



Sous embargo jusqu'au 06/09 à 6h00

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/SEPTEMBRE 2022

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/SEPTEMBRE 2022

Avant-propos

L'Observatoire national du suicide (ONS), présidé par Monsieur le ministre chargé de la santé, a été créé par décret en septembre 2013 et renouvelé en août 2018. Son animation scientifique et son secrétariat sont assurés par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Les missions qui lui sont assignées sont définies par le décret n° 2018-688 du 1^{er} août 2018 (en annexe). L'ONS est composé d'une cinquantaine de personnalités qualifiées, nommées par arrêté (médecins, chercheurs, experts) et d'associations de prévention du suicide. Il permet de mieux connaître la réalité des conduites suicidaires. L'Observatoire a pour missions de coordonner les différents producteurs de données, et d'identifier des sujets de recherche et d'études en les priorisant et en les promouvant auprès des chercheurs.

Les quatre premiers rapports déjà publiés (2014, 2016, 2018 et 2020) offrent une visibilité nationale aux données disponibles et aux recherches menées sur le phénomène suicidaire. Ils permettent également de faire progresser les connaissances sur le suicide, les tentatives de suicide, les idées suicidaires ainsi que sur les facteurs de risque et les trajectoires individuelles pouvant conduire au geste suicidaire. L'Observatoire produit une Veille stratégique reprenant l'essentiel de l'actualité documentaire consacrée au suicide, diffusée de manière régulière à ses membres et aux professionnels intéressés.

Ce cinquième rapport traite des conséquences de la crise sanitaire liée au Covid-19 sur les conduites suicidaires. Il fait état de travaux initiés dès le début de la pandémie et conduits pendant presque deux ans. Il se compose de deux grands dossiers et de dix-huit fiches thématiques.

Le premier dossier consiste en une revue de la littérature nationale et internationale sur les conduites suicidaires lors de la pandémie de Covid-19. La première partie synthétise les études consacrées à l'évolution des conduites suicidaires durant la première année de la pandémie. La deuxième analyse l'impact de la pandémie sur la santé mentale et les facteurs de risque associés. La troisième aborde les effets spécifiques de la pandémie chez les étudiants et chez les jeunes adultes. La quatrième partie se concentre sur le vécu des enfants et des adolescents. Enfin, une cinquième partie présente le Recueil numérique « Covid-19 & Suicide » proposant plus de 1 000 références ciblées couvrant la période de mars 2020 à juin 2022, ayant servi de trame à cette revue de littérature.

Le second dossier est consacré à la restitution de quatre recherches sur la prévention du suicide des jeunes, financées par la Mission Recherche (MiRe) de la DREES dans le cadre des travaux de l'ONS. Il contient une courte synthèse de chacun de ces travaux, précédée d'une analyse transversale et mise en perspective par Christian Baudelot, sociologue et membre de l'ONS. Ces recherches ont démarré avant la pandémie de Covid-19, pour

aboutir en 2020 et 2021. Elles prennent toute leur importance dans le contexte de cette crise, qui a particulièrement affecté la santé mentale des jeunes.

Les dix-huit fiches permettent de saisir de nombreux résultats statistiques concernant les effets de la pandémie sur la santé mentale et les conduites suicidaires. Elles reflètent la richesse des données disponibles et s'appuient sur les sources habituellement mobilisées (les causes de décès, les hospitalisations pour gestes auto-infligés, le Baromètre santé de Santé publique France), sur les nombreuses enquêtes conduites à l'occasion de la pandémie et, enfin, sur de nouvelles sources, comme les données issues des centres antipoison. Les adaptations au contexte pandémique des actions de prévention du suicide, qu'il s'agisse de celles menées par les associations d'écoute et de prévention du suicide ou dans le cadre de la stratégie nationale de prévention du suicide, font également l'objet de fiches. Enfin, certaines, sans lien avec la pandémie, portent sur des travaux originaux réalisés dans la continuité des rapports précédents.

Remerciements

La mobilisation de l'Observatoire national du suicide pendant la crise sanitaire du Covid-19

L'Observatoire national du suicide s'appuie sur une structuration pluridisciplinaire regroupant associations, professionnels de santé, producteurs de données, ministères et chercheurs. Cette organisation s'est révélée particulièrement utile pendant la crise sanitaire liée au Covid-19. L'espace de dialogue entre les différents acteurs de la prévention du suicide que constitue l'Observatoire a en effet permis à ses membres de partager des informations, et ainsi d'analyser et d'améliorer notre compréhension des impacts de la pandémie sur les conduites suicidaires.

De nombreux membres de l'Observatoire ont été mobilisés dans la réponse à cette crise sans précédent : les associations d'écoute à distance ont reçu un nombre considérablement plus élevé d'appels à l'aide, provenant d'un public nouveau et plus diversifié ; les psychiatres se sont mobilisés pour ne pas perdre le contact avec leurs patients ; les producteurs de données – épidémiologistes et statisticiens – ont innové pour mettre à disposition des données quasiment en temps réel afin d'éclairer la décision publique ; les directions ministérielles ont été mobilisées par la gestion de la crise sanitaire ; les chercheurs, enfin, ont contribué à décrire et à étudier les effets de la pandémie sur la société.

Malgré cette charge de travail plus dense, les membres de l'Observatoire ont continué d'entretenir des liens, y compris durant le premier confinement, grâce à des visioconférences régulières, pour essayer d'appréhender l'impact de cet environnement de crise sur les conduites suicidaires. Il s'agissait d'en analyser les effets immédiats pour adapter rapidement les actions de prévention du suicide, mais aussi d'en anticiper les effets à plus long terme. Ces réunions ont constitué un moment de réflexion collective et pluridisciplinaire, chacun s'alimentant de ce que l'autre observait. Les participants ont ainsi été en mesure d'analyser, au fil de l'eau, les effets de la crise sur la santé mentale et le risque suicidaire, d'abord à la lumière des enseignements d'épidémies passées et des remontées directes de terrain, puis *via* les premières données statistiques issues d'études, et enfin en prenant appui sur des informations plus fiables et des travaux scientifiques plus approfondis.

Cette confrontation d'informations de toutes natures dans une enceinte où les membres étaient habitués à se côtoyer et à échanger a permis de faire émerger des éléments de compréhension des phénomènes en cours. Les données recueillies par les associations ou par les dispositifs de surveillance (passages aux urgences et recours à SOS Médecins) ont permis de construire des pistes de travail pour adapter les dispositifs de prévention

du suicide. Les nombreuses enquêtes épidémiologiques et statistiques (EpiCov, CoviPrev, Coclico, Confins, etc.), construites dans l'urgence par les organismes de la statistique publique, de la surveillance épidémiologique ou de la recherche pour mesurer les dynamiques de la crise sanitaire et ses effets, ont été progressivement exploitées. Les données épidémiologiques classiques sur le suicide (causes de décès, hospitalisations pour tentative de suicide, enquêtes routinières sur les idées suicidaires et les tentatives de suicide) ont été diffusées plus tardivement, en raison du délai incompressible pour les produire, en adaptant parfois les méthodologies d'enquête à la situation sanitaire exceptionnelle. Leur mise à disposition a néanmoins été accélérée pour répondre à un besoin urgent de connaissances. Des méthodologies, comme la construction d'un algorithme pour repérer les décès par suicide, et des données, comme celles des centres antipoison, ont par ailleurs été mobilisées et diffusées de manière inédite.

Dans le même temps, la veille documentaire stratégique réalisée par la DREES a été adaptée pour fournir aux acteurs une information ciblée – répondant à leurs besoins – et intelligente – triée et classée – concernant les effets de la pandémie sur la santé mentale et le suicide. Elle a été diffusée tous les deux mois et a permis à l'ensemble des acteurs de rester informés en temps réel. Devant l'abondance des publications scientifiques, la DREES a par ailleurs jugé nécessaire de réaliser une revue de littérature couvrant les effets de la pandémie sur les conduites suicidaires, afin de dresser un tableau international le plus exhaustif possible de la situation.

Enfin, l'Observatoire s'est appuyé sur les recherches financées en 2018 par un de ses appels à recherche portant sur les conduites suicidaires des jeunes. Ces travaux, qui ont abouti en 2020 et 2021, permettent d'éclairer la situation des adolescents et des jeunes adultes, ce public étant apparu particulièrement vulnérable au cours de la crise sanitaire. Ils invitent à une lecture et à une compréhension plus fine et dynamique des conduites suicidaires, et confirment qu'il est vain de chercher à expliquer le geste suicidaire par une cause isolée. Chaque situation de mal-être et chaque geste suicidaire résultent d'une combinaison de facteurs de risque dont l'articulation et la dynamique dépendent de chaque individu, de son environnement et de sa trajectoire personnelle. Ces recherches suggèrent surtout des pistes pour améliorer la prévention du suicide auprès des jeunes, dont la pandémie a révélé et accentué la fragilité. Elles indiquent des moments d'intervention possibles (à l'occasion d'hospitalisations pour des troubles somatiques ou psychiatriques) et la pertinence de recourir à des actions plus proactives et coordonnées entre intervenants. Ces dernières visent à écouter et à soutenir les jeunes en souffrance, ainsi qu'à les aider à renforcer leur capacité d'adaptation à l'adversité induite par leurs expériences de vie.

L'ensemble de ces travaux sont restitués de façon synthétique dans ce rapport. L'équipe de la DREES qui assure le pilotage de l'ONS remercie les membres de leur implication dans ces réflexions, au cours d'une période qui a été difficile pour chacun.

