avaient déclaré en avoir fait au moins deux (33% des hommes vs 41% des femmes, $p < 0,05$). L'âge médian de la dernière tentative de suicide était de 24 ans pour les hommes comme pour les femmes.

Concernant les analyses régionales, aucune région métropolitaine ne présentait de différence significative avec la prévalence moyenne des autres régions de l'Hexagone (tableau 1). Cependant, les habitants de la région Île-de-France, qui présentent le taux de tentative de suicide au cours de la vie le plus faible, avaient une prévalence significativement inférieure à celle observée dans les régions Normandie et Nouvelle-Aquitaine (tableau 1). Dans les DROM, les habitants de Guadeloupe et de Martinique déclaraient moins souvent des tentatives de suicide au cours de la vie que les habitants de France métropolitaine avec respectivement 4,0% ([3,0-5,3], $p < 0,001$) et 4,9% ([3,8-6,2], $p < 0,05$). En Guyane et à La Réunion, le taux observé était comparable à celui de la France métropolitaine (tableau 1).

Évolutions de la prévalence des tentatives de suicide entre 2000 et 2021 chez les 18-75 ans

Le pourcentage de personnes âgées de 18-75 ans ayant déclaré avoir déjà fait une tentative de suicide au cours de leur vie avait augmenté sur la période 2000-2014, passant de 5,9% à 7,3% ($p < 0,001$), puis s'est stabilisé aux alentours de 7,0% entre 2017 et 2021. Le niveau des tentatives de suicide survenues au cours de l'année restait quant à lui stable en 2021 (0,5%) par rapport à celui observé en 2017 (0,4%), après avoir connu un pic en 2014 (0,8%).

Chez les hommes, la prévalence des tentatives survenues au cours de la vie avait augmenté de près de 2 points entre 2005 et 2014, passant de 3,2% à 5,1% ($p < 0,001$), elle s'est stabilisée ensuite (4,7% en 2021). Les tentatives de suicide au cours de l'année étaient relativement stables, malgré un pic observé en 2014 (0,7%). Chez les femmes, le pourcentage des tentatives de suicide survenues au cours de la vie restait à un niveau élevé : après avoir connu une augmentation continue depuis 2005 (7,6%, $p < 0,001$) et atteint son maximum en 2017 (9,9%), il avait significativement diminué en 2020 (8,2%, $p < 0,01$) et présentait un niveau comparable en 2021 (9,3%, $p = 0,0550$). Concernant les tentatives de suicide dans l'année, une tendance à la hausse avait été observée entre 2005 et 2014, passant de 0,3% à 0,8% ($p < 0,001$), avant de retrouver, à partir de 2017, un niveau semblable à celui observé en 2000.

Selon l'âge, la prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie chez les 18-24 ans était stable entre 2000 (6,2%) et 2017 (6,1%). Elle a connu une augmentation de plus de 3 points entre 2017 et 2021 (passant de 6,1% à 9,2% ; $p < 0,01$). La prévalence des tentatives

de suicide au cours de la vie chez les femmes de 18-24 ans a augmenté de près de 6 points entre 2010 et 2021, passant de 7,1% à 12,8% ($p < 0,001$) (figure 6), tandis que celle des jeunes hommes a été multipliée par 2 entre 2017 (2,8%) et 2021 (5,8%, $p < 0,001$) (figure 7). Par ailleurs, chez les hommes de 65-75 ans, la prévalence a été multipliée par 4 entre 2010 et 2021, passant de 1,1% à 3,8% ($p < 0,001$) (figure 7).

Intentions

Parmi les personnes ayant tenté de se suicider, 32% ont déclaré qu'elles étaient décidées à mourir mais ont survécu par chance et 15% qu'elles souhaitent vraiment mourir mais savaient que le moyen utilisé n'était pas le plus efficace. Ainsi, un peu plus de la moitié (53%) des tentatives de suicide ont donc été désignées comme étant un appel à l'aide,

Tableau 2

Facteurs associés aux pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois chez les 18-85 ans, selon le sexe, en 2021, en France métropolitaine

Variables explicatives	Hommes (N=10 252)				Femmes (N=12 497)			
	N	%	OR	IC95%	N	%	OR	IC95%
Tranche d'âge au moment de l'enquête		**				***		
18-24 ans	1 082	5,0	1,3	[0,6-2,7]	949	9,4	3,0***	[1,8-5,0]
25-34 ans	1 544	3,9	1,1	[0,5-2,4]	1 671	4,7	2,0*	[1,1-3,6]
35-44 ans	1 818	3,3	1,1	[0,5-2,4]	2 031	3,7	1,9*	[1,0-3,7]
45-54 ans	2 155	4,1	1,3	[0,6-2,9]	2 361	4,6	2,1**	[1,2-3,7]
55-64 ans	2 159	3,3	0,9	[0,4-1,8]	2 488	5,0	1,4	[0,9-2,3]
65-74 ans	1 707	1,9	0,5	[0,3-1,0]	2 288	3,3	0,7	[0,5-1,2]
75-85 ans (réf.)	882	3,5	- 1 -		1 326	4,5	- 1 -	
Niveau de diplôme		**				***		
<Baccalauréat (réf.)	3 686	4,0	- 1 -		4 113	5,5	- 1 -	
Bac	2 338	3,7	1	[0,7-1,4]	2 742	5,2	0,9	[0,6-1,2]
>Bac	5 270	2,9	0,9	[0,7-1,2]	6 200	3,7	0,8	[0,7-1,1]
Structure du ménage		***				***		
Ménage d'une seule personne	2 613	6,4	2,5***	[1,8-3,6]	3 427	8,0	3,1***	[2,2-4,4]
Famille monoparentale	729	5,2	1,8*	[1,1-2,9]	1 411	5,7	1,4	[0,9-2,1]
Couple sans enfant	3 768	2,3	1,2	[0,8-1,9]	4 008	3,8	1,7**	[1,2-2,5]
Couple avec enfant(s) (réf.)	3 950	2,4	- 1 -		4 036	3,0	- 1 -	
Autre situation	287	7,3	2,4**	[1,3-4,5]	232	10,0	2,7***	[1,5-4,9]
Situation financière perçue		***				***		
À l'aise, ça va (réf.)	8 578	2,4	- 1 -		9 420	3,2	- 1 -	
Juste	1 855	5,0	1,9***	[1,3-2,5]	2 513	6,1	1,8***	[1,3-2,3]
Difficile, dettes	868	9,1	2,9***	[2,0-4,1]	1 120	11,8	3,1***	[2,3-4,2]
Situation professionnelle		***				***		
Travail (réf.)	6 569	2,8	- 1 -		6 685	3,4	- 1 -	
Chômage	6 65	8,8	2,1***	[1,4-3,1]	713	8,6	1,7**	[1,2-2,5]
Inactivité professionnelle	4 113	3,5	1,5*	[1,0-2,2]	5 716	5,7	1,9***	[1,4-2,6]
Symptômes Covid-19		**				***		
Non (réf.)	7 926	3,2	- 1 -		8 874	4,2	- 1 -	
Oui	3 416	4,2	1,3	[0,9-1,7]	4 231	6,1	1,4**	[1,1-1,8]

N : effectif ; réf. : référence ; IC95% : intervalle de confiance à 95%.

Note 1 : significativité obtenue par le test d'indépendance (Chi2 de Pearson) entre chacune des covariables et la variable à expliquer pour la colonne %, et par le test de Wald pour la colonne OR (odds-ratio ajustés) : * : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$. Les modèles finaux obtenus ont une bonne qualité d'ajustement.

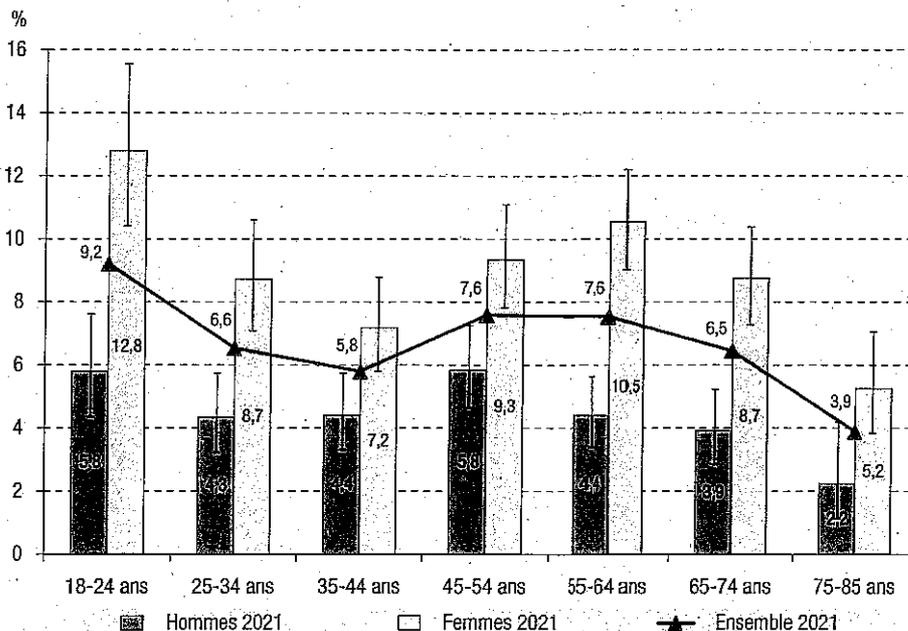
Note 2 : le statut professionnel « inactivité » comprend les étudiants (17%), les retraités (70%), les personnes au foyer (6%) et celles dans une autre situation (sans précision ; 7%).

Note de lecture : 9,1% des hommes déclarant une situation financière difficile ou n'y arrivant pas sans faire de dettes ont déclaré avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois ; indépendamment des autres facteurs, les hommes déclarant une situation financière difficile ou n'y arrivant pas sans faire de dettes sont significativement plus à risque de déclarer avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers que les hommes se déclarant à l'aise financièrement (ORa=2,9, IC95%: [2,0-4,1]).

Source : Baromètre santé 2021, Santé publique France.

Figure 4

Prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie chez les 18-85 ans, selon le sexe et la classe d'âge, en 2021, France métropolitaine



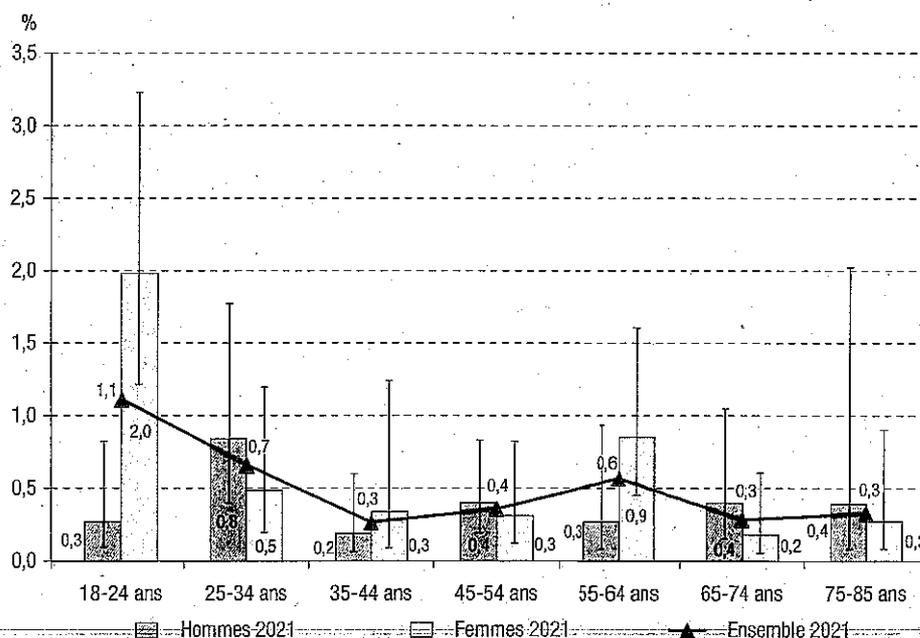
Note : les bornes de l'intervalle de confiance à 95% (IC95%) sont représentées par les barres verticales. La prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie chez les hommes de 18 à 24 ans a une probabilité de 95% de se situer entre 4,4% et 7,6%.

Note de lecture : 5,8% des hommes âgés de 18-24 ans déclarent avoir déjà tenté de se suicider au cours de leur vie vs 12,8% des femmes du même âge.

Source : Baromètre santé 2021, Santé publique France.