Sommaire

SYNTHÈSE 11

1. Les effets de la pandémie s'inscrivent dans une baisse tendancielle des conduites suicidaires..... 15
2. Une forte hausse du risque suicidaire chez les jeunes, en particulier chez les jeunes femmes 18
3. Penser et construire de nouvelles modalités de prévention du suicide chez les jeunes 20
4. La pandémie révèle et amplifie les inégalités sociales de santé 21
5. Point d'avancement sur l'amélioration des systèmes d'information et sur la promotion de travaux de recherche.....23

DOSSIERS 27

Revue de littérature – Effets de la pandémie de Covid-19 sur les conduites suicidaires (2020-2021)..... 29

- 1. Les conduites suicidaires durant la première année de la pandémie..... 30**
 - 1.1. Des prédictions alarmistes initiales aux analyses réalisées à partir de données réelles 30
 - 1.2. Des taux de suicide généralement stables dans les pays à revenu élevé et intermédiaire supérieur, une forte incertitude dans les pays en développement, et des tendances isolées préoccupantes 33
 - 1.3. Diminution globale des consultations et des hospitalisations pour autoagression et tentative de suicide, mais utilisation de méthodes plus létales..... 35
 - 1.4. Inhomogénéité des résultats et faiblesses méthodologiques des études évaluant les pensées suicidaires dans le contexte de la pandémie 39
- 2. Impact de la pandémie sur la santé mentale et facteurs de risque associés : de fortes disparités observées dans le processus de résilience 44**
 - 2.1. Un déclin marqué de la santé mentale dans la plupart des pays durant la phase initiale de la pandémie 44
 - 2.2. Des améliorations significatives relevées dès l'été 2020, sauf chez certains segments de la population affectés de manière disproportionnée par la crise sanitaire..... 49

2.3. Une convergence de facteurs de risque exacerbant les inégalités préexistantes.....	55
3. Effets spécifiques de la pandémie chez les étudiants et les jeunes adultes.....	60
3.1. Les conduites suicidaires durant les premiers mois de la pandémie : une vulnérabilité accrue, en particulier chez les plus jeunes.....	60
3.2. Une hausse conjoncturelle des symptômes dépressifs et d'anxiété, suivie d'un mal-être persistant chez certains jeunes adultes, notamment parmi les femmes.....	64
3.3. Entre isolement social, bouleversements académiques, difficultés financières et craintes pour l'avenir : une intrication de facteurs provoquant une dégradation de la santé mentale.....	70
4. Effets spécifiques de la pandémie chez les enfants et les adolescents.....	74
4.1. Une augmentation inquiétante des actes d'automutilation et des tentatives de suicide à partir du deuxième semestre de l'année 2020, notamment chez les adolescentes.....	74
4.2. Une détérioration importante de la santé mentale, particulièrement associée à certaines caractéristiques sociodémographiques.....	79
4.3. Des facteurs de risque principalement associés à la réduction des liens avec les pairs, aux difficultés intrafamiliales et à l'impact négatif des interactions numériques.....	89
Conclusion : des effets incertains sur les idées suicidaires, les tentatives de suicide et les décès par suicide à long terme.....	96
5. Recueil numérique « Covid-19 & Suicide » (mars 2020-juin 2022) – en complément de la présente revue de littérature et consultable sur le site internet de l'Observatoire national du suicide hébergé par la DREES.....	98

Connaissance et prévention du suicide des jeunes : les apports de quatre nouvelles recherches et les recommandations de la HAS..... 101

1. Connaissance et prévention du suicide des jeunes, le primat de l'enquête et du lien.....	102
1.1. Enquêtes nécessaires, mais difficiles.....	104
1.2. Des voies nouvelles à la prévention.....	106
2. Recherche 1 – Trajectoires d'adversité proximales chez l'adolescent suicidant.....	109
2.1. L'étude des trajectoires de vie pour mieux comprendre le processus suicidaire.....	109
2.2. L'évolution du facteur d'adversité.....	110
2.3. Des pistes d'interprétation.....	112
2.4. Perspectives.....	113
3. Recherche 2 – Hospitalisation pour geste auto-infligé et mortalité durant les trois années de suivi de six cohortes d'adolescents et de jeunes adultes.....	114
3.1. Contexte.....	114
3.2. Objectif de l'étude.....	115
3.3. Résumé des résultats.....	116
3.4. Synthèse.....	120

4. Recherche 3 – Payer de sa personne : les problématiques de vie des adolescents suicidaires	123
4.1. Suicides et adolescences d'aujourd'hui : exposé des motifs.....	123
4.2. L'équation du lien : les tensions de l'affiliation et de l'indépendance.....	123
4.3. L'équation de la réussite : les tensions entre aspirations et réalisations.....	123
4.4. Du protocole de recherche aux données recueillies.....	124
4.5. Les contextes de vie des adolescents suicidaires	125
4.6. Le témoignage des soignants.....	126
5. Recherche 4 – Parcours de jeunes suicidaires et suicidants : impact des actions et dispositifs de prévention du suicide dans les régions Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté et Centre-Val de Loire	128
5.1. Parler de sa souffrance et être entendu.....	128
5.2. La qualité de la relation et de l'écoute.....	129
5.3. Une offre d'accompagnement diverse, mais inégalement répartie et identifiée.....	130
5.4. Internet : transférer la mécanique du lien virtuel, lutter contre les dérives.....	131
5.5. Des informations et interventions à lier.....	132
6. Idées et conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent : les nouvelles recommandations de la Haute Autorité de santé pour la prévention, le repérage, l'évaluation et la prise en charge	133
6.1. Méthode d'élaboration.....	133
6.2. Quatre grandes approches pour concevoir la prévention	134
6.3. La structuration d'une chaîne de prévention.....	136

FICHES

139

Impact de la crise sanitaire sur les conduites suicidaires et la santé mentale..... 141

Fiche 1 • Surveillance réactive des suicides pendant l'épidémie de Covid-19 en France (janvier 2020-mars 2021)	143
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.....	153
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	164
Fiche 4 • Utilisation de la base nationale des centres antipoison pour le suivi épidémiologique des intoxications auto-infligées.....	172
Fiche 5 • Évolution des syndromes dépressifs en population générale entre 2014 et 2021 et lien avec les pensées suicidaires	180
Fiche 6 • Prévalence des pensées suicidaires et facteurs associés en France au cours de la pandémie de Covid-19 – Résultats de l'enquête en population générale EpiCov	193

Fiche 7 • Prévalence et évolution des pensées suicidaires en France métropolitaine en 2020 – Résultats du Baromètre santé	205
Fiche 8 • Prévalence et évolution des pensées suicidaires en France métropolitaine en 2021 – Résultats de l'enquête CoviPrev de Santé publique France.....	212
Fiche 9 • Détresse psychologique et syndromes dépressifs en population générale française au cours du premier confinement consécutif à la pandémie de Covid-19.....	217
Fiche 10 • Idées suicidaires chez les étudiants universitaires au cours de la pandémie de Covid-19 – Résultats de l'enquête Cosame	224
Fiche 11 • Santé mentale et pensées suicidaires des étudiants au cours de l'épidémie de Covid-19 : comparaison avec les non-étudiants	233
Fiche 12 • Les associations durant la crise sanitaire.....	240
Fiche 13 • Mesures prises en promotion de la santé mentale positive et prévention pour améliorer la santé mentale des Français pendant la crise	245
Autres travaux sur le suicide.....	251
Fiche 14 • Données épidémiologiques sur les décès par suicide en France en 2017	253
Fiche 15 • Violences sexuelles et tentatives de suicide.....	260
Fiche 16 • La stratégie nationale de prévention du suicide.....	268
Fiche 17 • Caractéristiques sociodémographiques des personnes hospitalisées pour tentative de suicide entre 2015 et 2017 (EDP-Santé)	273
Fiche 18 • Résultats de l'étude de faisabilité d'une surveillance des suicides en lien potentiel avec le travail	285

ANNEXE 295

Textes réglementaires de l'Observatoire national du suicide.....	296
------------------------------------------------------------------	-----

Contributeurs	301
----------------------------	------------



SYNTHÈSE

DOSSIERS P. 27

FICHES P. 139

ANNEXE P. 295

SYNTHÈSE

Valentin Berthou, Aristide Boulch, Monique Carrière, Hadrien Guichard,
Jean-Baptiste Hazo, Adrien Papuchon, Charline Sterchele et Valérie Ulrich (DREES)

Dès les premières semaines de la pandémie de Covid-19, certains experts de la prévention du suicide se sont inquiétés d'une possible augmentation des conduites suicidaires à court terme ou plus long terme, sous l'effet de la pandémie elle-même et de certaines consignes sanitaires émises pour limiter son expansion. De fait, les mesures de confinement, la limitation des déplacements et des activités, la fermeture de nombreux lieux, ainsi que l'engorgement du système de soins et plus globalement le contexte sanitaire et social ont alimenté de multiples facteurs de risque : isolement, rupture de prise en charge des troubles psychiques, dégradation de la santé physique et psychologique, sédentarité subie, incertitude, sentiment d'insécurité, violences intrafamiliales, confinement dans des logements de faible surface, augmentation de la consommation d'alcool, perte d'emploi ou – au contraire – surcharge de travail, diminution ou perte de revenus, par exemple. Toutefois, les premières données collectées sur la situation française en 2020, confirmées par celles recueillies dans d'autres pays de niveau économique similaire, semblent avoir infirmé ces craintes, du moins celles concernant l'impact immédiat de l'épidémie sur les conduites suicidaires.

Malgré une hausse des symptômes d'anxiété, de dépression et des problèmes de sommeil identifiée dès les premières semaines de l'épidémie, les décès par suicide semblent avoir diminué pendant les épisodes de confinement de 2020¹. De même, par rapport à l'année précédente, les hospitalisations pour lésion auto-infligée diminuent pendant le confinement du printemps 2020 et au cours de l'été suivant. En revanche, à partir du deuxième trimestre de 2020, ce nombre augmente très sensiblement pour les adolescentes et jeunes femmes, *a contrario* du reste de la population. La diminution des hospitalisations pour geste suicidaire au premier semestre de 2020 interroge : comment expliquer cette baisse, même temporaire, alors que le contexte général est marqué par une nette dégradation de la santé mentale ?

La situation de péril collectif vécue en début de pandémie pourrait, au même titre que les guerres, avoir engendré un fort sentiment de cohésion sociale et celui d'être moins singulier et responsable de sa situation difficile, à certains égards protecteurs par rapport au risque de suicide. De façon inattendue, certains aspects des mesures de lutte contre l'épidémie ont aussi pu participer à une atténuation du risque suicidaire. Par exemple, au cours des périodes de confinement ou sous l'effet du chômage partiel, le temps passé avec les proches a augmenté pour beaucoup de Français : les parents ont, dans certains cas, été

1. Les décès par suicide en 2020 ont été codés grâce à un algorithme de recherche des termes exprimant le suicide dans les certificats de décès (fiche 1). Il faut donc faire preuve d'une certaine prudence en attendant les résultats définitifs, issus du codage habituel s'appuyant sur la dixième révision de la classification internationale des maladies (CIM10) de l'OMS.

plus disponibles pour leurs enfants et pour leurs adolescents ; le travail à distance, pour ceux qui étaient concernés, a parfois protégé de certains risques psychosociaux ; la diminution du temps de transport, enfin, a pu se traduire par une moindre fatigue pour une partie de la population. De plus, en lien direct avec la crise suicidaire, les épisodes de confinement ont été caractérisés par une plus grande surveillance des proches et par un moindre accès aux moyens létaux. Lors du premier confinement, certaines formes d'adversité et d'insécurité, grandes pourvoyeuses de détresse psychique, ont en outre baissé. Enfin, il faut saluer la poursuite, malgré la crise, des soins délivrés aux personnes déjà prises en charge pour des troubles psychiatriques (par des consultations à distance par exemple).

La santé mentale de la population dans son ensemble s'est donc dégradée rapidement dès le début du premier confinement, sans forcément se traduire par une hausse immédiate des conduites suicidaires. Ces tendances moyennes ne doivent cependant pas occulter les inégalités existantes dans les conditions et les vécus des épisodes de confinement. Tandis que certaines catégories de la population ont bénéficié de l'aide de leur entourage et de conditions de vie relativement peu stressantes, d'autres, notamment les travailleurs dits « de première ligne » et les personnes vivant dans des logements suroccupés ou de faible qualité ont, au contraire, connu un stress professionnel exacerbé, une peur accrue d'être contaminées et une dégradation globale de leurs conditions de vie. De plus, certains ont souffert d'être confinés seuls ou au contraire dans un environnement familial délétère, voire violent.

Ces évolutions doivent être interprétées dans le cadre d'une tendance générale à la baisse des conduites suicidaires, observable depuis les années 1980, et dont la persistance à l'issue de la pandémie reste à confirmer. La situation pourrait évoluer défavorablement en raison de la dégradation de l'état de santé mentale de la population et d'éventuelles conséquences négatives d'une crise sanitaire qui perdure, combinée à une situation socio-économique difficile. Les périodes de récession économique sont souvent accompagnées d'une hausse des conduites suicidaires, en particulier chez les hommes en âge de travailler², avec des conséquences à moyen terme qualifiées d'« effets rebonds ». Les résultats globaux peuvent aussi masquer des réalités différentes selon les sous-populations, avec notamment un accroissement des inégalités face au risque suicidaire déjà souligné par les premiers travaux publiés. Dans ce contexte, les personnes déjà vulnérables pourraient développer des conduites suicidaires plus importantes des suites de cette pandémie, dont les conséquences ont notamment frappé plus durement les jeunes, les femmes, les familles monoparentales et les personnes en situation de précarité.

2. Revue de littérature : crise de 2008 et suicide. Dans Observatoire national du suicide (ONS) (2014). *Suicide État des lieux des connaissances et perspectives de recherche – 1^{er} rapport*. Paris, France : DREES.

1. Les effets de la pandémie s'inscrivent dans une baisse tendancielle des conduites suicidaires

Une diminution des décès par suicide en France pendant les confinements de 2020

Dans le prolongement du dernier rapport de l'ONS, des travaux ont été engagés pour diminuer le délai nécessaire à la consolidation des données sur les causes de décès en France, actuellement de quatre ans (voir *infra*). Afin de mesurer plus rapidement les effets de la pandémie sur le nombre de décès par suicide en 2020, une expérimentation a été menée à partir d'un algorithme repérant les termes évoquant un suicide dans les certificats de décès. Elle conduit à estimer une baisse du nombre de suicides pendant les confinements par rapport à ce qu'aurait été la situation sans crise sanitaire (fiche 1). Ce résultat, qui ne corrobore pas les craintes initiales d'une hausse brutale des suicides provoquée par la crise sanitaire, devra être confirmé par les données définitives. Il s'agira également d'étudier si la crise sanitaire provoque une interruption ou un infléchissement de la tendance à la baisse du nombre de décès par suicide observée depuis le début des années 1990, ou si celle-ci se poursuit (fiche 14).

À ce sujet, une méta-analyse des différentes sources statistiques internationales disponibles en 2020 met en lumière une stabilité, voire une légère diminution du nombre de suicides dans les pays à niveau de vie élevé et intermédiaire durant la première année de la crise sanitaire par rapport aux niveaux prépandémiques (dossier 1, partie 1). Ces travaux révèlent une forte variabilité, également repérable dans le cas français, des taux de suicide en fonction de la phase de la crise³ (fiche 1). En revanche, la situation des pays à faible revenu reste plus difficile à évaluer, du fait d'appareils statistiques souvent moins développés.

Une baisse des gestes auto-infligés en 2020, en France et dans les pays à niveau de vie élevé ou moyen

À l'instar de l'évolution estimée des décès par suicide, les taux d'hospitalisation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) pour geste auto-infligé en 2020 sont inférieurs à ceux de la période 2017-2019, surtout pour les personnes âgées de moins de 60 ans (fiche 3). Les admissions aux urgences pour geste suicidaire auraient également baissé lors de la première phase de l'épidémie – en particulier durant le premier confinement (fiche 2). Ces résultats doivent toutefois être interprétés avec prudence, car ils peuvent masquer une augmentation de la part des gestes ne conduisant pas à l'hôpital (**encadré**).

3. Le présent rapport permet de renseigner l'impact des différentes phases de la crise sanitaire sur plusieurs autres dimensions du phénomène suicidaire : les passages aux urgences pour geste ou idée suicidaire et les actes médicaux de SOS Médecins pour angoisse ou état dépressif (fiche 2), les hospitalisations pour tentative de suicide (fiche 3), les appels aux centres antipoison pour tentative de suicide (fiche 4), les syndromes dépressifs dans la population générale (fiche 5) et chez les étudiants (fiche 11).

En tenant compte du taux d'hospitalisation ou de consultation externe pour lésion auto-infligée (automutilation, scarification et tentative de suicide), la grande majorité des études internationales montrent une baisse significative des actes médicaux liés à ces gestes, ce qui suggère une diminution des tentatives de suicide dans les pays à niveau de vie élevé et modéré (dossier 1). Cette diminution s'accompagne cependant d'une tendance à une sévérité accrue des actes suicidaires repérés, avec un recours plus important aux moyens les plus violents et une nécessité plus fréquente d'hospitalisation en soins intensifs identifiée en France et dans plusieurs autres pays, avec des dynamiques très différenciées selon l'âge et le sexe (fiche 3 et dossier 1).

Encadré – Une possible sous-estimation des décès par suicide et des tentatives de suicide pendant les phases aiguës de l'épidémie, notamment pendant les épisodes de confinement

Quoique souvent fondés sur des travaux concordants issus de sources distinctes et d'études réalisées dans des pays différents, les résultats portant sur les conséquences de la crise sanitaire sur les conduites suicidaires doivent être interprétés avec précaution en raison de la complexité et de la spécificité du contexte dans lequel la production des données a eu lieu.

Par exemple, le nombre de décès a pu être sous-estimé, y compris dans le cadre de l'expérimentation de suivi réactif (fiche 1), si davantage de personnes sont décédées chez elles du fait de la saturation des services d'urgence ou hospitaliers. En effet, la sous-déclaration du suicide comme motif de décès est jugée de moindre ampleur à l'hôpital qu'à domicile. La mesure de l'évolution des tentatives de suicide via celle du nombre d'hospitalisations pour ce motif peut aussi avoir été sous-estimée, si des personnes ayant effectué des tentatives de suicide ont renoncé à se présenter à l'hôpital ou si elles n'ont pas été hospitalisées y compris après un passage aux urgences. Cette hypothèse est confortée par la relative aggravation des tentatives de suicide repérées, ainsi que par l'évolution contradictoire observée entre les hospitalisations et les appels pour tentative de suicide.

La divergence entre l'évolution des indicateurs de santé mentale et ceux permettant habituellement le suivi des conduites suicidaires peut également s'expliquer par la temporalité propre à la trajectoire suicidaire des individus exposés à ce risque. En effet, la dégradation de l'état de santé mentale constitue une condition nécessaire mais non suffisante à l'inscription de l'individu dans le phénomène suicidaire.

Enfin, de manière plus générale, la pandémie, en tant que phénomène social systémique, en ce qu'elle touche toutes les sphères de la vie des personnes, a rendu l'investigation de la suicidalité et de la santé mentale plus difficile, en particulier dans les travaux ne pouvant pas s'appuyer sur des données pré-pandémiques (dossier 1).

Une hausse du recours aux urgences pour idée suicidaire, mais une baisse de la prévalence de ce type de symptôme en population générale

En 2020, contrairement aux admissions pour lésion auto-infligée, le recours aux urgences pour idée suicidaire a augmenté par rapport aux deux années précédentes, sauf pendant le premier confinement (fiche 2). Cette augmentation s'inscrit dans une hausse tendancielle antérieure à la pandémie, potentiellement liée à une amélioration du codage de ce type de symptôme lors du passage aux urgences. Cependant, elle n'est pas confirmée par le Baromètre santé de Santé publique France, qui repose sur une enquête déclarative en population générale et qui indique une baisse de la prévalence des pensées suicidaires en 2020 par rapport à 2017 et, plus encore, par rapport à 2014, sauf chez les personnes âgées de moins de 25 ans (fiche 7). Ces résultats apparemment contradictoires pourraient se comprendre comme une aggravation de la situation des personnes les plus exposées au risque suicidaire, malgré la poursuite du recul de la fréquence des idées suicidaires dans l'ensemble de la population.