Figure 5

Prévalence des tentatives de suicide au cours de l'année chez les 18-85 ans, selon le sexe et la classe d'âge, en 2021, France métropolitaine



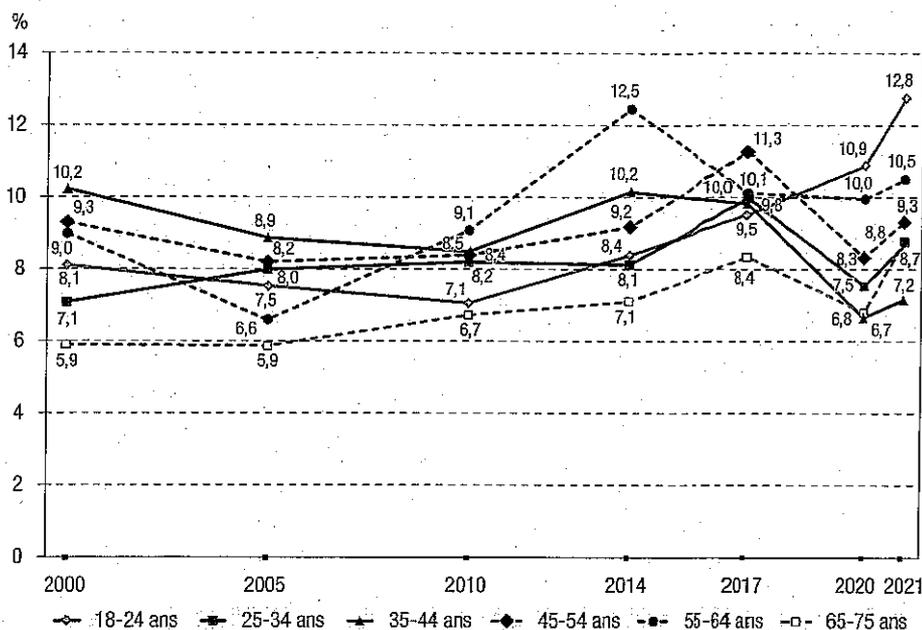
Note : les bornes de l'intervalle de confiance à 95% (IC95%) sont représentées par les barres verticales. Ainsi, le taux de tentative de suicide au cours des 12 derniers mois chez les hommes de 18 à 24 ans a une probabilité de 95% de se situer entre 0,1% et 0,8%.

Note de lecture : 0,3% des hommes âgés de 18-24 ans déclarent avoir déjà tenté de se suicider au cours de l'année vs 2,0% des femmes du même âge.

Source : Baromètre santé 2021, Santé publique France.

Figure 6

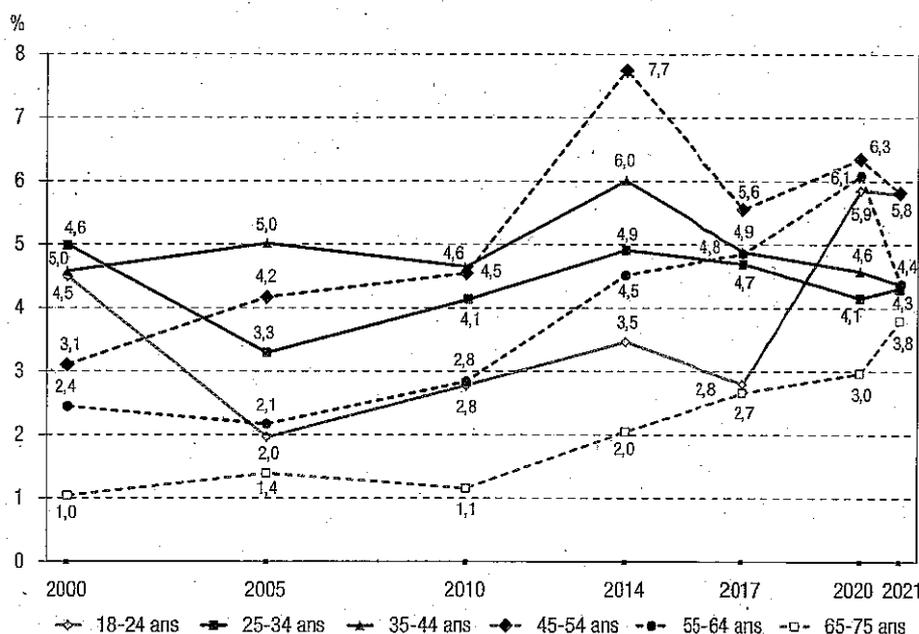
Évolutions des tentatives de suicide au cours de la vie chez les femmes de 18-75 ans, selon l'âge, entre 2000 et 2021, France métropolitaine



Source : Baromètres santé 2000, 2005, 2010, 2014, 2017, 2020, 2021, Santé publique France.

Figure 7

Évolutions des tentatives de suicide au cours de la vie chez les hommes de 18-75 ans, selon l'âge, entre 2000 et 2021, France métropolitaine



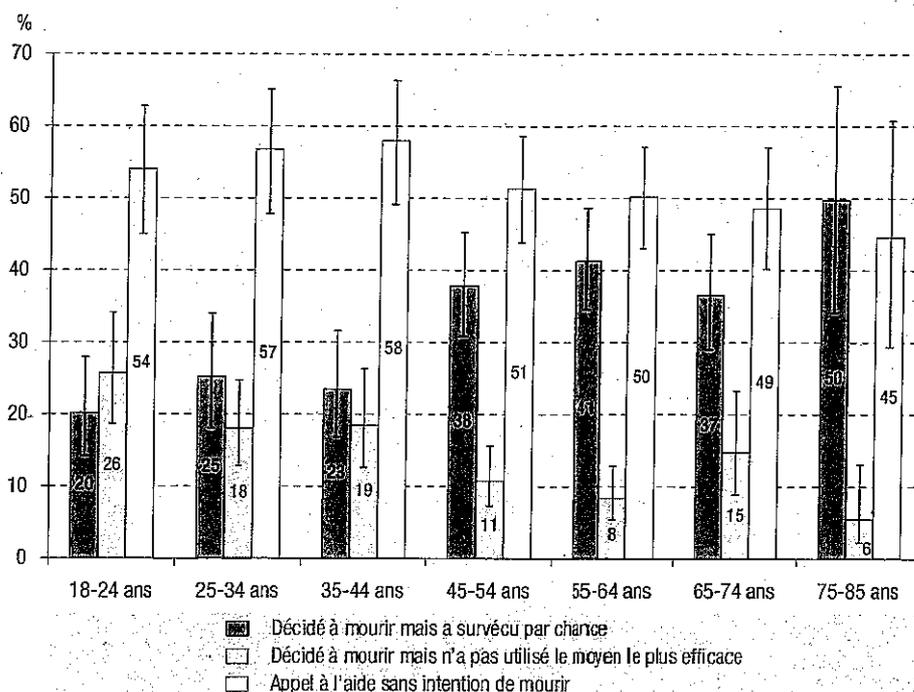
Source : Baromètres santé 2000, 2005, 2010, 2014, 2017, 2020, 2021, Santé publique France.

sans véritable intention de mourir. Aucune différence significative selon le genre n'était observée, même si les femmes déclaraient plus souvent que les hommes qu'il s'agissait d'un appel à l'aide mais sans intention de mourir (55% vs 48%, $p=0,054$). En revanche, selon l'âge, l'intentionnalité de vraiment mourir était plus élevée chez les 75-85 ans (50% ont déclaré avoir survécu par chance). Les moins de 45 ans

étaient en proportion plus nombreux à avoir fait une tentative de suicide indiquant un appel à l'aide sans avoir vraiment l'intention de mourir (de 54% chez les 18-24 ans à 58% chez les 35-44 ans) ; moins d'un individu de 18-44 ans sur quatre était décidé à mourir mais a survécu par chance. L'intention de mourir sans avoir recours au moyen le plus efficace était plus souvent retrouvé chez les 18-24 ans (26%) (figure 8).

Figure 8

Répartition de l'intentionnalité de la dernière tentative de suicide chez les 18-85 ans, selon la classe d'âge, en 2021, France métropolitaine



Note 1 : les chiffres indiqués sont arrondis au nombre entier immédiatement inférieur.

Note 2 : les bornes de l'intervalle de confiance à 95% (IC95%) sont représentées par les barres verticales. Ainsi, le taux de tentative de suicide ayant été considéré comme un appel à l'aide sans intention de mourir chez les personnes âgées de 18 à 24 ans a une probabilité de 95% de se situer entre 45% et 63%.

Note de lecture : 54% des personnes de 18-24 ans ayant fait une tentative de suicide au cours de leur vie ont considéré leur tentative comme un appel à l'aide sans intention de mourir.

Source : Baromètre santé 2021, Santé publique France.

L'intentionnalité dans les tentatives de suicide a été mesurée en 2010, 2014 et 2021. Seul le pourcentage de femmes souhaitant vraiment mourir mais qui savaient que le moyen utilisé n'était pas le plus efficace a augmenté entre 2010 et 2021, passant de 11% à 14% ($p < 0,05$). Les différences observées selon l'âge n'étaient pas significatives.

Prise en charge

Un peu moins de six personnes ayant tenté de se suicider sur dix (57%) estimaient avoir reçu le soutien nécessaire pour s'en sortir lors de leur dernière tentative de suicide (63% des hommes vs 55% des femmes, $p < 0,05$). Ce chiffre apparaît comparable à celui observé en 2017 chez les 18-75 ans.

Plus de la moitié des individus déclarant avoir fait une tentative de suicide (58%) ont affirmé s'être rendus à l'hôpital. Parmi ces derniers, 89% ont été hospitalisés au moins une nuit et 57% ont déclaré avoir bénéficié d'un suivi après leur sortie de l'hôpital. La majorité d'entre eux l'ont été par un psychiatre (70%), puis par un psychologue (41%), un médecin traitant (32%) et enfin par un infirmier (14%). Les femmes étaient en proportion plus nombreuses que les hommes à s'être rendues à l'hôpital à la suite de leur dernière tentative de suicide (60% vs 53% des hommes, $p < 0,05$), tout comme les 45-54 ans (67%, $p < 0,01$ par rapport à la moyenne observée

dans les autres tranches d'âge). En revanche, les 18-24 ans s'y étaient rendus moins souvent (33%, $p < 0,001$). Les 18-24 ans et les 25-34 ans étaient en proportion plus nombreux à avoir été suivis par un psychologue (respectivement 69% et 60%), mais seule une faible proportion des 18-24 ans ont déclaré avoir été suivis par un médecin traitant (8%, $p < 0,01$) contrairement aux 75-85 ans (61%, $p < 0,05$). Parmi les personnes qui ne s'étaient pas rendues à l'hôpital, 45% ont déclaré avoir été suivies par un médecin ou un « psy », sans différence selon le genre et l'âge.

Facteurs associés aux tentatives de suicide au cours de la vie

Indépendamment de l'âge, du niveau de diplôme, de la situation matrimoniale, financière et professionnelle, les femmes étaient significativement plus à risque d'avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie que les hommes ($ORa=2,1$, $IC95\%: [1,8-2,4]$) (données non présentées).

Après ajustement, le fait de déclarer vivre seul était fortement associé au risque de tentatives de suicide au cours de la vie chez les hommes (2,4 [1,8-3,3]) et chez les femmes (2,1 [1,6-2,7]), si l'on se réfère au fait de vivre en couple avec enfant(s). C'était également le cas chez les personnes ayant déclaré un diplôme inférieur au baccalauréat (1,5 [1,1-2,0])

chez les hommes et 1,8 [1,4-2,2] chez les femmes), en référence aux personnes ayant un diplôme supérieur au baccalauréat. Comme pour les pensées suicidaires, un gradient était observé selon la perception de sa situation financière : plus elle était détériorée et plus le risque d'avoir fait une tentative de suicide au cours de sa vie augmentait (tableau 3).

Parmi les femmes, indépendamment des autres facteurs, celles de 75-85 ans apparaissaient moins concernées que les plus jeunes. Les femmes ayant

un diplôme équivalent au baccalauréat étaient plus concernées que celles ayant un diplôme supérieur (1,5 [1,2-1,9]), tout comme les femmes en inactivité professionnelle (1,5 [1,1-1,8]), si l'on se rapporte à celles qui travaillent (tableau 3).