Au-delà du cas français, les études publiées indiquent aussi des résultats plus hétérogènes à propos de l'évolution des idées suicidaires qu'au sujet des tentatives ou des décès par suicide. Cela est sans doute dû, d'une part, à la diversité des méthodes d'enquête et des contextes culturels et, d'autre part, à la fragilité méthodologique des publications parues au début de l'année 2020, souvent alarmistes et peu documentées (dossier 1).

La dégradation de la santé mentale pendant la crise sanitaire

Au-delà du sujet des conduites suicidaires, plusieurs indicateurs convergent pour signaler une dégradation de la santé mentale pendant la crise sanitaire. C'est particulièrement le cas pour l'anxiété, les syndromes dépressifs et la détresse psychologique (fiches 5 et 9). Un pic de syndromes dépressifs en population générale et d'actes médicaux de SOS Médecins pour état dépressif et pour angoisse est ainsi constaté lors du premier confinement (fiches 2 et 5).

Plusieurs enquêtes montrent, notamment en France, que la santé mentale s'est dégradée dès les deux premiers trimestres de 2020, avant de s'améliorer progressivement en milieu d'année. Ce résultat peut apparaître comme un signe de résilience face à la crise, mais il doit être nuancé. En effet, la prévalence de la souffrance psychologique est restée en moyenne plus élevée dans la deuxième partie de 2020 par rapport au début de la crise sanitaire. Par ailleurs, ces tendances masquent des disparités sociales importantes.

Trois dimensions de la crise ont pu affecter la santé mentale : la baisse du lien social consécutive au bouleversement des activités sociales et professionnelles quotidiennes, qui a engendré une hausse de l'isolement social et une déstructuration des routines collectives ; le repli sur la sphère familiale avec, dans certains cas, une augmentation du stress, de l'anxiété et du risque de violence intrafamiliale ; la peur de la contamination, le sentiment d'incertitude et la crainte de la crise post-pandémique. Ces situations de stress émotionnel ont aussi pu être attisées par la perte d'un proche victime du Covid-19 et, le cas échéant, par

l'impossibilité de faire son deuil – entendu comme rituel social structurant –, les procédures funéraires ayant fait l'objet d'adaptations face à la propagation du virus.

Ces éléments convergent avec les enseignements issus des lignes d'écoute et des associations de prévention du suicide, tant du point de vue de l'augmentation très significative du nombre d'appels, notamment au cours des épisodes de confinement, que du point de vue des motifs évoqués par les appelants (anxiété liée au virus, violence intrafamiliale, isolement, conduites addictives, par exemple) [fiche 12]. La prévention du suicide et les mesures pour améliorer la santé mentale ont d'ailleurs fait l'objet d'adaptations, dans le contexte de crise sanitaire, pour répondre aux nouveaux besoins constatés. Notamment, le nombre d'écoutants a été multiplié, et un numéro national de prévention du suicide a été mis en place (fiche 13 et 16).

Le résultat le plus robuste empiriquement et le plus alarmant socialement de cette série de travaux sur l'évolution de la santé mentale et du risque suicidaire reste la considérable détérioration de la situation des jeunes – principalement des jeunes femmes et des adolescentes – durant la pandémie à partir de la fin 2020-début 2021, qui se maintient au-delà des phases les plus aiguës de la crise sanitaire (fiches 6 et 9).

2. Une forte hausse du risque suicidaire chez les jeunes, en particulier chez les jeunes femmes

Des atteintes importantes de la santé mentale chez les jeunes et chez les étudiants

Les travaux académiques publiés en 2020 et au premier semestre de 2021 abordant la question du phénomène suicidaire chez les jeunes pendant la pandémie font état d'une baisse des hospitalisations pour des actes auto-infligés pendant les premiers mois de la pandémie, combinée à une forte hausse des pensées suicidaires (dossier 1, parties 3 et 4). Ces travaux rappellent que les jeunes et les étudiants sont plus susceptibles de développer des idées morbides et suicidaires que les autres classes d'âge (fiches 8 et 10). Par exemple, la moitié des étudiants déclarent avoir souffert de niveaux modérés de dépression ou d'anxiété au début de la crise, et un tiers d'une forme sévère.

La vulnérabilité des jeunes a été aggravée par la pandémie. Leur santé mentale a été brutalement affectée dès le début de la crise, souvent sous l'effet du choc causé par la mise en place des confinements, qui ont par exemple coupé les étudiants de leurs soutiens sociaux, institutionnels, amicaux et affectifs. L'impact particulièrement marqué, chez les jeunes, des mesures de restriction rappelle le rôle très structurant de l'environnement social dans leur construction personnelle. Certains espaces de sociabilité importants pour beaucoup d'entre eux (universités, restaurants universitaires, bars, par exemple) ont été relativement plus impactés que d'autres espaces davantage dédiés aux autres classes d'âge. L'isolement individuel ou l'éloignement avec la famille ont par ailleurs pu mettre leur santé mentale en danger. D'autres facteurs peuvent être convoqués pour expliquer le développement plus important

du mal-être chez les jeunes : la peur de la transmission du virus à leurs proches, la plus grande précarité économique et la mise en péril de l'emploi étudiant, la déstabilisation des cursus étudiants et l'incertitude accrue de la valorisation des diplômes sur le marché du travail.

La relative stabilité des indicateurs de conduite suicidaire en population générale masque aussi, en France, une dégradation de la situation des plus jeunes. L'augmentation du nombre de passages aux urgences pour geste suicidaire, pour idée suicidaire ou pour trouble de l'humeur est ainsi nettement supérieure à la moyenne chez les collégiens et chez les lycéens (fiche 2). La santé mentale des jeunes femmes a été particulièrement affectée par le premier confinement, avec une hausse des syndromes dépressifs, qui n'ont pas retrouvé les niveaux antérieurs à la pandémie une fois passées ses phases les plus aiguës, et avec une forte augmentation des hospitalisations pour lésion auto-infligée après le second confinement (fiche 3). De même, la forte augmentation des appels aux centres antipoison pour tentative de suicide en 2021 repose essentiellement sur la hausse importante des appels concernant les jeunes femmes âgées de 12 à 24 ans, dont la moyenne annuelle de 2021 est supérieure de moitié à celle des trois années précédentes (fiche 4).

Les vulnérabilités des enfants et des adolescents révélées et accentuées par la crise du Covid-19

En dépit de difficultés plus importantes rencontrées par les chercheurs pour construire des enquêtes sur les mineurs, le constat général des travaux sur le sujet demeure celui d'une très probable augmentation des troubles mentaux pour cette population (dossier 1, partie 4). La pandémie a ainsi révélé des taux de dépression et d'anxiété supérieurs aux chiffres habituels et pouvant favoriser des comportements d'automutilation et des conduites suicidaires. Comme pour les jeunes et les étudiants, l'atteinte à la santé mentale des enfants et des adolescents est particulièrement liée aux contextes de restriction, synonymes d'isolement, ainsi qu'aux facteurs démographiques (âge, sexe et statut socio-économique) ou socio-environnementaux (ampleur des restrictions scolaires, sévérité de la pandémie, contexte culturel, etc.).

Qu'il s'agisse des mineurs, des adolescents ou des jeunes adultes, les travaux scientifiques montrent des taux d'atteinte à la santé mentale particulièrement forts dès le début de la crise sanitaire en 2020, avec des pics pendant les épisodes de confinement, suivis d'un reflux au cours de la deuxième partie de l'année. Cependant, les derniers résultats disponibles – fin 2021 ou début 2022, selon les indicateurs – montrent que la situation reste dégradée par rapport à la période prépandémique, laissant ouverte la possibilité d'une hausse ultérieure des conduites suicidaires. Le risque demeure d'autant plus préoccupant que les experts de l'ONS témoignent d'une tension institutionnelle préexistante dans l'offre de soins en pédopsychiatrie. Le secteur est en effet en grande difficulté pour répondre à une hausse de la demande de soins chez les enfants et chez les adolescents.

Dans ce contexte, la recherche institutionnelle consacre deux enquêtes à la santé mentale des enfants. L'enquête EpiCov (DREES-Inserm) a collecté, en juillet 2021, des données sur les aptitudes, les difficultés psychosociales et les recours aux soins de santé mentale de vingt mille enfants et adolescents âgés de 4 à 17 ans, en interrogeant l'un de leurs parents. Santé publique France a pour sa part lancé les enquêtes Enabee, dont la première édition a eu lieu en 2022. Ces enquêtes viendront régulièrement interroger enseignants, enfants et parents sur la santé mentale d'un échantillon représentatif d'enfants scolarisés en maternelle et en primaire.

Une question posée avant la pandémie et encore sans réponse claire est celle d'un effet générationnel, avec une jeunesse éventuellement plus sensible au stress que les générations précédentes ou plus encline à parler de son mal-être, dans un contexte d'évolution des outils de mesure.

3. Penser et construire de nouvelles modalités de prévention du suicide chez les jeunes

L'actualité liée à l'épidémie de Covid-19 a confirmé la fragilité de nombreux jeunes et les enseignements de quatre recherches, financées par l'ONS, émergent au moment où le bilan de la crise commence à pouvoir être dressé. Ils sont d'ailleurs corroborés par d'autres travaux. C'est le cas notamment des recommandations de bonnes pratiques identifiées par la Haute Autorité de santé (HAS), dont la fiche synthétique est présente dans ce rapport (dossier 2), qui propose d'adopter une approche plus systémique, globale et proactive pour la prévention. Ainsi, en maillant de façon plus resserrée les structures, les personnes ressources et les informations, il serait possible de créer des « chaînes de prévention » plus efficaces pour prévenir les conduites suicidaires chez les enfants et chez les adolescents.