Parmi les hommes, les 18-24 ans (2,8 [1,3-6,5]), les 35-44 ans (2,6 [1,1-6,1]) et les 45-54 ans (3,2 [1,4-7,2]) apparaissaient davantage concernés par une tentative de suicide au cours de la vie que les 75-85 ans. Les hommes au chômage, plutôt qu'en activité, étaient également plus à risque (1,7 [1,1-2,4]) tout comme

Tableau 3

Facteurs associés aux tentatives de suicide au cours de la vie selon le sexe, chez les 18-85 ans, en 2021, en France métropolitaine

Variables collectives	Hommes N=11 256				Femmes N=16 006			
	N	%	OR	IC95%	N	%	OR	IC95%
Tranche d'âge au moment de l'enquête		***				***		
18-24 ans	1 083	5,8	2,8*	[1,3-6,5]	950	12,8	3,8***	[2,5-5,9]
25-34 ans	1 544	4,3	2,3	[1,0-5,2]	1 673	8,7	3,3***	[2,0-5,2]
35-44 ans	1 816	4,4	2,6*	[1,1-6,1]	2 029	7,2	2,8***	[1,7-4,5]
45-54 ans	2 156	5,8	3,2**	[1,4-7,2]	2 362	9,3	3,3***	[2,1-5,3]
55-64 ans	2 161	4,4	2,1	[1,0-4,4]	2 485	10,5	2,8***	[1,9-4,2]
65-74 ans	1 710	3,9	1,8	[0,8-3,8]	2 287	8,7	1,9***	[1,3-2,8]
75-85 ans (réf.)	880	2,2	- 1 -		1 326	5,2	- 1 -	
Niveau de diplôme		***				***		
<Baccalauréat	3 689	5,6	1,5**	[1,1-2,0]	4 114	11,2	1,8***	[1,4-2,2]
Bac	2 338	4,2	1,1	[0,8-1,6]	2 740	9,7	1,5***	[1,2-1,9]
>Bac (réf.)	5 270	3,1	- 1 -		6 199	5,5	- 1 -	
Structure du ménage		***				***		
Ménage d'une seule personne	2 610	8,0	2,4***	[1,8-3,3]	3 433	13,2	2,1***	[1,6-2,7]
Famille monoparentale	729	6,6	1,7*	[1,1-2,7]	1 409	11,7	1,3	[1,0-1,7]
Couple sans enfant	3 769	3,1	1,2	[0,8-1,7]	4 001	6,8	1,1	[0,9-1,5]
Couple avec enfant(s) (réf.)	3 955	3,3	- 1 -		4 037	6,8	- 1 -	
Autre situation	287	6,3	1,7	[0,9-3,2]	232	12,0	1,6	[1,0-2,6]
Situation financière perçue		***				***		
À l'aise, ça va (réf.)	8 576	3,3	- 1 -		9 424	6,1	- 1 -	
Juste	1 855	5,7	1,5**	[1,1-2,0]	2 508	12,2	1,8***	[1,5-2,2]
Difficile, dettes	870	11,1	2,5***	[1,8-3,5]	1 119	19,5	2,7***	[2,2-3,5]
Situation professionnelle		***				***		
Travail (réf.)	6 573	4,0	- 1 -		6 684	7,2	- 1 -	
Chômage	667	9,8	1,7*	[1,1-2,4]	714	13,3	1,3	[0,9-1,7]
Inactivité professionnelle	4 110	4,2	1,3	[0,9-1,9]	5 714	10,1	1,5**	[1,1-1,8]

N : effectif ; réf. : référence ; IC95% : intervalle de confiance à 95%.

Note 1 : significativité obtenue par le test d'indépendance (Chi2 de Pearson) entre chacune des covariables et la variable à expliquer pour la colonne % et par le test de Wald pour la colonne OR (odds-ratio ajustés) : * : p<0,05 ; ** : p<0,01 ; *** : p<0,001. Les modèles finaux obtenus ont une bonne qualité d'ajustement.

Note 2 : le statut professionnel « inactivité » comprend les étudiants (17%), les retraités (70%), les personnes au foyer (6%) et celles dans une autre situation (sans précision ; 7%).

Note de lecture : 11,1% des hommes déclarant une situation financière difficile ou n'y arrivant pas sans faire de dettes ont déclaré avoir déjà fait une tentative de suicide au cours de leur vie ; indépendamment des autres facteurs, les hommes déclarant une situation financière difficile ou n'y arrivant pas sans faire de dettes sont significativement plus à risque de déclarer avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie que les hommes se déclarant à l'aise financièrement (ORa=2,5, p<0,001).

Source : Baromètre santé 2021, Santé publique France.

les hommes vivant au sein d'une famille monoparentale (1,7 [1,1-2,7]) par rapport aux hommes en couple avec enfant(s) (tableau 3).

Discussion

L'enquête Baromètre de Santé publique France 2021 indique que 4,2% des 18-85 ans déclaraient avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois, que 6,8% déclaraient avoir fait une tentative de suicide au cours de la vie et 0,5% au cours de l'année précédant l'enquête. Les 18-24 ans présentaient les prévalences les plus élevées de pensées suicidaires et de tentatives de suicide dans l'année, ainsi que de tentatives de suicide au cours de la vie. Les prévalences de tentatives de suicide et de pensées suicidaires étaient plus élevées chez les femmes que chez les hommes, avec des différences particulièrement marquées chez les moins de 25 ans. D'autres segments de population étaient davantage exposés : les personnes inactives ou au chômage, celles vivant seules ou en familles monoparentales et celles se déclarant en difficulté financière. Le principal résultat de ces analyses reste la forte progression des tentatives de suicide et des pensées suicidaires observées chez les 18-24 ans ces dix dernières années, aussi bien chez les femmes que chez les hommes.

Les pensées suicidaires ont ainsi été multipliées par plus de deux depuis 2014 chez les 18-24 ans (passant de 3,3% à 7,2% en 2021), les tentatives de suicide déclarées au cours de la vie ont augmenté de 50% par rapport à 2017 (passant de 6,1% à 9,2% en 2021) et celles déclarées au cours des 12 derniers mois, de plus de 60% (passant de 0,7% en 2017 à 1,1% en 2021). Les prévalences élevées de tentatives de suicide et d'idées suicidaires observées chez les jeunes adultes constituent un changement important puisqu'elles étaient inférieures ou comparables aux autres tranches d'âge de la population dans les baromètres santé qui ont précédé la pandémie de Covid-19^{5,8}. Cette inversion de tendances vient confirmer la progression importante du mal-être chez les plus jeunes, déjà observée pour les épisodes dépressifs dans cette même enquête¹¹. Le constat d'une détérioration plus importante de la santé mentale des plus jeunes à la suite de la pandémie de Covid-19 a également été largement retrouvé à l'échelle internationale, et l'ensemble des données disponibles témoignent ainsi d'une vulnérabilité psychologique accrue des jeunes adultes depuis la crise sanitaire¹²⁻¹⁶. Les résultats de l'enquête Epicov montraient également en novembre 2020 une hausse des pensées suicidaires chez les 15-24 ans¹⁷. Enfin, les données de recours aux urgences du réseau Oscour[®] ont également enregistré, chez les jeunes seulement (11-24 ans), une augmentation des passages aux urgences pour troubles de l'humeur et gestes suicidaires⁴.

Dans la tranche d'âge des 18-24 ans, les femmes présentaient un sur-risque significatif de pensées suicidaires et de tentatives de suicide. Ainsi la prévalence

des pensées suicidaires atteint 9,4% chez les femmes de 18-24 ans, celle des tentatives de suicide au cours de la vie s'élève à 12,8%, et celle au cours de l'année à 2%. Ces données font également écho à la hausse des hospitalisations pour geste suicidaire observée en 2020 après le deuxième confinement³, ainsi qu'à l'augmentation des appels aux centres anti-poison pour tentative de suicide en 2021 chez les femmes âgées de 12 à 24 ans¹⁸.

Concernant le reste de la population adulte, la prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie, suit également une tendance à la hausse depuis 2005, notamment chez les hommes âgés de plus de 65 ans. Les pensées suicidaires suivent, quant à elles, une tendance à la baisse. Cette tendance globalement observée chez les plus de 25 ans depuis 2014 et surtout depuis 2017 diffère des données enregistrées dans les services d'urgences. En effet, si aucune évolution n'a été observée sur le nombre de passages aux urgences pour gestes suicidaires ou troubles de l'humeur, une augmentation des passages aux urgences pour idées suicidaires a bien été enregistrée en 2021 et 2022 (en comparaison des données 2018-2019) chez les adultes âgés de 25 ans et plus¹⁹.

Au-delà des effets d'âge ou de sexe, nos travaux montrent que d'autres segments de la population française sont davantage touchés par les gestes et idées suicidaires telles les personnes ayant un diplôme inférieur au baccalauréat, sans emploi et, plus globalement, celles vulnérables sur le plan socio-économique. C'est également le cas des personnes vivant seules ou dans le cadre monoparental. Ces associations sont fréquemment retrouvées dans les enquêtes françaises^{6,8}, ainsi que dans la littérature internationale²⁰⁻²².

Parmi les personnes ayant fait une tentative de suicide, un peu plus de la moitié seulement déclaraient avoir bénéficié d'un suivi après leur sortie de l'hôpital. Comme l'a montré le dispositif Vigilans, déployé en France depuis quelques années, certaines modalités de veille et de maintien du contact post-hospitalier avec les patients ayant fait une tentative de suicide permettent de réduire le risque de récurrence, tout en étant « coût-efficace »²³.

Limites

Le Baromètre santé n'interroge pas la population des adolescents (moins de 18 ans) très concernée par les conduites suicidaires, notamment les jeunes filles de 15-19 ans pour lesquelles les taux d'hospitalisation et de recours aux urgences pour tentative de suicide sont les plus élevés²⁴. L'Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense (Escapad) menée auprès de l'ensemble des jeunes de 17 ans (y compris ceux ayant quitté le système scolaire) a montré une forte hausse des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois (18,0% des jeunes en 2022 contre 11,4% en 2017, $p < 0,05$), ainsi qu'une légère hausse des tentatives de suicide ayant amené à une hospitalisation (3,3%

des jeunes en 2022 contre 2,9% en 2017, $p < 0,05$)²⁵. Les données à paraître de l'Enquête nationale en collège et en lycée chez les adolescents sur la santé et les substances (Enclass) 2022, permettra ou non de confirmer la hausse des conduites suicidaires chez les 11-18 ans observée dans les données de recours aux urgences depuis 2021.

Une autre limite concerne l'estimation de la prévalence des conduites suicidaires par le biais d'enquêtes déclaratives. Il est ainsi difficile de déterminer, dans les évolutions observées, quelle est la part qui relève d'une augmentation objective du phénomène et celle qui pourrait être attribuée à une éventuelle ouverture de la parole sur les questions de santé mentale. Nous pouvons ainsi relever, ce qui est un résultat très positif du point de vue des comportements de prévention, que le pourcentage de personnes déclarant avoir parlé de leurs pensées suicidaires entre 2017 et 2021 a significativement augmenté, passant de moins de la moitié des personnes concernées à plus de 65% d'entre elles, y compris les jeunes adultes (18-24 ans).

L'interrogation directe d'échantillons de la population reste cependant le meilleur moyen de produire une estimation de la prévalence globale des conduites suicidaires. En effet, une part importante de ces conduites ne donne pas lieu à un contact avec le système de soin et ne remonte pas dans les autres systèmes d'information.

Conclusion

Les données de prévalence des conduites suicidaires observées en 2021 dans le Baromètre santé suggèrent une détérioration de la santé mentale, en particulier chez les plus jeunes. Les données issues des services d'urgences témoignent du fait que cette détérioration s'inscrit dans la durée, avec un nombre de passages aux urgences pour idées et gestes suicidaires encore plus élevé en 2022 et 2023 qu'en 2021¹⁹. En complément de la mise en œuvre de la stratégie nationale de prévention du suicide et du renforcement des dispositifs de prise en charge de la souffrance psychique, il semble nécessaire de mieux comprendre les causes d'une telle évolution, afin de mieux cibler les facteurs de risque et de protection sur lesquels intervenir.

Rappelons qu'en présence d'idées suicidaires, pour un proche ou pour vous-même, vous pouvez appeler le 31 14. Les professionnels du numéro national de prévention du suicide vous répondent 24h/24 et 7J/7. L'appel est gratuit et confidentiel. ■

Liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt au regard du contenu de l'article.

Références

- [1] Organisation mondiale de la santé. Suicide. Genève: OMS; 2023. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- [2] Rey G. Fiche 14 : Données épidémiologiques sur les décès par suicide en France en 2017. In: Observatoire national du suicide. Suicide. Mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19. Effets contrastés au sein de la population et mal-être chez les jeunes – 5^e rapport. Paris: Drees; 2022. pp. 253-9. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/rapports/suicide-mesurer-limpact-de-la-crise-sanitaire-lee-au-0>
- [3] Pirard P, Chin F, Khiredine I, Regnault N. Fiche 3 : Évolution des hospitalisations pour tentative de suicide en médecine et chirurgie en France, de 2017 à 2021 et durant la pandémie de Covid-19. In: Observatoire national du suicide. Suicide. Mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19. Effets contrastés au sein de la population et mal-être chez les jeunes – 5^e rapport. Paris: Drees; 2022. pp. 164-71. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/rapports/suicide-mesurer-limpact-de-la-crise-sanitaire-lee-au-0>
- [4] Forgeot C, Caserio-Schönemann C. Fiche 2 : Recours aux soins d'urgence pour trouble de la santé mentale au cours de la crise liée au Covid-19 (2020-2021) en France. In: Observatoire national du suicide. Suicide. Mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19. Effets contrastés au sein de la population et mal-être chez les jeunes – 5^e rapport. Paris: Drees; 2022. pp. 153-63. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/rapports/suicide-mesurer-limpact-de-la-crise-sanitaire-lee-au-0>
- [5] Jollant F, Hawton K, Vaiva G, Chan-Chee C, du Roscoät E, Léon C. Non-presentation at hospital following a suicide attempt: A national survey. *Psychol Med.* 2022;52(4):707-14.
- [6] Beck F, Guignard R, du Roscoät E, Saïas T. Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010. *Bull Épidémiol Hebd.* 2011;(47-48):488-92. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/tentatives-de-suicide-et-pensees-suicidaires-en-france-en-2010>
- [7] Léon C, du Roscoät E. Fiche 7 : Prévalence et évolution des pensées suicidaires en France métropolitaine en 2020 – Résultats du Baromètre santé. In: Observatoire national du suicide. Suicide. Mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19. Effets contrastés au sein de la population et mal-être chez les jeunes – 5^e rapport. Paris: Drees; 2022. pp. 205-11. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/rapports/suicide-mesurer-limpact-de-la-crise-sanitaire-lee-au-0>
- [8] Léon C, Chan-Chee C, du Roscoät E, et le groupe Baromètre de Santé publique France 2017. Baromètre de Santé publique France 2017 : tentatives de suicide et pensées suicidaires chez les 18-75 ans. *Bull Épidémiol Hebd.* 2019;(3-4):38-47. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/3-4/2019_3-4_1.html
- [9] Kish L. A Procedure for objective respondent selection within the household. *J Am Stat Assoc.* 1949;44(247):380-7.
- [10] Soullier N, Richard JB, Gautier A. Baromètre de Santé publique France 2021. Méthode. Saint-Maurice: Santé publique France; 2022. 17 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/barometre-de-sante-publique-france-2021-methode>
- [11] Léon C, du Roscoät E, Beck F. Prévalence des épisodes dépressifs en France chez les 18-85 ans : résultats du Baromètre santé 2021. *Bull Épidémiol Hebd.* 2023;(2):28-40. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/2/2023_2_1.html
- [12] COVID-19 Mental Disorders Collaborators. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet.* 2021;398(10312):1700-12.
- [13] Kohls E, Baldofski S, Moeller R, Klemm SL, Rummel-Kluge C. Mental health, social and emotional well-being, and perceived burdens of university students during COVID-19 pandemic lockdown in Germany. *Front Psychiatry.* 2021;12:643957.
- [14] McLafferty M, Brown N, McHugh R, Ward C, Stevenson A, McBride L, et al. Depression, anxiety and suicidal behaviour among college students: Comparisons pre-COVID-19 and during the pandemic. *Psychiatry Res Commun.* 2021;1(2):100012.

- [15] Organisation mondiale de la santé. Les cas d'anxiété et de dépression sont en hausse de 25 % dans le monde en raison de la pandémie de COVID-19. Genève: OMS; 2022. <https://www.who.int/fr/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>
- [16] Peretti-Watel P, Alleaume C, Léger D, Beck F, Verger P; COCONEL Group. Anxiety, depression and sleep problems: A second wave of COVID-19. *Gen Psychiatr.* 2020;33(5): e100299.
- [17] Hazo JB, Costemalle V, Rouquette A, Bajos N. Une dégradation de la santé mentale chez les jeunes en 2020. Résultats issus de la 2^e vague de l'enquête EpiCov. *Études et Résultats.* 2021;(1210):1-8. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/une-degradation-de-la-sante-mentale-chez-les-jeunes-en-2020>
- [18] Vodovar D, Blanc-Brisset I, Jollant F. Fiche 4 : Utilisation de la base nationale des centres antipoison pour le suivi épidémiologique des intoxications auto-infligées. In: Observatoire national du suicide. Suicide. Mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19. Effets contrastés au sein de la population et mal-être chez les jeunes – 5^e rapport. Paris: Drees; 2022. pp. 172-9. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/rapports/suicide-mesurer-limpact-de-la-crise-sanitaire-liee-au-0>
- [19] Santé publique France. Santé mentale. Point mensuel, 3 avril 2023. Numéro 21. Saint-Maurice: Santé publique France; 2023. <https://www.santepubliquefrance.fr/surveillance-syndromique-sursaud-R/documents/bulletin-national/2023/sante-mentale-point-mensuel-3-avril-2023>
- [20] Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Huang X, *et al.* Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychol Bull.* 2017;143(2):187-232.
- [21] Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev.* 2008;30(1):133-54.
- [22] Yoshimasu K, Kiyohara C, Miyashita K. Suicidal risk factors and completed suicide: Meta-analyses based on psychological autopsy studies. *Environ Health Prev Med.* 2008;13(5):243-56.
- [23] Broussouloux S, Gallien Y, Fouillet A, Mertens C, Chin F, Cassouret G, *et al.* Évaluation d'efficacité de VigilanS de 2015 à 2017, dispositif de prévention de la réitération suicidaire. Saint-Maurice: Santé publique France; 2023. 8 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale/suicides-et-tentatives-de-suicide/documents/enquetes-etudes/evaluation-d-efficacite-de-vigilans-de-2015-a-2017-dispositif-de-prevention-de-la-reiteration-suicidaire>
- [24] Chan-Chee C. Les hospitalisations pour tentative de suicide dans les établissements de soins de courte durée : évolution entre 2008 et 2017. *Bull Épidémiol Hebd.* 2019(3-4): 48-54. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/3-4/2019_3-4_2.html
- [25] OFDT. Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2022. *Tendances.* 2023;155:1-8. <https://www.ofdt.fr/publications/collections/tendances/les-drogues-17-ans-analyse-de-lenquete-escapad-2022-tendances-155-mars-2022/>

Citer cet article

Léon C, du Roscoät E, Beck F. Prévalence des pensées suicidaires et tentatives de suicide chez les 18-85 ans en France : résultats du Baromètre santé 2021. *Bull Épidémiol Hebd.* 2024;(3):42-56. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2024/3/2024_3_1.html

FRANCE

PSYCHIATRIE

Idées suicidaires: les jeunes sont les plus touchés

Mal-être profond et passages à l'acte sont en hausse chez les 18-24 ans, tout en stagnant dans les autres classes d'âge. Une vraie rupture

Crise écologique, guerres, risques sanitaires, manque de perspectives... « Vous ne pouvez pas vous imaginer à quel point les discours de "désespérance" et les messages fatalistes ont des conséquences, à un âge où on se construit », rapporte Charles-Edouard Notredame, psychiatre au centre hospitalier universitaire (CHU) de Lille, qui coordonne la ligne d'écoute nationale 3114 de prévention du suicide.

Dans la bouche des médecins, psychiatres et pédopsychiatres, en première ligne face à la souffrance des adolescents et des jeunes adultes, un constat revient: le contexte anxiogène, s'il est loin d'expliquer à lui seul le mal-être d'une frange de la jeunesse, pèse sur les esprits. Mais c'est un enchevêtrement de facteurs qui mène certains jeunes jusqu'aux « idées noires » ou à la tentative de suicide. Des jeunes, semble-t-il, de plus en plus nombreux: c'est la tendance dessinée par le baromètre sur le sujet rendu public, le 6 février, par Santé publique France.

Cette enquête, déclarative, menée en 2021, l'an II de la crise sanitaire liée au Covid-19, auprès d'un échantillon de près de 30000 personnes de 18 à

85 ans, a mis un coup de projecteur sur la détérioration de la santé mentale des 18-24 ans: les pensées suicidaires déclarées ont été multipliées par plus de deux depuis 2014 dans cette tranche d'âge, passant de 3,3 % à 7,2 %. Une évolution d'autant plus marquante que les données pour les autres classes d'âge tendent à stagner, avec une prévalence de 4,2 % pour l'ensemble des répondants.

Chez les jeunes majeurs toujours, les tentatives de suicide déclarées les douze derniers mois ont augmenté de plus de 60 % (de 0,7 % en 2017 à 1,1 % de cette tranche d'âge en 2021); celles sur l'ensemble de leur vie de 50 % sur la même période (passant de 6,1 % à 9,2 %). Une rupture au regard des précédents baromètres qui, depuis le début des années 2000, et à intervalles réguliers, donnaient pour cette tranche d'âge des résultats inférieurs ou comparables à ceux des répondants plus âgés.

Un « changement important », appuie Santé publique France, confirmé par d'autres mesures tendant à démontrer qu'il se poursuit: le nombre de passages aux urgences pour idées et gestes suicidaires a été plus élevé en 2022 et en 2023

qu'en 2021, rapporte ainsi l'instance publique.

Sur le terrain, le constat est largement partagé: si le choc du Covid-19 et de ses confinements s'éloigne, la demande de soins, chez les jeunes adultes comme chez les adolescents, ne faiblit pas. Au contraire: services saturés en pédopsychiatrie et en psychiatrie, délais pour accéder à une consultation qui s'allongent (jusqu'à six mois après une tentative de suicide, alors qu'un contact avec un médecin dans le mois qui suit est généralement préconisé), chambres sanctuarisées aux urgences pédiatriques pour accueillir les « TS » (tentatives de suicide), lits occupés par des petits patients « suicidaires » en pédiatrie... Ni l'hôpital ni la médecine de ville ne voient baisser la vague.

Services saturés

Or, les professionnels le soulignent: les tensions sur le système de soins de premier recours, engorgé de toutes parts, et les prises en charge plus tardives, ont de lourdes conséquences. Car cela ne permet plus de faire de la prévention et de désamorcer les crises.

Au CHU de Nantes, ce sont sept à huit enfants par

jour qui arrivent en pédiatrie pour des idées suicidaires, quand, pour y répondre, l'équipe de pédopsychiatres intervenant dans le service est passée de six à un médecin en quelques mois. *«C'est terrible, on n'a jamais eu une telle inadéquation entre l'offre et la demande»*, rapporte la pédiatre Christèle Gras-Le Guen, cheffe du pôle femme-enfant-adolescent de ce CHU.

Et le constat remonte à tous les niveaux. Lancée à l'automne 2021, la plate-forme d'écoute, d'orientation et d'intervention du 3114 a dépassé les 500 000 appels reçus, dont *«beaucoup de parents démunis, beaucoup de jeunes, des adolescents, parfois des enfants»*, rapporte Charles-Edouard Notredame, qui en assure la coordination adjointe. Les quinze centres d'appels, dont trois ouverts vingt-quatre heures sur vingt-quatre à Lille, Montpellier et Brest, recevaient en moyenne 600 à 800 appels quotidiens. *«On est aujourd'hui plutôt à 1 000 appels par jour»*, relate le psychiatre. *«Ces besoins croissants interrogent les moyens dévolus à nos services, mais cela va bien au-delà: c'est l'organisation des soins qu'il nous faut remettre en jeu»*, tient-il à souligner.

En France, le suicide représente la deuxième cause de décès chez les 15-24 ans, après les accidents de la route. On ne dispose pas de données récentes permettant d'observer la situation post-Covid: Santé publique France, citant le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès, fait état de 8366 enregistrements

de décès par suicide en 2017, tous âges confondus (dont 300 à 350 jeunes, estiment les médecins), en baisse depuis 2001, contrairement aux pensées et tentatives suicidaires chez les jeunes.

Pour expliquer cette tendance qui s'ancre sur le temps long, les professionnels de santé rappellent au préalable que cette phase de la vie est celle de *«toutes les vulnérabilités»*. *«L'adolescence est un moment de transition, de transformations, de construction de l'identité et d'acquisition de l'autonomie»*, rappelle Marie Rose Moro, pédopsychiatre. *«Un moment où il faut créer un système de liens, sortir du foyer pour aller vers le monde extérieur et se l'approprier. Une période d'apprentissage, de découvertes, d'expériences, mais aussi de doutes, d'inquiétudes, de peurs.»*

Est-ce plus vrai aujourd'hui qu'hier? Autrement dit, les fragilités sont-elles devenues plus fortes? *«En consultation, ces jeunes nous disent qu'ils se sentent très seuls»*, reprend celle qui est aussi cheffe de service de la maison des adolescents de l'hôpital Cochin (Maison de Solenn) à Paris. *«La famille, l'école, l'université... tous ces cadres et ces institutions censés permettre de grandir dans un collectif, protecteur, sont questionnés aujourd'hui.»*

Avec un sentiment d'isolement vécu parfois au sein même des familles: *«Quand je demande à ces jeunes patients s'ils parlent de leur mal-être à leurs parents, la réponse est souvent la même: "Je ne veux pas les in-*

quiéter"», dit-elle encore. Comme si nous-mêmes, adultes, apparaissions trop fragiles.»

Dépressions de plus en plus précoces

S'y ajoutent les facteurs attendus de risques: les troubles ou maladies psychiatriques (anxiété, dépression, schizophrénie...) qui apparaissent souvent à cet âge, la précarité, les violences... Le psychothérapeute Guy Benamozig insiste aussi sur *«l'intériorisation des crises à répétition»*, le *«poids des addictions»* et le *«sentiment d'enfermement»*, à l'heure où les réseaux sociaux et les écrans donnent pourtant l'impression d'être hyperconnecté.

«Ces outils peuvent avoir des effets positifs, concède-t-il, mais aussi nourrir une incapacité à se poser, à réfléchir, à mentaliser...» Guy Benamozig a créé, en 2015, l'association LaVita, qui propose gratuitement aux 13-25 ans une prise en charge *«en ville»*, financée par des fonds privés, avec l'objectif de les faire entrer dans un parcours de soins en réseau sur cinq mois au moins.

Si ce psychothérapeute perçoit bien dans la période Covid-19 un *«tournant»*, il évoque aussi des effets de long terme avec, avant même la crise sanitaire, des dépressions de plus en plus tôt. La pédiatre Christèle Gras-Le Guen, au CHU de Nantes, abonde: *«Avant, les idées noires, les tentatives de suicide concernaient plutôt des jeunes de 14-15 ans. Maintenant, la majorité a plutôt entre 11 et 14 ans, avec une*

singularité: on voit plus de filles que de garçons» - quand les morts par suicide sont plus des garçons que des filles.