Les quatre recherches financées par l'ONS pour mieux comprendre le phénomène suicidaire chez les jeunes et améliorer les capacités de prévention des politiques publiques (dossier 2) ont en commun d'appréhender la souffrance psychique des jeunes non plus en matière de facteurs de risque, mais plutôt du point de vue de leurs trajectoires et de leurs contextes de vie.

La première recherche se penche sur les différentes ressources mobilisées par les adolescents au cours de leur parcours suicidaire et sur celles qui leur ont manqué. Ce parcours est, dans de nombreux cas, marqué par un grand nombre de manifestations pouvant conduire au repérage de la souffrance par l'entourage, et par des occasions manquées, pour ce dernier, de leur venir en aide. L'importance des liens établis, sur lesquels les jeunes peuvent compter, avec les professionnels, la famille, les amis ou sur internet, est centrale. La mécanique du lien qui peut émerger dans les réseaux sociaux et sur internet mériterait d'ailleurs d'être étudiée de manière approfondie.

La seconde recherche établit une typologie des contextes de vie des adolescents suicidaires. Les négligences, les abandons et les abus dans l'enfance apparaissent comme des facteurs déterminants des conduites suicidaires. Ces dernières renvoient à la question du lien évoquée dans la première recherche et recourent les résultats des travaux menés à partir de l'enquête Virage (fiche 15). L'échec ou le refus scolaire et le souci de perfection sont, selon les professionnels de santé interrogés, moins déterminants. Cette recherche insiste sur les injonctions contradictoires qui pèsent sur les adolescents à s'individualiser, d'une part, en s'autonomisant et en acquérant des traits distinctifs de leur entourage, et la nécessité, d'autre part, de garder des liens avec leur communauté d'appartenance, sous peine de s'exposer à une suicidalité plus élevée. Là encore, le rôle des liens sociaux est essentiel.

La troisième recherche s'appuie sur une exploration narrative systématique de l'ensemble des événements d'adversité que rencontrent les jeunes lors de l'année précédant une tentative de suicide. Bien que les résultats soient encore préliminaires, elle esquisse un processus marqué par une augmentation progressive des expériences d'adversité dans l'année qui précède le geste suicidaire jusqu'à un plateau, qui se maintient durant quelques mois ou semaines avant une précipitation du geste suicidaire. Ce dernier est alors souvent en lien avec une rupture sentimentale, un conflit interpersonnel ou une violence psychologique.

La quatrième recherche, conduite à partir du système national de données de santé (SNDS), analyse l'évolution de six cohortes d'adolescents caractérisées par l'exposition à un événement précis : adolescents hospitalisés pour acte auto-infligé, pour maladie psychiatrique, trouble alimentaire, intoxication ou accident non suicidaire, chirurgie bariatrique de l'obésité, et pour une grossesse. Elle met en évidence l'existence de moments critiques pour une intervention de prévention du suicide et une augmentation significative du risque de geste suicidaire et de décès par suicide dans les trois ans qui suivent, avec un rôle majeur de la maladie mentale.

Malgré les difficultés méthodologiques spécifiques à surmonter pour appréhender les parcours suicidaires – de surcroît dans un contexte de crise sanitaire – les approches suivies par ces recherches, centrées sur les trajectoires de vie et la prévention globale, soulignent la myriade d'acteurs – le « filet » de relations – que peuvent constituer des recours pertinents. Elles donnent à voir de nouvelles perspectives de développement des démarches de prévention.

4. La pandémie révèle et amplifie les inégalités sociales de santé

La crise a touché de façon inégale les différentes catégories de la population et donne parfois à voir des résultats contradictoires avec les attendus. Le cas des seniors constitue une bonne illustration des paradoxes de la crise. Alors que ce groupe social a été l'un des plus touchés par la pandémie et par les différentes mesures de restriction, la revue de littérature du présent rapport (dossier 1, partie 1) montre qu'il a aussi été l'un de ceux pour lequel la santé mentale s'est le moins dégradée. Il faut cependant relativiser ce constat : les hommes âgés de 65 ans

ou plus demeurent, de manière plus générale, une population à plus fort risque suicidaire et, bien que mal documentée, la situation des personnes en institution reste préoccupante.

Les travaux publiés durant la pandémie montrent que certains segments de la population française ont été disproportionnellement affectés par la pandémie, tels les jeunes, les femmes, les personnes sans emploi et, plus globalement, celles vulnérables sur le plan socio-économique. C'est également le cas des personnes vivant seules, de celles atteintes d'une maladie chronique, de celles en situation de handicap, ou encore de celles dites « de première ligne », à l'instar des personnels soignants et des travailleurs dont l'activité professionnelle consiste à fournir à la population des biens et des services de première nécessité (dossier 1 et fiche 9). Par ailleurs, les personnes qui ont souffert de la crise sont aussi en partie celles qui étaient déjà en situation de vulnérabilité, qui présentaient, par exemple, des antécédents de fragilité physique et somatique souvent associés à des situations défavorables du point de vue des facteurs classiques de préservation de la santé mentale (parmi lesquels une activité professionnelle stable, notamment).

D'autres facteurs liés à la situation socio-économique, comme la condition du logement (promiscuité, insalubrité, conditions de voisinage, par exemple) se sont révélées être des facteurs de risque supplémentaires. Ceux-ci ont notamment pu accroître ou conduire à des tensions sociales et mentales, à des difficultés d'accès aux services sociaux ou à une augmentation de la consommation de substances addictives. Les ménages les plus fragilisés par la crise sanitaire sont majoritairement ceux qui étaient déjà les plus précaires avant son commencement. À l'inverse, cette crise, en libérant mécaniquement plus de temps pour les parents, a parfois constitué un élément déclencheur pour retisser des liens dans certaines familles, et s'est transformée en situation plus protectrice. Cela révèle l'hétérogénéité de son impact sur les conditions de vie des individus.

Au-delà des effets de la crise sanitaire, les travaux publiés dans ce rapport documentent la différenciation sociale du risque suicidaire. En particulier, les données de l'EDP-Santé pour les années 2015-2017 permettent de mesurer, pour la première fois, les très fortes inégalités face au risque suicidaire liées au niveau de vie, au statut d'activité et à la catégorie socioprofessionnelle (fiche 17). Cette contribution met en évidence l'interaction entre le genre, l'âge et le niveau de vie pour la construction du risque suicidaire. Le taux de tentative de suicide des femmes âgées de 15 à 19 ans faisant partie des 25 % les plus pauvres de la population s'établit ainsi à près de huit fois le taux observé pour les hommes du même âge appartenant aux 25 % les plus aisés.

Une autre corrélation existe entre les pays les plus touchés par la pandémie de Covid-19 (taux d'exposition à la maladie, taux de mortalité) et ceux pour lesquels la santé mentale a été la plus dégradée. À l'échelle française, la santé mentale des personnes contaminées par le SARS-CoV-2 s'est davantage altérée que celle des autres (dossier 1 et fiche 6).

En France, les politiques d'adaptation pendant la crise ont joué un rôle de filet de sécurité sociale. Cependant, les effets sur les situations individuelles demeurent contrastés et doivent s'apprécier au cas par cas. Dans l'enseignement supérieur, par exemple, le basculement des cours en distanciel a été diversement ressenti. Pour certains étudiants, ces nouvelles modalités de travail ont été salutaires, d'une part, pour faire exister des collectifs de sociabilité et pour maintenir un minimum de liens et, d'autre part, pour mettre à distance des formes de compétition néfastes. Pour d'autres, en revanche, ces mesures ont conforté une détresse déjà présente, voire l'ont aggravée. Les situations à risque se sont donc parfois additionnées, et ces cas de figure montrent que les mesures de crise doivent être interrogées à l'aune des inégalités préexistantes.

L'impact des abus sexuels subis sur les conduites suicidaires souligne une nouvelle fois le rôle des événements vécus à un jeune âge et du parcours de vie sur le risque suicidaire. En effet, plus les abus (viol ou tentative de viol) sont commis sur une victime jeune, plus le risque d'adopter une conduite suicidaire durant le restant de sa vie est élevé (fiche 15). Ces victimes sont également plus susceptibles d'être exposées à d'autres formes de violence dans leur vie, comparativement à des personnes n'ayant pas subi d'abus sexuels. Ces autres types de violence sont des facteurs supplémentaires de passage à l'acte.

La DREES a construit, avec le Service statistique ministériel de la sécurité intérieure (SSMSI), une enquête thématique sur la santé et le handicap, dans laquelle la santé mentale et les événements de vie sont des thématiques centrales. En 2023, cette enquête thématique sera adossée à l'enquête Victimation, conduite chaque année en routine par le SSMSI. Les croisements entre victimation subie et états de santé physique et mental permettront d'approfondir ces travaux. Il s'agit de se demander en quoi et à quel point les personnes les plus vulnérables sont plus souvent victimisées, et de s'interroger sur le type d'impact que les violences, discriminations et adversités peuvent avoir sur la santé.

5. Point d'avancement sur l'amélioration des systèmes d'information et sur la promotion de travaux de recherche

Le quatrième rapport de l'ONS, paru en juin 2020, dressait un état des lieux des systèmes d'information pour améliorer la mesure globale des suicides, des conduites suicidaires et, plus largement, de la santé mentale. Des préconisations avaient été faites en particulier concernant les suicides en lien avec la situation professionnelle, qui étaient au cœur de ce rapport. Depuis sa parution, plusieurs points d'améliorations sont en cours.