Comme d'autres professionnels, elle use de prudence sur les liens de cause à effet avec la crise du Covid-19. *«Il y a eu un effet accélérateur, on a vu un afflux d'enfants qui allaient mal, après cette période où ils ont été privés de tout, de lien social, d'école, d'amis... Mais si la détérioration de leur santé mentale n'était qu'un effet du confinement, maintenant qu'il s'éloigne, on devrait aujourd'hui constater de premiers signes d'amélioration. Or il n'en est rien: c'est même tout l'inverse»,* pointe la cheffe du service pédiatrie, qui rappelle que le phénomène dépasse l'Hexagone et touche d'autres pays d'Europe ou l'Amérique du Nord.

Certaines publications scientifiques ont aussi rappelé, à par-

tir de données de pandémies précédentes, que l'impact sur la santé mentale peut intervenir souvent à distance de la crise, parfois des années après. Marie-Odile Krebs, cheffe du pôle hospitalo-universitaire évaluation, prévention et innovation thérapeutique au groupe hospitalier universitaire Paris psychiatrie et neurosciences, fait valoir un autre élément: le *«trou dans la raquette»* dans l'accès aux soins des 15-18 ans en particulier. Une tranche d'âge durant laquelle les jeunes ne se reconnaissent plus vraiment comme relevant de la pédopsychiatrie, mais où il est compliqué de les faire basculer vers des services adultes.

«Ces grands ados et jeunes adultes peinent à trouver la bonne porte, ils nous le disent en consultation et leurs parents aussi: la lisibilité de l'accès aux soins est très insuffisante», souligne cette profes-

seure de psychiatrie, qui dirige un centre d'évaluation pour jeunes adultes et adolescents rencontrant des difficultés psychiques débutantes.

Dans ce service, où la moyenne d'âge des patients est de 19 ans, ceux qui ont été suivis enfants ne l'ont généralement plus été à partir de 15 ou 16 ans; et la plupart arrivent déjà majeurs sans suivi préalable alors que leurs difficultés sont apparues depuis plusieurs mois ou années. Ces jeunes ont pourtant des besoins, rappelle cette médecin: l'âge de transition correspond au *«pic d'émergence»* des troubles psychiatriques. Soixante-quinze pour cent d'entre eux apparaissent avant l'âge 25 ans. ■

par *Mattea Battaglia Et Camille Stroboni*



[Accueil](#) > [Actualités](#) > [Santé](#) > Santé mentale des jeunes : face aux chiffres alar

Santé mentale des jeunes : face aux chiffres alarmants, le Sénat demande une stratégie nationale

Dans un rapport, Santé publique France alerte sur un doublement des tentatives de suicide déclarées chez les 18-24 ans, entre 2017 et 2021. Un constat terrible qui appelle à des mesures urgentes. Mi-janvier, le Sénat a voté à l'unanimité l'inscription de la santé mentale des jeunes comme grande cause nationale.



Par Rose Amélie Becel

Temps de lecture  4 min

Publié le 05/02/2024 à 18:56

MAR 05 18:56 2024 118.54

Ce 5 février, à l'occasion de la journée nationale dédiée à la prévention du suicide, Santé publique France publie son dernier baromètre et alerte sur une dégradation de la santé mentale des jeunes adultes. Chez les 18-24 ans, les pensées suicidaires ont été multipliées par deux depuis 2014. Entre 2017 et 2021, le nombre de tentatives de suicide déclarée dans cette même tranche d'âge a également doublé.

Le 17 janvier dernier, la sénatrice centriste (groupe RDSE) Nathalie Delattre appelait le gouvernement à ériger la santé mentale des jeunes en grande cause nationale. Une proposition de résolution votée à l'unanimité, avec l'assentiment de la ministre du Travail, de la Santé et des Solidarités, Catherine Vautrin. Pour l'auteur de la résolution, face aux « chiffres glaçants » de Santé publique France, faire de la santé mentale des jeunes une grande cause permettra « de briser définitivement le tabou, puis d'obliger la mise en place d'une véritable stratégie nationale ».

Revaloriser la médecine scolaire

200 euros par mois, ainsi qu'une prime de 800 euros. « C'est un métier auquel on n'accorde pas assez d'attention, il a pourtant une place essentielle dans la prévention, la détection de pathologies, des situations de harcèlement... », souligne la sénatrice.

Avec seulement un médecin scolaire pour 15 000 élèves, la profession souffre d'un manque d'attractivité. Selon le syndicat majoritaire des infirmiers et infirmières de l'Education nationale (SNICS-FSU), environ 7 800 médecins scolaires exercent actuellement dans des établissements, il en faudrait 15 000 de plus. Le 17 janvier, avant le vote de la résolution au Sénat, Catherine Vautrin a ainsi annoncé son souhait de « travailler avec la ministre de l'Education nationale et des Sports sur l'évolution de la médecine scolaire ».

« Mon soutien psy » et « Santé psy étudiant », des dispositifs pour le moment inefficaces

En matière de prévention, Gabriel Attal a également annoncé lors de sa déclaration de politique générale une réforme du dispositif « Mon soutien psy ». Créé en avril 2022 pour proposer huit séances d'accompagnement psychologique par an aux enfants de 3 à 17 ans, le Premier ministre a reconnu qu'il n'avait « pas donné les résultats escomptés ». La part du prix de la consultation prise en charge par l'assurance maladie sera donc augmentée et les jeunes n'auront plus besoin de solliciter un médecin généraliste pour accéder au dispositif.

En octobre dernier, la sénatrice Les Républicains Marie Mercier avait déjà pointé du doigt l'inefficacité du dispositif, lors d'une question écrite au gouvernement. L'élue avait alors pris pour exemple un autre dispositif similaire, « Santé psy étudiant », créé après le Covid pour permettre aux étudiants d'accéder à huit consultations gratuites par an. « Les honoraires trop bas des praticiens agréés ont fait que 93 % des psychologues n'ont pas intégré le dispositif », avait souligné la sénatrice dans sa question.

Pour Nathalie Delattre, si le gouvernement doit faire un effort pour rehausser le plafonnement du prix des séances pour inciter davantage de psychologues à intégrer ce dispositif, il faut également veiller à rendre la profession plus attractive. « Face à ce problème de santé publique, il faut aller plus loin dans les annonces de révalorisation et se tourner vers les jeunes pour leur demander à quelles conditions ils accepteraient d'embrasser une carrière de psychologue », estime la sénatrice.

Un « secrétaire d'Etat à la santé mentale » ?

Assises de la psychiatrie, publication de rapports, programme pluriannuel « santé mentale et psychiatrie »... Malgré la multiplication des initiatives gouvernementales, le secteur de la psychiatrie reste en grande difficulté. En 2021, un rapport de la Cour des comptes pointait du doigt une offre de soins « insuffisamment coordonnée ».

Face à ce constat, lors du vote de la résolution au Sénat, l'écologiste Anne Souyris proposait la création d'un portefeuille dédié au gouvernement : « Le gouvernement aurait une fort bonne idée de se doter d'un ou d'une secrétaire d'Etat à la santé mentale, en complément d'un délégué ministériel. Qui d'autre pour piloter une grande cause nationale ? » Une proposition qui ne semble pas satisfaire la ministre Catherine Vautrin, qui soulignait en réponse à la sénatrice la complexité « d'avoir un gouvernement resserré et en même temps un gouvernement qui prendrait en charge l'ensemble des différentes politiques publiques ».

Santé mentale des jeunes : des conseils pour prendre soin de sa santé mentale

En 2023, la santé mentale des jeunes reste dégradée. A la veille de la Journée mondiale de la santé mentale du 10 octobre, Santé publique France souhaite sensibiliser les jeunes de 11 à 24 ans aux comportements bénéfiques à leur bien-être psychique et à leur santé mentale. Cinq vidéos « Le Fil Good » diffusées sur les réseaux sociaux jusqu'en décembre décrypteront ces comportements qui permettent de prendre soin de sa santé mentale. Par ailleurs, Santé publique France publie un « Point Sur » au sujet des représentations de la santé mentale chez les Français et notamment les 18-24 ans, données issues de l'enquête CoviPrev.

Publié le 9 octobre 2023

Contacts presse

Santé publique France

presse@santepubliquefrance.fr

Stéphanie Champion : 01 41 79 67 48

Camille Le Hyaric : 01 41 79 68 64

La santé mentale des 11-24 ans est toujours dégradée en 2023

L'analyse des données de surveillance (urgences hospitalières du réseau OSCOUR® et associations SOS Médecins) et des données d'enquêtes (Baromètre de Santé publique France, Enquête sur la santé et les consommations lors de la Journée d'appel et de préparation à la défense ESCAPAD) montre que la santé mentale des Français est toujours dégradée en 2023, une tendance constante depuis septembre 2020. Cette dégradation concerne plus particulièrement les adolescents (11-17 ans) et les jeunes adultes (18-24 ans) :

Les recours aux soins d'urgence pour troubles de l'humeur, idées et gestes suicidaires ont fortement augmenté en 2021 puis 2022, pour rester depuis à un

niveau élevé. Chez les jeunes de 18-24 ans, la hausse s'est même poursuivie de façon marquée en 2023.

Aussi, les 18-24 ans étaient 20,8 % à être concernés par la dépression en 2021, contre 11,7 % en 2017¹.

Enfin, parmi les jeunes de 17 ans, 9,5 % étaient concernés par des symptômes anxio-dépressifs sévères en 2022 contre 4,5 % en 2017 et 18 % ont eu des pensées suicidaires dans l'année contre 11 % en 2017².

En septembre 2023³, les passages aux urgences pour geste et idées suicidaires, troubles de l'humeur (épisodes dépressifs notamment) et troubles anxieux, ainsi que les actes médicaux SOS Médecins pour angoisse ont augmenté chez les enfants de moins de 18 ans et en particulier les 11-17 ans, comme habituellement en période de rentrée scolaire. Dans ces tranches d'âges, les niveaux observés restaient élevés mais comparables à ceux des années 2021 et 2022, à l'exception des passages pour idées suicidaires chez les 11-17 ans (niveaux supérieurs aux années précédentes).

De façon plus spécifique chez les 18-24 ans, ces indicateurs ont poursuivi leur hausse en 2023. L'augmentation enregistrée chez les enfants à la rentrée scolaire a également été observée chez les jeunes adultes, mais les niveaux des passages aux urgences pour idées suicidaires, comme ceux des actes médicaux SOS Médecins pour angoisse étaient nettement supérieurs à ceux des années précédentes, ainsi que les passages pour geste suicidaire et troubles de l'humeur et les actes SOS Médecins pour états dépressifs dans une moindre mesure.

Pour en savoir plus : Santé mentale. Point mensuel, 2 octobre 2023.

Plus d'un tiers des 18-24 ans estime ne pas prendre soin de sa santé mentale

Mise en place depuis 2020 et menées régulièrement, les vagues d'enquête Coviprev⁴ permettent de suivre l'évolution de la santé mentale de la population ainsi que les comportements adoptés pour la préserver. Les résultats des vagues 34 et 35 (mai 2022, septembre 2022) concernant les représentations sur la santé mentale et les troubles psychiques montrent que dans l'ensemble, plus de 7 personnes sur 10 déclarent prendre soin de leur santé mentale.

Pour autant, les jeunes de 18-24 ans se préoccupent en moyenne moins de leur santé mentale ou de leur bien-être (comme de leur santé en général) que leurs aînés. Ils sont moins nombreux à penser pouvoir agir sur celle-ci, moins enclins à en parler avec leur médecin, et croient moins fréquemment en l'existence de solutions efficaces pour soigner l'anxiété ou la dépression. En 2022, 35% des 18-24 ans avaient l'impression de ne pas prendre soin de leur santé mentale ou de leur bien-être. Parmi ces jeunes, 32% déclaraient ne pas savoir comment faire, 29% indiquaient ne pas avoir le temps et 25% ne s'en sentaient pas capable.

“ Les données recueillies depuis 2020 témoignent d’une dégradation de la santé mentale chez les adolescents et jeunes adultes et d’une perception encore taboue de ces problématiques. Ces résultats avaient conduit Santé publique France à renforcer la surveillance et la mise en œuvre d’actions ciblées pour libérer la parole autour du mal-être. Aujourd’hui, nous abordons un nouvel axe qui consiste à sensibiliser les jeunes sur les activités et les comportements bénéfiques à leur santé mentale. Promouvoir la santé mentale, prévenir l’apparition de troubles psychiques et lutter contre la stigmatisation sont des enjeux de santé publique sur lesquels nous nous engageons pleinement pour accompagner les adultes de demain. ”

Dr Caroline Semaille, Directrice générale de
Santé publique France

Chez les 18-24 ans, les principaux freins à la consultation d’un « psy » sont le prix de la consultation, la difficulté à se confier ou la crainte de ce qu’ils pourraient découvrir sur eux, et la peur que l’entourage l’apprenne⁵.

De manière générale, les jeunes sont un peu moins nombreux que leurs aînés à reconnaître l’impact positif des différentes activités de la vie quotidienne (vie sociale, activité physique, loisirs, etc.) ou comportements de santé (sommeil, alimentation) sur la santé mentale.