Au printemps 2021, un rapport⁴ sur les statistiques des décès en France fait état de défaillances dans l'établissement des statistiques sur les causes médicales de décès et liste plusieurs

4. Rapport rédigé à la demande de l'administration par trois inspections générales : l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), de l'Inspection générale de l'Insee et de l'Inspection générale de l'éducation du sport et de la recherche (IGESR).

préconisations. Les administrations destinataires de ce rapport ont alors mis en place un projet auprès du directeur de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), en étroite collaboration avec le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm-CépiDc). Ce projet se décline en deux grands objectifs. À court terme, le rattrapage des délais de production des statistiques sur les causes de décès doit permettre de mettre la France en conformité avec les obligations européennes⁵ et d'éclairer les autorités sanitaires sur les impacts de la crise liée au Covid-19. Il s'agit de l'objectif prioritaire, qui devrait donner ses premiers résultats avant la fin de l'année 2022, grâce à l'emploi de méthodes fondées sur l'apprentissage statistique. À moyen terme, l'objectif est l'amélioration des différentes étapes nécessaires au suivi des causes de décès, depuis la rédaction du certificat par le médecin jusqu'à la mise à disposition des chiffres. Le but est ici d'améliorer la précision et la vitesse de mise à disposition des données, et de favoriser la diversification de leurs usages. Ce projet est dirigé par un comité de pilotage partenarial associant les ministères chargés de la santé (DREES, Direction générale de la santé [DGS], Direction générale de l'offre de soins [DGOS]) et de la recherche (Direction générale de la recherche et de l'innovation [DGR1]), l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), l'Inserm, Santé publique France, la Caisse nationale de l'Assurance maladie (CNAM) et un représentant des directeurs généraux des Agences régionales de santé (ARS).

Certaines de ces évolutions s'appuieront sur les travaux récemment menés par le CépiDc de l'Inserm pour améliorer sensiblement la proportion de certificats de décès codés automatiquement, en ayant recours à des techniques d'apprentissage profond. Des moyens permettant le recrutement récent de codeurs médicaux et nosologues supplémentaires ont été dégagés. L'accélération du déploiement de la certification électronique, impulsée par la pandémie de Covid-19, a été confortée par l'instauration, d'un décret prenant effet au 1^{er} juin 2022 obligeant les établissements de santé publics et privés et les établissements médico-sociaux à utiliser ce mode de transmission, le recours au certificat papier devant devenir exceptionnel (décret n° 2022-284 du 28 février 2022 relatif à l'établissement du certificat de décès). Une hausse de la certification électronique est partiellement attendue à l'occasion de la mise en production d'une nouvelle version de l'application de certification électronique à l'automne 2022. Cette application permettra d'interagir avec le médecin certificateur pour lui faciliter la déclaration d'une information précise et rapidement exploitable.

Ce projet de refonte générale des statistiques sur les causes médicales de décès, ainsi que l'augmentation du codage automatique et de la transmission électronique des certificats, devraient contribuer à améliorer la qualité des données concernant l'ensemble des décès – en particulier ceux par suicide – tout en accélérant leur mise à disposition, ce afin d'alimenter le pilotage de la prévention du suicide. Par ailleurs, le nouveau certificat de décès, entré en application au 1^{er} janvier 2018 mais dont le déploiement a été progressif, contient des rubriques nouvelles ou modifiées et devrait également contribuer à améliorer la mesure

5. Règlement (UE) n° 328/11.

des suicides. En particulier, une rubrique sur les circonstances apparentes du décès, parmi lesquelles figure le suicide, a été ajoutée pour inciter les médecins certificateurs à limiter les ambiguïtés en cas de mort violente. Un contrôle qualité et une expertise de ce nouvel élément et de ses implications sur le comptage des décès par suicide est actuellement en cours à l'Inserm-CépiDc.

Enfin, depuis le 1^{er} janvier 2018, un volet complémentaire doit obligatoirement être renseigné, en cas de recherche médicale ou médico-légale de la cause de décès, ce qui est une situation courante en cas de suicide. Le remplissage de ce volet complémentaire reste aujourd'hui limité, malgré une campagne d'accompagnement et de communication auprès des instituts médico-légaux par l'Inserm-CépiDc.

Dans l'attente de ces progrès et afin d'assurer une surveillance réactive des décès par suicide, Santé publique France et l'Inserm-CépiDc ont développé un algorithme de reconnaissance des suicides pour documenter l'évolution temporelle de ce type de décès lors de la pandémie de Covid-19 en France (fiche 1). Cet algorithme ouvre des perspectives intéressantes pour des travaux futurs et pour une surveillance réactive des décès par suicide.

Une autre recommandation du précédent rapport de l'ONS portait sur la nécessité d'améliorer le codage des tentatives de suicide dans les données hospitalières (programme de médicalisation des systèmes d'information [PMSI]), dont la fiabilité a été questionnée par les experts. Une recherche visant à évaluer la qualité de ce codage a ainsi été lancée en septembre 2021. Ce projet, en cours, se focalise sur les tentatives de suicide ayant conduit à un passage à l'hôpital (urgences, soins intensifs, psychiatrie), et notamment sur les données médico-administratives issues de ces passages. Il étudie le niveau de fiabilité des données administratives relatives aux gestes auto-infligés (évaluation du nombre et du taux de lésions auto-infligées non codées, du nombre et du taux de codages erronés au regard des données des dossiers médicaux) afin, d'une part, de déterminer un facteur de correction aux données médico-administratives quand elles sont utilisées à visée épidémiologique et, d'autre part, de suivre l'évolution de la qualité des codages suivant une méthode robuste et répliquable. Cette étude pilote, menée au CHU de Dijon et au centre hospitalier spécialisé (EPSM) La Chartreuse de Dijon, permettra notamment de faire ressortir des premiers éléments sur les problèmes méthodologiques ou organisationnels rencontrés, et sur les moyens nécessaires à la construction d'une méthodologie applicable en pratique à un grand nombre d'établissements, grâce à des ressources optimisées.

Depuis le précédent rapport, les travaux sur les possibilités de mieux connaître les suicides liés au travail et sur l'analyse statistique des gestes suicidaires selon la situation professionnelle des personnes ont également avancé. L'exploitation de l'EDP-santé, déjà évoquée plus haut, permet de documenter, de façon inédite, les caractéristiques sociodémographiques des personnes hospitalisées pour tentative de suicide (fiche 17). De même, une étude expérimentale conduite avec huit instituts de médecine légale, qui fait suite à une recommandation du premier rapport de l'ONS en 2014 et dont la méthodologie a été présentée dans le quatrième

rapport paru en 2020, établit qu'environ un décès par suicide sur dix a été identifié comme étant en lien potentiel avec le travail. Parmi les personnes dont on savait qu'elles occupaient un emploi, le travail semble avoir joué un rôle dans le geste suicidaire dans 42 % des cas (fiche 18). Cette étude émet des propositions pour mettre en place un système de repérage des suicides en lien avec le travail à partir des informations détenues par les instituts médico-légaux (IML).

Concernant la promotion de travaux de recherche, l'ONS a lancé, par le biais de la Mission Recherche de la DREES, un appel à projets sur la prévention du suicide ciblant les conduites suicidaires dans les départements et régions d'outre-mer, le mal-être et le suicide des personnes âgées et les effets de la crise sanitaire. Vingt-trois propositions de recherche ont été reçues en réponse à l'appel à projets et sept bénéficient d'un financement de la DREES et de la DGOS. Les recherches ont démarré entre juin et septembre 2021. Elles s'échelonnent sur plusieurs années et les conclusions sont attendues entre fin 2023 et 2025. Deux portent sur les conduites suicidaires dans les départements et régions d'outre-mer avec des méthodologies complémentaires, une troisième traite du mal-être au grand âge, les quatre autres portent sur le contexte pandémique et ciblent des sous-populations particulièrement vulnérables : les étudiants (pour deux d'entre elles), les personnes ayant déjà fait une tentative de suicide et les personnes atteintes par le virus.

SYNTHÈSE P. 11

DOSSIERS

FICHES P. 139

ANNEXE P. 295

REVUE DE LITTÉRATURE – EFFETS DE LA PANDÉMIE DE COVID-19 SUR LES CONDUITES SUICIDAIRES (2020-2021)

Marion David (Centre nantais de sociologie)

L'émergence du Covid-19 a provoqué une crise de santé publique d'une soudaineté et d'une ampleur exceptionnelles. Celle-ci n'a d'équivalent, dans l'histoire récente, que l'épidémie de grippe espagnole de 1918-1919, au cours de laquelle environ un tiers de la population mondiale fut infectée. L'une des particularités de la pandémie de Covid-19 est sans doute d'avoir suscité une mobilisation massive de la communauté mondiale des chercheurs. Cette mobilisation s'est traduite par la progression – d'une rapidité incomparable – des savoirs dans les sphères biologique et médicale, qui a donné lieu à de nombreuses publications et, pour beaucoup d'entre elles, à des accès en ligne gratuits, véritables vecteurs de partage des connaissances. Ainsi, durant les mois qui suivirent l'apparition du SARS-CoV-2, une véritable « envolée » des publications scientifiques s'est produite (Corvol, 2021) : en avril 2021, 120 000 articles environ lui étaient déjà consacrés, dont plus de 5 000 traitaient des répercussions de la crise sanitaire sur le bien-être psychique et émotionnel des populations (Manchia, *et al.*, 2022).

Afin de rendre compte des connaissances accumulées concernant les effets de la pandémie sur les comportements suicidaires et, plus largement, sur la santé mentale, il s'est avéré nécessaire d'effectuer une revue de la littérature sur le sujet. Pour appréhender de manière pertinente ce vaste corpus en croissance constante, une sélection resserrée a été opérée, et les contours de la recherche documentaire circonscrits. Trois critères principaux ont ainsi été retenus. Le premier est relatif à la robustesse méthodologique de ces travaux : il s'est agi de recenser en priorité les études les plus étayées, dont les résultats semblent particulièrement fiables. Le deuxième critère est d'ordre géographique : il accorde une préséance aux enquêtes réalisées en Europe, dont les conclusions sont plus susceptibles d'entrer en résonance avec la situation prévalant sur le territoire français, en raison de la contiguïté culturelle des populations et de la proximité des réponses gouvernementales. Le dernier critère concerne la catégorie d'âge prise en compte dans les études répertoriées : un degré de précision supplémentaire a ainsi été recherché, avec un focus sur le public des enfants, des adolescents, des étudiants et des jeunes adultes. Les membres de l'Observatoire national du suicide (ONS) ont en effet souligné, lors d'assemblées de travail, que les risques de suicide avaient été exacerbés pour ces populations jeunes dans le contexte de la pandémie.

Près de 1 000 articles ont initialement été identifiés à partir de ces critères, parmi lesquels 500 ont fait l'objet d'une analyse approfondie et 368 ont finalement été retenus dans cette synthèse. La recherche documentaire s'est très largement appuyée sur la veille stratégique réalisée mensuellement pour l'ONS par Monique Carrière, de la Mission Recherche à la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)¹. Les résultats de cette veille ont été complétés par une interrogation systématique des principales bases de données et portails bibliographiques accessibles en ligne, que sont notamment *PubMed*, *Scienccedirect*, *Cairn* ou la *Wiley Online Library*. Cette dernière porte sur les études publiées à partir d'avril 2020 et a pris fin en novembre 2021.

La majorité des études recensées dans cette revue se réfèrent à des données recueillies en 2020, mais certaines ont trait à des résultats relatifs au premier semestre 2021. S'agissant du pays d'origine de ces publications :

- 160 sont européennes, dont 48 sont britanniques et 38 françaises ;
- 93 sont nord-américaines ;
- 47 ont été réalisées dans le contexte asiatique ;
- le reste du corpus est principalement constitué de revues systématiques, mais aussi d'études australiennes ou israéliennes.

Une vingtaine des études françaises sont quantitatives et évaluées par les pairs, le reste étant constitué d'analyses et de commentaires émanant de psychiatres ou de psychologues cliniciens.

1. Les conduites suicidaires durant la première année de la pandémie

1.1. Des prédictions alarmistes initiales aux analyses réalisées à partir de données réelles

Dès les premières semaines de la pandémie, les mesures de précaution mises en œuvre pour empêcher la propagation du Covid-19 ont suscité de considérables inquiétudes quant à leurs possibles effets secondaires sur la santé mentale des populations. Rapidement, plusieurs experts des comportements suicidaires ont en effet exprimé leurs craintes de voir cette crise sanitaire entraîner une augmentation majeure des taux de suicide, en raison de la hausse du chômage attendue en conséquence et des répercussions sociales et personnelles du confinement mis en place dans de nombreux pays (Devitt, 2020 ; Gunnell, *et al.*, 2020 ; Klomek, 2020). L'isolement social, la récession économique ou l'interruption des suivis médicaux constituent de fait, parmi d'autres conséquences de la crise, autant de

¹ La Veille stratégique a par ailleurs conduit à l'élaboration d'un Recueil numérique proposant plus de 1 000 références relatives à l'impact de la pandémie de Covid-19 sur la santé mentale et le suicide (p. 98).

facteurs de risque suicidaire connus, susceptibles de se manifester conjointement dans ce contexte pandémique (Moutier, 2021).

En avril 2020, une contribution allant en ce sens, intitulée « *Suicide mortality and coronavirus disease 2019 — a perfect storm?* », abondamment reprise et commentée au sein de la communauté scientifique, est publiée dans la revue en ligne *JAMA Psychiatry* (Reger, et al., 2020). Peu après, en mai 2020, le *Royal College of Psychiatrists*, lance au Royaume-Uni une mise en garde contre un « tsunami » à venir de maladies mentales². Des expressions alarmantes sont également employées dans certains titres d'articles de recherche pour décrire cette menace : « *The dual pandemic of suicide and Covid-19* » (Banerjee, et al., 2021), « *A global psychological pandemic* » (Thakur et Jain, 2020) ou encore « *Tsunami after the novel coronavirus (Covid-19) pandemic: A global wave of suicide?* » (Kavukcu et Akdeniz, 2020). Simultanément, des prédictions journalistiques mettent en avant une probable escalade des taux de suicide dans le contexte du confinement et des « déclarations alarmantes » circulent abondamment à ce propos dans les médias sociaux. Ainsi, parmi les « sept affirmations persistantes » que la BBC a vérifiées et jugées fausses en mars 2021 figurait l'assertion selon laquelle « les suicides ont augmenté de 200 % pendant le confinement » (*The Lancet Psychiatry*, 2021b).

En réponse aux inquiétudes généralisées concernant l'impact de la pandémie de Covid-19 sur les conduites suicidaires, quarante-quatre chercheurs spécialistes du suicide ainsi que des dirigeants d'organisations caritatives de prévention du suicide d'une vingtaine de pays se sont réunis au sein de l'*International Covid-19 Suicide Prevention Research Collaboration* (ICSPRC) afin de mutualiser leurs expertises et d'identifier les priorités de prévention (Niederkrötenhaler, 2020). Un « consensus professionnel » concernant le suicide et la pandémie a progressivement émergé de cette collaboration novatrice, insistant « sur les faits plutôt que sur les rumeurs sensationnalistes », et soulignant « un moment historique où de nombreuses choses sont encore incertaines, mais où, grâce à des systèmes de surveillance efficaces, nous en savons beaucoup et il est possible d'agir. » [Traduction libre] (*The Lancet Psychiatry*, 2021b).

Outre les premiers éditoriaux, commentaires et correspondances que nous venons de citer, la littérature scientifique consacrée à la mortalité par suicide dans les semaines qui suivirent le début de la pandémie était essentiellement composée de rapports et de séries de cas provenant de pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire inférieur. Ces travaux, qui mettaient en évidence des cas de suicide supposément liés au Covid-19, utilisaient pour la majeure partie d'entre eux des comptes rendus journalistiques comme sources de données, c'est-à-dire des articles de presse, notamment publiés en Inde, au Bangladesh et au Pakistan (Ahmed, et al., 2020 ; Bhuiyan, et al., 2020 ; Dsouza, et al., 2020 ; Goyal, et al., 2020 ; Griffiths et Mamun, 2020 ; Kar, et al., 2020 ; Mamun et Ullah, 2020 ; Thakur et Jain, 2020). Or,

2. Voir le site internet *Royal College of Psychiatry*, rubrique News and features, Latest news, 15 May 2020 : « *Psychiatrists see alarming rise in patients needing urgent and emergency care and forecast a "tsunami" of mental illness.* »

dans la hiérarchie des preuves scientifiques, les rapports de cas sont considérés comme de faible qualité, surtout lorsqu'ils reposent sur des reportages d'actualité. Les travaux concernés ici présentaient ainsi un échantillon non représentatif de décès par suicide et tiraient souvent leurs informations de témoins n'étant pas susceptibles de connaître toutes les circonstances des décès (John, *et al.*, 2021). Pour autant, le propos de ces premières publications était effectivement de démontrer l'augmentation probable des taux de suicide dans le contexte de la pandémie (Tandon, 2021).

D'autres publications ont utilisé des approches de modélisation pour évaluer la possible augmentation des suicides associés à la crise sanitaire, en se fondant essentiellement sur des prévisions d'accroissement du chômage (Bhatia, 2020 ; Kawohl et Nordt, 2020 ; McIntyre et Lee, 2020). En raison d'hypothèses de modélisation différentes et d'une incertitude considérable sur le déroulement des événements, ces « exercices prédictifs » ont abouti à des estimations très divergentes (de 1 % à 27,7 % de hausse des décès par suicide) [John, *et al.*, 2021]. Il est en effet impossible de prévoir la manière dont les économies des différents pays seront affectées par la crise sanitaire, mais également l'impact des mesures adoptées en conséquence pour soutenir les entreprises et les personnes privées d'emploi. Les résultats de ces projections provisoires sont donc « largement inutiles » pour quantifier avec précision les futures conduites suicidaires (Niederkroenthaler, *et al.*, 2020). C'est tout particulièrement le cas d'une étude suisse, qui modélise les effets des mesures de distanciation physique en se fondant sur les taux de suicide parmi les détenus, et qui prévoit, *a minima*, un doublement des suicides nationaux (Moser, *et al.*, 2020). Non seulement postuler une contiguïté entre l'expérience carcérale et celle du confinement est problématique, mais cela revient à négliger les nombreux facteurs de risque auxquels sont spécifiquement exposées les personnes incarcérées, en plus de l'isolement.

Tout au long de l'année 2020, alors que les informations sur les décès par suicide liés à la pandémie étaient encore rares, un « déluge d'études » ont été publiées, présentant un risque élevé de biais ou une faible qualité méthodologique. En particulier, le manque d'informations sur les échantillons ou les procédures utilisées compromettrait la généralisation et la validité de leurs résultats³ (Muller, *et al.*, 2020). La plupart d'entre elles s'appuient en effet sur des mesures des idéations suicidaires et des tentatives de suicide plutôt que sur celle de la mortalité par suicide. Elles comparent en outre les conduites suicidaires en utilisant des données recueillies à un moment donné pendant l'épidémie, sans échantillon de référence pré-pandémique (Tanaka et Okamoto, 2021). Les premières enquêtes utilisant des données relatives à la mortalité réelle par suicide se sont quant à elles heurtées au défi empirique de distinguer l'effet de la pandémie de la tendance à long terme des taux de suicide et de leur saisonnalité (*Ibid.*). Or, beaucoup de ces études ont fait l'objet d'un examen par les pairs accéléré et furent publiées à des vitesses jusqu'alors inégalées (Muller, *et al.*, 2020). Parce que la diffusion d'informations précises en temps réel est essentielle pour permettre la prise de décision dans une situation d'urgence et d'incertitude importante,

3. Voir à ce propos la partie 1.4, qui présente les études évaluant les pensées suicidaires.

les revues académiques se trouvèrent ainsi confrontées au « double impératif » de rapidité et de rigueur scientifique (Tandon, 2021). Dans un premier temps, elles parvinrent difficilement à trouver un équilibre entre ces objectifs largement antinomiques (Muller, *et al.*, 2020). De la même manière, l'absence d'évaluation par les pairs dans le cas de la publication de correspondances ou de prépublications s'est avérée problématique pour la communauté scientifique et les éditeurs. Les membres de l'ICSPRC, dont le souci était de « partager [les] connaissances pour minimiser l'impact de la pandémie sur les décès par suicide dans le monde », se sont à ce sujet adressés personnellement par courrier aux rédacteurs en chef et aux éditeurs de revues scientifiques. Ils leur ont ainsi fait part de leurs inquiétudes concernant la publication d'articles tendant à être trop alarmistes (Tandon, 2021). Parce qu'il paraissait inacceptable, dans ce contexte, de réguler la dissémination de l'information scientifique, les principaux éditeurs mondiaux sur internet ont par ailleurs progressivement décidé, après plusieurs appels en ce sens, la mise en accès libre, donc gratuit, des articles de recherche publiés sur le Covid-19 dans leurs revues respectives, ce qui constitue en soi un événement exceptionnel de la part d'un segment économique extrêmement concurrentiel.