Des vidéos diffusées sur les réseaux sociaux pour inciter les jeunes à prendre soin de leur santé mentale

Après avoir incité les jeunes en situation de mal-être à en parler avec la campagne « #JenParleà » lancée en 2021 et rediffusée en 2022, Santé publique France les conseille pour agir positivement sur leur santé mentale. Au travers de courtes vidéos pédagogiques et ludiques, cinq comportements favorables à la santé mentale sont expliqués :

- Pratiquer de l’activité physique ;
- Dormir suffisamment et avec des horaires réguliers ;
- Prendre du temps pour des loisirs et/ou un hobby ;
- Aider les autres ;

Pratiquer la gratitude.

À la fin de chaque vidéo, il est rappelé qu'en cas de mal-être, il faut en parler, à une personne de confiance ou à un écoutant du dispositif Fil Santé Jeunes.

Un dispositif d'aide à distance dédié aux jeunes

Fil Santé Jeunes est un service anonyme et gratuit à destination des jeunes de 12 à 25 ans qui propose une ligne d'écoute 0 800 235 236, accessible 7 jours sur 7 de 9h à 23h, et un site internet mettant à disposition de l'information, un forum, un tchat, et une orientation vers des structures d'aide (lieux d'accueil et d'écoute, maisons des adolescents, structures associatives, professionnels et structures de soins). Ces services sont dispensés par des professionnels (médecins, psychologues, éducateurs et conseillers).

Le dispositif, baptisé « Le Fil Good », est lancé d'aujourd'hui et diffusé progressivement jusqu'à la fin de l'année. Les 5 vidéos du dispositif, dont la première vise plus particulièrement les 11-17 ans, ont été conçues avec le média Explore, média « d'edutainment », qui mêle pédagogie et divertissement. Elles seront diffusées exclusivement sur les réseaux sociaux : TikTok, Snapchat, YouTube, Facebook et Instagram.

- 1- Baromètre santé, 2017 et 2021
- 2- Enquête Escapad, 2017 et 2022, OFDT.
- 3- Semaine 36 à 39 (du lundi 4 septembre au dimanche 1er octobre)
- 4- Pour chaque vague d'enquête, un échantillon représentatif de 2 000 personnes âgées de 18 ans et plus résidant en France métropolitaine est interrogé par Internet.
- 5- Coviprev, vagues 26 et 27 ; juillet 2021 - septembre 2021



UNE AMBITION REFONDÉE — pour la santé mentale et la psychiatrie en France —

PRÉVENIR : repérer et agir plus précocement pour la santé psychique des enfants et des jeunes

AGIR LE PLUS PRÉCOCEMENT POSSIBLE, AUGMENTER L'EFFICACITÉ DES CIRCUITS DE REPÉRAGE, DE PRISE EN CHARGE ET DE SUIVI DES TROUBLES PSYCHIQUES DES ENFANTS ET DES JEUNES

La période de l'enfance, jusqu'à la fin de l'adolescence et l'entrée dans l'âge adulte, constitue une étape cruciale dans la vie d'une personne. Périodes formatives et constructives, l'enfance et l'adolescence sont aussi des périodes particulièrement sensibles où il faut être attentif à l'état de santé et repérer le plus précocement possible les premières difficultés en termes de santé mentale, pour limiter le mal être des jeunes et son impact négatif à long terme.

En France environ 15 % des jeunes connaissent un épisode dépressif caractérisé entre 16 et 25 ans et, après les accidents de la route, le suicide est la deuxième cause de mortalité entre 10 et 25 ans.

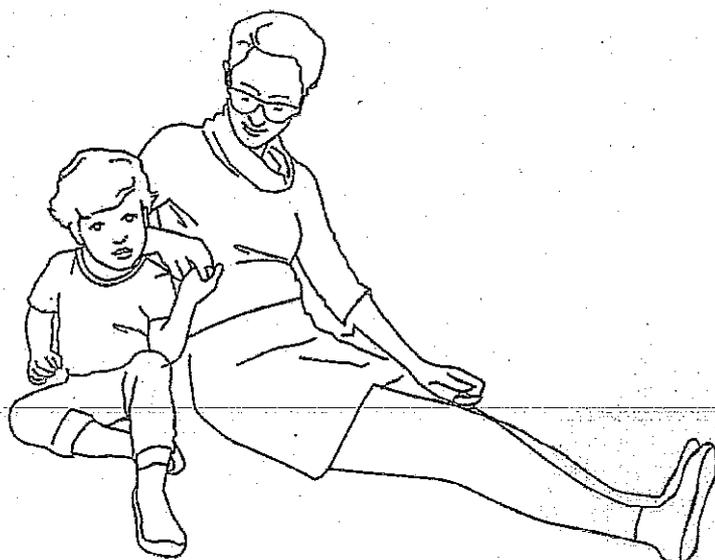
Les enfants et les jeunes sont particulièrement touchés par les conséquences de la crise sanitaire sur la santé mentale, avec une hausse des états dépressifs, particulièrement chez les pré-adolescents et chez les 18-24 ans, des troubles des conduites alimentaires et une augmentation des passages aux urgences des moins de 15 ans pour des troubles liés à la santé mentale.

Devant ces constats, les professionnels de la psychiatrie et de la santé mentale alertent sur l'importance de prendre soin des enfants et des jeunes, avec des moyens à la hauteur de besoins en augmentation constante et qui réclament des prises en charge globales intégrant tous les aspects de vie de l'enfant et du jeune (milieu familial, milieu scolaire, etc.).

LES ENGAGEMENTS CLEFS

- Mettre en œuvre la stratégie des 1000 jours de la vie et déployer une offre de psychiatrie en périnatale ;
- Mettre en œuvre une stratégie multisectorielle de déploiement des compétences psychosociales (CPS) ;
- Amplifier le déploiement des premiers secours en santé mentale (PSSM) ;
- Faire émerger un acteur en charge de la coordination de la santé des 0-17 ans ;
- Renforcer les maisons des adolescents (MDA) ;
- Développer l'offre d'accueil familial thérapeutique (AFT) ;
- Renforcer les centres médico-psychologiques infanto-juvéniles (CMP-IJ) ;
- Renforcer les centres régionaux de psychotraumatisme.

Agir le plus précocement possible, augmenter l'efficacité des circuits de repérage, de prise en charge et de suivi des troubles psychiques des enfants et des jeunes.



Les mesures déjà engagées

- **Engagement d'une enquête nationale pérenne sur la santé mentale des 3 à 11 ans.**

Les jeunes enfants, un axe prioritaire du programme santé mentale : lancement d'une enquête nationale pérenne

Les premières années de la vie sont déterminantes pour le développement psycho-affectif des enfants, les apprentissages et leur capacité à s'adapter dans leur future vie d'adulte. L'enquête nationale sur la santé mentale des jeunes enfants (3-11 ans) a été lancée en juillet dernier par Adrien Taquet, Secrétaire d'État chargé de l'enfance et des familles et sera menée en 2022. Elle s'intègre dans le dispositif global de surveillance de la santé mentale des enfants et des adolescents de Santé publique France, en complémentarité d'autres dispositifs existants, en particulier l'étude EnClass, portant sur les collégiens et lycéens.

Cette enquête, première en son genre, permettra **de mesurer et suivre dans le temps l'état de santé mentale chez les enfants et de décrire les facteurs de risque et protecteurs associés.** Ses résultats seront un appui pour les acteurs et les pouvoirs publics dans leur stratégie de prévention et de prise en charge dans une perspective de bien-être nécessaire à l'apprentissage et le devenir adulte des enfants et des jeunes.

- **Adaptation du dispositif Vigilans** de recontact des personnes ayant fait une tentative de suicide pour mieux prendre en charge les tentatives de suicide des jeunes.
- **Développement d'un volet spécifique de sensibilisation des jeunes** via les réseaux sociaux :
 - > Campagne nationale de lutte contre la stigmatisation « en parler c'est déjà se soigner » (mai-juin 2021) ;
 - > Et campagne spécifique auprès des étudiants (novembre-décembre 2020) par l'association « Nightline ».
- **Renforcement de la mobilisation des acteurs et repérage précoce**, via les instances de pilotage de la santé des enfants, des élèves et des étudiants.
- **Extension de la formation de secouristes « premier secours en santé mentale »** au sein des universités et inclusion d'un module de formation en santé mentale pour les volontaires du service sanitaire en santé.
- **Renforcement progressif de l'offre en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent** dans les régions les territoires les plus déficitaires via des appels à projets nationaux.

2021 : LES NOUVELLES MESURES RENFORCÉES

MESURE 10

Mettre en œuvre la stratégie des 1 000 premiers jours et déployer une offre de psychiatrie en périnatalité

La période des 1000 premiers jours de l'enfant, qui s'étend du 4^e mois de grossesse aux deux ans de l'enfant, constitue une période particulièrement sensible pour le développement de l'individu. Le Président de la République a installé en octobre 2019 la commission des 1000 premiers jours, présidée par **Boris Cyrulnik**, afin d'élaborer des propositions qui ont été formalisées dans un rapport rendu à l'automne 2020. Parmi les annonces figure l'engagement à renforcer l'accompagnement de parents faisant face à des détresses psychologiques parentales ou, plus globalement, souffrant de troubles psychiques, afin d'éviter l'apparition de troubles plus sévères chez les parents ou chez l'enfant.

La mesure consiste à financer la mise en place ou le renforcement en personnel d'équipes mobiles de psychiatrie périnatale et d'unités de soins conjoints parents-bébé.

Financement : 10 M€ en 2021 : 5 M€ dédiés aux développement d'équipes mobiles (15 à 20 équipes ciblées) et 5 M€ dédiés à des unités de consultations et d'hospitalisation parent-bébé (5 à 10 unités ciblées)

Le renforcement du dispositif départemental de psychiatrie périnatale père-mère-bébé du CH la Chartreuse en Côte d'Or

Il s'agit de développer l'activité de prise en charge père-mère-bébé. Mise en place depuis 2012 en partenariat avec la maternité du CHU21, développée en 2018 par la création de quatre places d'hospitalisation de jour et des activités de centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), elle offre également une consultation sans rendez-vous. Parallèlement sera déployée une équipe mobile intervenant dans les 48h.

La création d'un dispositif de ressources en santé mentale et soins en psychiatrie périnatale au CH de Montfavet, dans le Vaucluse

La création d'une équipe mobile permettra de compléter l'offre existante du réseau départemental de pspérinatalité pour renforcer la prévention, le repérage, l'orientation, la coordination et les soins, en allant notamment au domicile des familles qui ne sont pas encore en demande de soins et pourtant identifiées à risque. Le projet prévoit une consultation pré-conceptionnelle et le déploiement de consultations prénatales, une meilleure prise en compte des pères, le développement de la télé expertise, l'appui-ressources et la formation des partenaires.

MESURE 11**Définir une stratégie multisectorielle de déploiement des compétences psychosociales-CPS (dont à l'école)**

Compétences de vie indispensables à notre bien-être mental, physique et social, les compétences psychosociales (CPS) sont utiles au quotidien pour chacun. Elles contribuent à prévenir de nombreux comportements et attitudes néfastes à la santé. Chez les enfants et adolescents, le renforcement des CPS permet d'améliorer le bien-être, la résilience, la réussite scolaire, et de réduire les conduites à risque de façon significative (troubles anxio-dépressifs, suicide, comportements sexuels inappropriés, violence, addictions, etc.). Chez les adultes, il améliore le sentiment personnel d'efficacité, les relations adultes-enfants et la qualité de vie au travail.

En France, des dispositifs pilotes de renforcement des compétences psychosociales ont été mis en place. Notamment déployés dans le milieu scolaire, ils ont permis d'adapter dans notre contexte des programmes probants évalués scientifiquement. L'enjeu est aujourd'hui de déployer à grande échelle une stratégie de renforcement des CPS, de manière transverse et inclusive, en considérant l'importance du milieu scolaire qui permet de toucher les enfants dès le plus jeune âge quasi quotidiennement et tout au long de la scolarité, et qui constitue un catalyseur pour le déploiement des CPS auprès des autres acteurs jeunesse. Une stratégie nationale, co-portée par les ministères des solidarités et de la santé et de l'Éducation nationale, de la jeunesse et de sports, sera élaborée de manière concertée et coordonnée début 2022, avec une vision à moyen terme (2022-2027), afin d'agir dès le plus jeune âge, tout au long de la croissance et en synergie dans les différents milieux de vie.

MESURE 12**Amplifier le déploiement des premiers secours en santé mentale PSSM (notamment auprès des jeunes et des enfants)**

Être secouriste en santé mentale, c'est apprendre à réagir face à une détresse psychique et entrer en relation avec les personnes. Être secouriste en santé mentale, c'est reconnaître que la santé mentale est l'affaire de tous.

Conçue sur le modèle des « gestes qui sauvent », la formation aux premiers secours en santé mentale (PSSM) permet une meilleure connaissance de la santé mentale, des troubles psychiques, un repérage de ces troubles et donne des éléments pour savoir réagir devant une personne en souffrance ou en crise.

Le ministère chargé de la santé souhaite que ce programme se développe dans des milieux et secteurs multiples, afin de diffuser partout une culture de la santé mentale, pour qu'elle soit l'affaire de tous.

Sous l'impulsion du ministère des Solidarités et de la Santé et du ministère de l'Enseignement supérieur, le milieu étudiant est déjà engagé dans le déploiement des PSSM depuis 2018, avec des formations d'étudiants et de personnels des services de santé universitaires et des CROUS, via des partenariats entre ARS et universités.

(1) - <https://eduscol.education.fr/1985/je-souhaite-construire-un-projet-sur-la-prevention-des-conduites-addictives>

Ce programme va se poursuivre en 2022 et 2023.

Deux nouveaux modules seront diffusés en 2021 et 2022 : Youth (destiné aux professionnels travaillant avec des adolescents) et Teen (former les adolescents pour une aide par les pairs) pour les développer en milieu scolaire et éducatif. En 2023, un module pour les personnes âgées sera à son tour adapté.

La diffusion des PSSM et de la culture de la santé mentale doit aussi passer par les agents des trois fonctions publiques (État, territoriale et hospitalière) : une circulaire interministérielle publiée fin 2021 incitera tous les ministères à intégrer une formation similaire aux PSSM dans leur offre de formation interne. En parallèle, le déploiement des PSSM vers d'autres publics et en milieu professionnel sera encouragé. Cela concernera en particulier le ministère de l'Intérieur et le ministère de l'Agriculture (plan d'action pour la prévention du suicide des agriculteurs).

Aujourd'hui 10 000 secouristes sont déjà formés. L'objectif est d'atteindre 60 000 en 2023 et 150 000 en 2025

Financement : **0,8 M€ en 2022**

MESURE 13

Faire émerger un acteur en charge de la coordination de la santé des 3-11 ans

La santé mentale des enfants et des jeunes est une priorité de santé publique pour le Gouvernement. La prévalence des troubles mentaux chez les enfants de 6-11 ans est estimée à 12,8 % en moyenne⁽²⁾, et les troubles apparus au cours de l'enfance ont une répercussion sur la santé mentale chez l'adolescent et à l'âge adulte. La santé mentale des enfants et des adolescents a été particulièrement affectée par la crise sanitaire.

Alors que les adolescents, leurs familles et les professionnels qui les côtoient peuvent se tourner vers les « maisons des ados », à raison d'une par département (voir mesure 9), il n'existe aucune structure de coordination des parcours dédiée aux plus jeunes (de 3 à 11 ans).

L'objectif est de créer dans les territoires des « maisons des enfants », chargées de la sensibilisation et de la coordination des acteurs de la santé mentale et physique des 3-11 ans (protection maternelle et infantile, médecine scolaire, aide sociale à l'enfance, généralistes, pédiatres, pédopsychiatres en ville ou en centre médico-psychologique, etc.) ainsi que de l'accueil et l'orientation des enfants et de leurs familles, dans une approche globale de la santé des 3-11 ans.

Un projet pilote sera lancé dès 2022, avec la création de 4 maisons des enfants dans 4 départements. Cette phase permettra d'évaluer le dispositif, et d'en tirer des enseignements sur son articulation avec l'offre pour les jeunes, afin d'envisager les conditions d'une généralisation en 2024.

Financement : **3,4 M€ pour la phase pilote de 2022 à 2024.**

(2) Kovess-Masfety V, Húsby MM, Keyes K, Hamilton A, Pez O, Bitfoi A, et al. Comparing the prevalence of mental health problems in children 6-11 across Europe. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2016;51(8):1093-1

MESURE 14**Renforcer les maisons des adolescents**

Les maisons des adolescents (MDA) sont des lieux ressources sur la santé et le bien-être des jeunes, qui assurent un accueil pluridisciplinaire généraliste, rapide, souple et adapté aux modes de vie des adolescents et peuvent proposer un accompagnement en santé (prise en charge ou orientation vers des soins spécialisés).

Leur rôle, déjà important dans la prévention et la prise en charge de la souffrance psychique des adolescents, a été plus récemment mis en exergue par la crise sanitaire.

La mesure a pour premier objectif d'installer au moins une MDA dans chaque département français, tandis que les MDA déjà en activité (118 à ce jour) seront renforcées.

Financement : **5 M€ en 2022 et 10,5 M€/an à partir de 2023**

MESURE 15**Développer l'offre d'accueil familial thérapeutique (AFT)**

L'accueil familial thérapeutique offre à des patients adultes ou enfants pour lesquels le retour à domicile n'est pas possible une alternative à l'hospitalisation et leur permet d'engager une phase de réadaptation ou d'acquisition d'une certaine autonomie dans un milieu familial dans lequel ils pourront tisser des liens sociaux et affectifs. Les patients restent suivis par une équipe de psychiatrie.

En 2019, le nombre de places d'accueil familial thérapeutique infanto-juvénile était de **721 places** représentant **107 212 journées d'hospitalisation**. Le nombre de places est très variables selon les régions. Presque encore inexistantes dans les départements d'outre-mer, avec moins de 1 place, ce mode de prise en charge est relativement développé en Normandie par exemple, avec 140 places.

L'objectif est d'accompagner les établissements de santé de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à développer davantage cette offre de prise en charge en créant **100 places supplémentaires** sur 2 ans réparties de manière à équilibrer le nombre de places disponibles sur le territoire.

Financement : **2,5 M€ en 2022 et 5 M€/an à partir de 2023**

MESURE 16**Renforcer les centres médico-psychologiques infanto-juvéniles (CMP-IJ)**

Les centres médico-psychologiques (CMP) sont un acteur de proximité essentiel de l'offre de soins psychiatriques sur le territoire. Principal opérateur de la psychiatrie de secteur, ils proposent, sur un bassin populationnel, un accueil et une prise en charge ambulatoire spécialisée pour les personnes souffrant de troubles psychiques de leur territoire, dans l'objectif de maintenir la personne dans son milieu de vie.

Ces structures font aujourd'hui face à une demande de soins croissante. Leurs délais de rendez-vous sont importants et tendent à s'allonger. La situation est particulièrement difficile pour les CMP infanto-juvéniles (CMP-IJ), avec des délais pour obtenir un suivi pouvant aller jusqu'à un an parfois.

On recense en 2019, 2 550 CMP dont 1 091 CMP infanto-juvénile avec une file active de 2 370 166 patients. Dans les CMP-IJ, le nombre moyen d'enfants pris en charge, par structure et par an, a augmenté de 17 % entre 1997 et 2016, avec un nombre de structures relativement stable.

La mesure consiste à renforcer les CMP-IJ par le recrutement de personnel supplémentaire (400 ETP sur trois ans) afin d'améliorer les délais de rendez-vous et de prise en charge, notamment les premiers rendez-vous d'orientation par un personnel non médical.

Le financement est de 8 M€ en 2022, puis 16 M€ en 2023 et 24 M€/an à partir de 2024



MESURE 17**Renforcer les moyens dédiés
à la prise en charge du psychotraumatisme**

La mise en place, dès la fin 2018, de centres régionaux du psychotraumatisme, concrétise une volonté du Président de la République d'assurer une prise en charge adaptée à toute victime de violence. Ces centres ont une double mission : d'une part de prise en charge des victimes quelles que soient les violences subies, d'autre part d'animation du territoire et d'aide à la montée en compétences des acteurs sur ce thème des violences subies et des traumatismes qu'elles engendrent.

Dans ce cadre, la prise en charge des mineurs victimes de violences constitue plus particulièrement une priorité gouvernementale, incarnée notamment par le Plan de lutte contre les violences faites aux enfants et dont l'importance a été réaffirmée lors des situations de confinements durant la crise sanitaire.

15 centres régionaux existents aujourd'hui : 10 créés en 2018 et 5 nouveaux en 2020 pour compléter le maillage du territoire. La mesure consiste en un renforcement des équipes de ces centres, tant médicales que non médicales, pour améliorer leur accompagnement des enfants et des adolescents victimes.

Financement : 1,5 M€ en 2022, puis 3,5 M€/an à partir de 2023

Psychotraumatismes : le centre régional de Nice face à la tempête Alex

En 2020, suite aux événements de la tempête Alex ayant touché plusieurs régions rurales et montagnardes difficiles d'accès, des crédits à hauteur de 275 000 € ont été alloués au centre régional de Nice pour une action relative au psychotraumatisme pédiatrique afin d'apporter les soins au plus proche des populations de ces territoires.

PILIER 1**PROMOUVOIR LE BIEN-ÊTRE MENTAL, PRÉVENIR ET REPÉRER PRÉCOCEMENT LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE ET PRÉVENIR LE SUICIDE :**

- > **Lancement en avril-juin 2021 de la première campagne nationale de communication sur la santé mentale depuis 15 ans « en parler c'est déjà se soigner ».**
- > **Actualisation du site du psycom.org**, organisme public d'information en santé mentale, et mise en ligne d'un « GPS anti-stigma », outil pour les décideurs agissant contre la stigmatisation des troubles psychiques.
- > **Sensibilisation des élus locaux à la promotion de la santé mentale** : soutien aux conseils locaux de santé mentale (CLSM) et partenariat avec l'association des maires de France.
- > **Mise à disposition des Agences régionales santé d'un ensemble de 3 actions intégrées de prévention du suicide :**
 - **Prévention de la contagion suicidaire** dans certains lieux (lignes SNCF, métro, etc.) ou en lien avec certains acteurs professionnels (police, agriculture, justice, etc.).
 - **Formation actualisée** des citoyens et des professionnels cliniciens et non cliniciens à la prévention du suicide.
 - **Généralisation du dispositif Vigilans de rappel et de suivi des personnes** ayant fait une tentative de suicide. Déployé dans 1 région métropolitaine et dans 3 régions d'outre-mer, il devrait atteindre l'ensemble des régions à la fin de cette année. Plus de 30 000 patients ont été soutenus dans ce dispositif depuis l'an passé.
- > **Développement du programme des premiers secours en santé mentale.** Ce programme efficace de soutien par les pairs sur le modèle « des gestes qui sauvent », né en Australie en 2000 et en vigueur dans 26 pays, a été adapté en France et déployé initialement dans 4 universités. Il le sera dans 16 à la fin de cette année, pour un objectif de formation de plus de 5 000 secouristes. D'autres institutions l'ont adopté : administration pénitentiaire, départements (dans le cadre du service national universel), Assurance maladie (dans le cadre de sa stratégie de prévention 2019-2022 à destination des Jeunes de 16 à 25 ans non étudiants).
- > **Mise en œuvre de l'expérimentation Écoute'Émoi** qui vise à réduire la souffrance psychique des jeunes de 11 à 21 ans en la repérant précocement, pour les orienter les jeunes vers un parcours en santé mentale renforcée et mieux articulé. Cette expérimentation est coordonnée par les maisons des adolescents et couvre aujourd'hui 6 régions et 15 territoires et a inclus plus de 1 300 jeunes.

La santé mentale face à la crise de la Covid-19

Inquiétude et angoisse face à une crise sanitaire inédite, difficultés à faire face aux incertitudes d'un quotidien bouleversé, poids du deuil, de l'isolement et de la rémission, la Covid-19 a eu aussi des conséquences réelles en matière de santé mentale. Face à cela, la mobilisation de tous les acteurs a été renforcée, accélérée, pour permettre de prendre en charge tous ceux qui en avaient besoin.

> Un suivi renforcé et une prévention sur-mesure face à une épidémie sans précédent :

- **Pour éclairer la décision publique**, Santé publique France a mis en œuvre des études spécifiques et renforcées la surveillance : l'étude [CoviPlay](#) pour suivre les différentes dimensions de la santé mentale, [les données nationales de la surveillance syndromique de la santé mentale](#), pour mesurer par exemple les gestes suicidaires ou les troubles anxieux à partir des passages aux urgences (Oscour®) ou des consultations SOS Médecins. Une attention particulière a également été portée à des populations spécifiques comme les enfants et adolescents ([étude Conisado](#)), les femmes enceintes ([étude Covinater](#)), les populations vulnérabilisées (étude CovSa Familles 93) et les travailleurs (Coset, surveillance des maladies à caractère professionnels MCP).

- **Une campagne inédite à destination du grand public** « En parler, c'est déjà se soigner » a été menée en avril 2021 par Santé publique France et le ministère des Solidarités et de la Santé pour favoriser le repérage des principaux symptômes anxieux et dépressifs (perte d'appétit, troubles du sommeil, perte d'énergie/envie, irritabilité) et à orienter les personnes vers les dispositifs d'information (numéro vert : 0 800 130 000, [Parle à l'oreille](#)). En juin, un volet digital #JenParleA pour libérer la parole des « ados » et les inciter à consulter le dispositif d'aide à distance [filantejeunes.com](#). Fil Santé Jeunes a complété le dispositif.

> De nombreuses initiatives locales ont émergé et sont soutenues - elles ont accéléré le double virage, numérique et ambulatoire :

- **Grâce à une forte mobilisation des acteurs et professionnels de santé mentale et de psychiatrie**, ce secteur a su se réorganiser pour répondre aux besoins des patients dans un contexte de forte pression : multiplication des cellules d'écoute spécialisée ; appui des cellules d'urgences médico-psychologiques et des centres régionaux psychotrauma ; renforcement de l'ambulatoire ; suivi intensif de post hospitalisation ; augmentation sans précédent des consultations dématérialisées *via* les ressources de visioconférence et de téléphonie ; déploiement d'équipes mobiles et de prises en charge à domicile ; les délégations de tâche ; développement de coopérations public-privé, inter secteurs, sanitaire et médico-social, etc.

Pour en savoir plus : [Rapport des acteurs d'urgence de la santé mentale sur les conséquences de la pandémie](#)

L'aide à distance

Afin de répondre aux besoins d'information et d'aide de la population, plusieurs dispositifs d'aide à distance (ligne d'écoute, aide via internet) sont proposés.

Parmi ceux-ci, Santé publique France apporte son soutien financier à plusieurs dispositifs associatifs d'aide à distance qui interviennent dans le champ de la santé mentale.

- > Des lignes d'écoute bénévoles intervenant dans le champ de la prévention du suicide et du mal être : SOS Amitiés, SOS Suicide Phénix, Suicide Écoute et Phare enfants-parents.
- > Des dispositifs plus spécifiques comme la ligne azur porté par SIS Association destinés aux appels de personnes LGBT+ en difficulté, ou encore Fil Santé jeunes, dispositif généraliste pour les moins de 25 ans porté par l'école des parents et des éducateurs d'Île-de-France.

PILIER 2

GARANTIR DES PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS ET SOUTENUS PAR UNE OFFRE EN PSYCHIATRIE ACCESSIBLE, DIVERSIFIÉE ET DE QUALITÉ :

> Lancement d'appels à projets (AAP) nationaux en 2019, 2020, 2021 pour :

- **Renforcer l'offre en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent** : 70 M€ ont été mobilisés entre 2019 et 2021 pour soutenir des projets permettant l'ouverture ou la réouverture de lits d'hospitalisation pour mineurs, la création de places supplémentaires en hôpitaux de jour ou encore le financement d'équipes de liaison en pédiatrie et urgences pédiatriques.
- **Soutenir l'innovation organisationnelle en psychiatrie** : annoncé par le Président de la République dans le cadre de la stratégie « Ma santé 2022 », le fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie, doté de 10 M€ en 2019 et 20 M€ en 2020, a financé sur trois ans **116 projets innovants** : coordination de l'ensemble des acteurs du parcours de santé et de vie sur les territoires ; accès aux soins somatiques ; dépistage, repérage et prise en charge précoce ; prévention et gestion des situations de crise, d'urgence et de soins sans consentement, respect et promotion des droits des patients ; développement du numérique au service des patients et des professionnels. Appel à projets reconduit en 2021 à hauteur de 10 M€. Au total, chaque projet étant financé sur trois ans, c'est un financement de 120 M€ qui aura été mobilisé sur la période 2019-2021 au titre des trois sessions de l'AAP.

Dans le cadre du Fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie 2020, le Vinatier a été lauréat du projet LIVE (Ligne d'information, d'évaluation et d'orientation en santé mentale).

Live est une plateforme d'accueil, d'écoute, d'information et d'orientation : rattachée au pôle Urgences, accessible 7 jours/7 de 8 heures à 20 heures par un numéro de téléphone unique et s'adressant aux usagers, aux familles ou aidants et à l'ensemble des professionnels du territoire.

Elle permet d'analyser la demande et de proposer une ou plusieurs solutions avec un accompagnement des demandeurs vers la solution proposée.

Cette plateforme fonctionne à partir d'un répertoire de ressources issu de la collaboration avec les professionnels du territoire (acteurs de l'urgence, établissements de psychiatrie publique, psychiatrie privée et libérale, médecin universitaire, centre de prévention suicide, etc.).

Un rappel à 15 jours du patient est également organisé de manière à s'assurer de l'efficacité de la démarche.

Cette plateforme a un impact très significatif sur les urgences, une diminution de 30 % du nombre d'appels sur la ligne de régulation des urgences ayant été enregistrée en un an.

> **Accompagnement financier structurant pour une remise à niveau et une évolution de la psychiatrie** : depuis 2018, en complément des actions précitées, le Gouvernement a porté, de manière concrète, son soutien au champ de la psychiatrie en renforçant ses moyens par un effort financier historique et pérenne :

- 2018 : 57,5 M€ pour le soutien aux activités de psychiatrie pour les régions les plus sous dotées.
- 2019 : 80 M€ pour accompagner la transformation de l'offre de soins de psychiatrie sur les territoires, en déclinaison des priorités de la feuille de route et pour réduire les écarts de financement constatés entre régions.
- 2020 : 110 M€ dans la continuité de l'année précédente, majorés de 6,1 M€ de crédits pérennes pour renforcer l'attractivité d'établissements psychiatriques situés dans des territoires en tension de recrutement.
- ...et des mesures ciblées complémentaires, notamment et depuis 2018 :
 - 12 M€ pour les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) ;
 - 10,6 M€ pour les cellules d'urgence médico-psychologiques (CUMP) ;
 - 12,9 M€ pour la réhabilitation psycho-sociale.

> **Appui et accompagnement à l'investissement dans les établissements de psychiatrie pour moderniser et améliorer les conditions d'accueil au titre des mesures du Ségur de la santé.** La psychiatrie a été retenue comme l'une des priorités du plan d'investissement de 19 Mds € sur 10 ans adopté dans le cadre du Ségur de la santé.

> **Déploiement des projets territoriaux de santé mentale (PTSM) :** Les PTSM consacrent l'approche territoriale de la santé mentale afin d'organiser des parcours de soins, en partant des besoins des personnes et en lien avec les acteurs locaux de la santé mentale : médecine de ville, usagers et représentants des familles, établissements autorisés en psychiatrie, établissement et services sociaux et médico-sociaux, psychologues, acteurs de la prévention et de la promotion de la santé mentale comme la médecine scolaire. Élaborés collectivement par les acteurs, 104 PTSM sont finalisés à ce jour. La contractualisation des engagements de ces plans qui suscitent un véritable engouement est engagée. À cette fin, le financement pour 6 M€ de coordonnateurs de PTSM est inscrit au Ségur de la santé et une quarantaine d'entre eux est déjà recrutée.

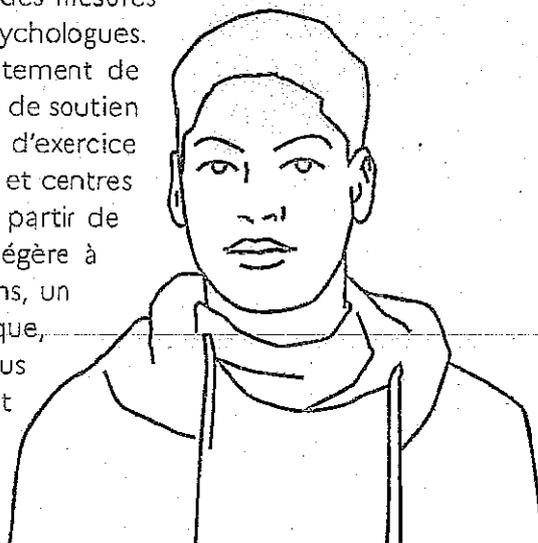
> **Engagement de réformes structurantes à moyen terme :** largement concertées avec les acteurs intéressés, des réformes en cours de finalisation contribueront à doter les acteurs locaux de leviers favorisant l'adaptation et la transformation nécessaires de l'offre en psychiatrie.

- **La réforme du financement de la psychiatrie :** elle a pour objectif de corriger les effets pervers des modalités de tarification actuelles, historiques et hétérogènes, de réduire les inégalités entre territoire, d'unifier les modalités de financement, de garantir la qualité des prises en charge et de soutenir les efforts d'innovation des établissements. Elle constitue un support au déploiement d'une politique de santé territorialisée.

- **La réforme des autorisations :** aucun texte réglementaire n'encadre les autorisations pour les activités de psychiatrie, d'où : un manque de lisibilité de l'offre de soins ; une absence de critères homogènes pour désigner les établissements ; un besoin de clarification des prises en charge. À l'instar des réformes structurantes en cours des autorisations en médecine, chirurgie et obstétrique, la psychiatrie est désormais engagée dans une actualisation des exigences réglementaires encadrant son activité. Les travaux se poursuivent pour en établir le futur cadre réglementaire.

> **Renforcement de l'accès aux psychologues dans les structures d'exercice**

coordonné au titre du Ségur de la santé : la crise sanitaire a eu un impact fort sur la santé mentale de la population et des mesures phares ont été portées pour faciliter l'accès à des psychologues. La mesure 31 du Ségur de la santé a prévu le recrutement de 200 psychologues (12 M€ en 2021) pour renforcer l'offre de soutien psychologique de la population dans les structures d'exercice coordonné : maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) et centres de santé (CDS). Ce dispositif s'adresse aux patients à partir de 3 ans souffrant de troubles psychiques d'intensité légère à modérée et peut comprendre, en fonction des besoins, un bilan initial, des séances de prise en charge psychologique, des séances de psychothérapie spécifique (pour les plus de 18 ans). Les centres médico-psychologiques (CMP) ont été également renforcés en psychologues dès fin 2020



(9,6 M€) pour améliorer les soins proposés aux personnes souffrant de troubles psychiques et réduire les délais d'accès à ces soins.

Améliorer les conditions de vie et d'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique.

La majorité des mesures se rattachent à la politique du handicap portée par la secrétaire d'État **Sophie Cluzel** et à la politique de prévention et de la lutte contre la pauvreté coordonnée par la déléguée interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté, **Marine Jeantet**. Les publics en situation de handicap psychique ont ainsi bénéficié des efforts engagés ces dernières années en faveur :

- > **Des groupes d'entraide mutuelle (GEM) :** espaces collectifs de soutien et d'entraide mutuelle, pour et par les personnes concernées par des problématiques de santé ou des situations de handicap similaires, ils sont des vecteurs essentiels de socialisation et de bien-être mental. 542 GEM sont déployés sur le territoire national, soutenus par un financement public de plus 40 M€.
- > **De l'emploi accompagné :** Le déploiement constant de ce dispositif de soutien à l'insertion professionnelle et au maintien dans l'emploi, couplé à un accompagnement médico-social, bénéficie majoritairement aux personnes souffrant de troubles psychiques. Son accès peut désormais se faire directement par le Service public de l'emploi et son financement a quadruplé depuis son lancement en 2016.



TÉMOIGNAGE *WARRIS DE LAUTRE-AMBIEN* **PAR LE TRAVAIL**

« J'ai travaillé pendant 15 ans dans le secteur de la santé. J'ai eu une expérience très enrichissante et j'ai pu mettre à profit mes compétences. Cependant, à cause de mon handicap psychique, j'ai dû arrêter de travailler. Depuis, j'ai cherché à retrouver un emploi et j'ai finalement trouvé un poste qui me convient. Grâce à l'accompagnement que j'ai reçu, j'ai pu surmonter mes difficultés et retrouver une vie professionnelle épanouissante. C'est un véritable défi que j'ai réussi à relever et je suis très fier de moi. Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont aidé et soutenu tout au long de ce parcours. C'est grâce à elles que j'ai pu retrouver le travail et vivre une vie plus équilibrée et productive. »

- > **De l'habitat inclusif**, destiné aux personnes handicapées et aux personnes âgées choisissant un mode d'habitation regroupé *via* la création en 2020 de l'aide à la vie partagée, et du plan quinquennal pour le logement d'abord et la lutte contre le sans-abrisme pour les personnes précaires, *via* notamment le programme « un chez soi d'abord ».



**TÉMOIGNAGE VALENTINE LANGLOIS - HABITAT
PARTAGÉ CÔTÉ COUR**

Au début, ça n'a pas été facile. Je n'avais pas l'habitude de manger avec du monde à table tous les midis. Mais avec le temps au contraire, on apprécie. Ça va faire bientôt deux ans que je suis ici et je n'ai été hospitalisée que deux fois. [...] Ça m'a permis de refaire surface et de reprendre confiance aussi. [...] La maison m'a donné beaucoup de sécurité.

**Près de 1 400 M€ mobilisés au titre de la feuille de route
« santé mentale et psychiatrie » sur la période 2018-2021**

(en M€)	2018	2019	2020	2021	Total cumulé 2018-2021
1. Promotion du bien-être mentale-prévention de la souffrance psychique					61,4
Programmes Santé publique France	2,6	2,7	3	6,1	14,4
Renforcement des compétences psycho-sociales	0,8	2,6	0,54		3,9
Lutte contre la stigmatisation	0,6	0,6	0,6	0,6	2,4
PSSM		0,2	0,5	0,6	1,3
Écoute Émoi	1,8			1,3	3,1
Prévention du suicide (dont Vigilans)	0,2	6,7	9,8	19,6	36,3
2. Garantir une offre de soins diversifiée, coordonnée et de qualité					1 164,8
Crédits pérennes supplémentaires	57,5	137,5	247,5	347,5	800
AAP psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent		20	40	70	130
AAP innovation organisationnelle		10	30	40	80
Développement de l'ambulatoire et de la mobilité des équipes		4	8	8	20
Équipes mobiles psychiatrie précarité	2	2	12	12	28
CUMP	5,7	6	10,2	10,2	32,1
Soins de réhabilitation psychosociale	5,2	10,9	10,9	12,9	39,9
CMP			12,6	22,2	34,8
3. Favoriser l'insertion sociale et la citoyenneté*					159,5
Soutien aux GEM	36	38,5	42,5	42,5	159,5
TOTAL GÉNÉRAL					1 395,7

*actions pour l'insertion dans le logement et dans l'emploi : non isolables au sein des financements dédiés à la politique du handicap.