Enfin, si la crise sanitaire actuelle a mis en lumière combien mener des recherches de haute qualité sur les comportements suicidaires et leur prévention représente un défi, elle a également fait ressortir les problèmes de surveillance du suicide dans de nombreux pays. En effet, durant de longues semaines, alors que le nombre de morts dus au Covid-19 était presque immédiatement accessible, les chiffres des décès par suicide demeuraient totalement inconnus. Les statistiques nationales sur les causes de mortalité sont en effet publiées avec un décalage de plusieurs mois, et souvent de plus d'un an, dans la plupart des régions du monde (Zalsman, *et al.*, 2020). Les limites des infrastructures de surveillance du suicide ont ainsi entravé la capacité de la communauté scientifique à comprendre les effets de la pandémie de Covid-19 sur le risque suicidaire (Ramchand, *et al.*, 2021). Néanmoins, plusieurs évolutions sont désormais en cours dans certains pays, afin de pouvoir disposer de données en temps réel (Appleby, 2021, pour l'exemple du Royaume-Uni). En ce sens, la pandémie a constitué une opportunité d'améliorer la rapidité et la fiabilité des systèmes d'information, afin de pouvoir engager et de coordonner des efforts de prévention se situant « au plus près de la réalité de la situation sanitaire » (Jollant, 2020).

1.2. Des taux de suicide généralement stables dans les pays à revenu élevé et intermédiaire supérieur, une forte incertitude dans les pays en développement, et des tendances isolées préoccupantes

Les premières analyses des taux de suicide réels survenus au cours de l'année 2020, réalisées à partir des statistiques nationales, régionales ou locales du monde entier, permettent désormais d'en disposer d'une « image largement cohérente » (Pirkis, *et al.*, 2021). Dans les pays à revenu élevé et à revenu intermédiaire supérieur, depuis le début de la crise sanitaire,

il ne semble pas y avoir eu d'augmentation des suicides par rapport aux niveaux attendus sur la base de la période prépandémique. Plus précisément, soit il y a eu une diminution des taux de suicide, soit aucun changement. Ce constat concerne en particulier la Suède (Rück, *et al.*, 2020), la Norvège (Qin et Mehlum, 2021 ; Knudsen, *et al.*, 2021), la Finlande (Partonen, *et al.*, 2021), l'Angleterre (Appleby, *et al.*, 2021), l'Irlande (Hyland, *et al.*, 2021), l'Autriche (Deisenhammer et Kemmler, 2021), la France (Henry, *et al.*, 2021), l'Allemagne (Radeloff, *et al.*, 2021), la Grèce (Karakasi, *et al.*, 2021 ; Vadoros, *et al.*, 2020), l'Italie (Calati, *et al.*, 2021), les États-Unis (Faust, *et al.*, 2021a et 2021b ; Mitchell et Li, 2021), le Canada (Barbic, *et al.*, 2021 ; McIntyre, R., *et al.*, 2021), l'Australie (Leske, *et al.*, 2021), le Japon (Tanaka et Okamoto, 2021 ; Ueda, *et al.*, 2021) et la Corée du Sud (Kim, 2021). En Europe, la Hongrie constitue la seule exception à ce tableau d'ensemble, puisqu'une étude récente utilisant un modèle de série temporelle interrompue a indiqué une augmentation significative du nombre de suicides depuis le début de la pandémie, essentiellement attribuable à des décès excédentaires chez les hommes (Osváth, *et al.*, 2021).

La situation dans les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire inférieur est en revanche beaucoup moins claire. Cela est dû au fait que ces derniers ne disposent pas toujours d'un système d'enregistrement de l'état civil de bonne qualité, et encore moins de systèmes de collecte des données sur le suicide en temps réel. Or, ces pays concentrent 46 % des suicides dans le monde et, en l'absence de « filets de sécurité » économiques, leurs populations pourraient avoir été les plus fortement affectées par la pandémie (Pirkis, *et al.*, 2021). Les systèmes de surveillance étant susceptibles d'être très différents d'un pays à l'autre et de qualité variable (en particulier si la pandémie a perturbé le processus de collecte), la mise en perspective des données obtenues s'avère compliquée et révèle des tendances contrastées. Ainsi, un nombre plus élevé de suicides, établi à partir de sources policières, a été signalé au Népal au cours des premiers mois de la pandémie (Pokhrel, *et al.*, 2021), mais en l'absence de données sur des séries chronologiques plus longues, il n'est pas possible de déterminer s'ils sont liés à la pandémie ou s'il s'agit de la poursuite de tendances préexistantes (John, *et al.*, 2021). Similairement, un bref rapport émanant du département de la santé mentale de Thaïlande indique que le nombre de suicides a augmenté pendant la pandémie (Ketphan, *et al.*, 2020). *A contrario*, une analyse de séries chronologiques, réalisée au Pérou à partir des données du système national d'information sur les décès, a fait état d'une diminution du nombre de suicides dans ce pays au cours de la même période (Calderon-Anyosa et Kaufman, 2021). Enfin, une étude indienne effectuée à partir d'un examen des dossiers d'autopsie dans la ville de New Delhi a relevé une baisse significative de la mortalité par suicide pendant le confinement, avec une réduction de plus de 40 % par rapport à la période correspondante de l'année précédente, cette baisse ayant été suivie d'une augmentation du nombre de décès par suicide après la levée progressive des restrictions (Behera, *et al.*, 2021).

Un schéma similaire de diminution initiale du taux de suicide suivie d'une augmentation ultérieure après le début de la pandémie de Covid-19 a également été signalé au Japon

(Ando et Furuichi, 2022 ; Tanaka et Okamoto, 2021). Cela souligne à quel point « tout changement dans le risque de suicide associé au Covid-19 est susceptible d'être dynamique » (John, *et al.*, 2021) et combien ce risque requiert une vigilance et une surveillance permanentes. Les raisons de cette évolution demeurent incertaines, mais dans les deux cas, en Inde comme au Japon, la hausse du chômage pourrait avoir contribué à ce phénomène, tout comme certains suicides médiatisés de célébrités. Dans le contexte nippon, un écart important entre les sexes a par ailleurs été constaté. Après examen des tendances passées, les femmes sont ainsi surreprésentées, ainsi que les jeunes adultes⁴, dans les décès par suicide excédentaires observés de juillet à novembre 2020 au Japon (Ueda, *et al.*, 2021 ; Eguchi, *et al.*, 2021 ; Fuse-Nagase, 2021 ; Nomura, S., *et al.*, 2021 ; Sakamoto, *et al.*, 2021).

Ces différents travaux indiquent que l'impact de la pandémie de Covid-19 sur les taux de suicide n'est pas uniforme, car susceptible d'évoluer dans le temps et pouvant avoir des effets variables sur diverses fractions de la population (Appleby, 2021 ; John, *et al.*, 2021). Il convient, pour cette raison, de garder à l'esprit que les chiffres globaux peuvent masquer des tendances sous-jacentes relatives à certaines catégories d'âge, de sexe ou de population. Ainsi, dans le Maryland, aux États-Unis, une analyse du profil des défunts par suicide sur les six dernières années, effectuée en fonction de l'appartenance raciale, semble indiquer que le taux de suicide était à son plus bas niveau parmi les populations blanches pendant le pic de l'épidémie, et à son plus haut niveau au même moment parmi les populations noires (Bray, *et al.*, 2021). Bien qu'il s'agisse de résultats préliminaires nécessitant des recherches supplémentaires, ceux-ci s'inscrivent dans la continuité des données obtenues dans le Connecticut, qui révèlent que la proportion de morts par suicide parmi les groupes raciaux minoritaires a augmenté de manière significative pendant la période de confinement, parallèlement à une diminution générale des taux de suicide (Mitchell et Li, 2021). En ce qui concerne les sous-catégories d'âge, une étude a montré que la diminution globale du taux de suicide à Taïwan après la phase aiguë de la pandémie était le résultat agrégé d'une diminution et d'une augmentation des taux au sein de groupes d'âge spécifiques, une hausse significative des suicides ayant été constatée chez les plus jeunes (moins de 25 ans) et les plus âgés (plus de 65 ans) [Chen, Y.-Y., *et al.*, 2021]. De façon générale, il semble donc pertinent d'envisager que d'autres segments vulnérables de la population puissent, identiquement, avoir été spécifiquement touchés par la crise sanitaire et concernés par une augmentation du nombre de suicides restée jusqu'à présent inaperçue.

1.3. Diminution globale des consultations et des hospitalisations pour autoagression et tentative de suicide, mais utilisation de méthodes plus létales

Représentant en soi un problème de santé publique important, les tentatives de suicide constituent l'un des facteurs prédictifs les plus forts des suicides. En ce sens, elles peuvent

4. Nous revenons plus en détail sur ces résultats dans la partie 3 consacrée aux étudiants et aux jeunes adultes.

être utilisées comme un indicateur de la manière dont la pandémie affecte la santé mentale de la population (Kapur, *et al.*, 2021). Outre les études rapportant des comportements autodéclarés, les enquêtes ayant cherché à évaluer l'impact du Covid-19 sur les actes auto-destructeurs sont le plus souvent réalisées à partir des données collectées au sein des services hospitaliers ou, plus rarement, de structures de soins primaires, telles que les cabinets de médecine générale.

La grande majorité de ces études font état d'une diminution prononcée, au cours de la phase initiale de la pandémie, des taux de consultations externes et d'hospitalisations pour tentative de suicide ou blessure auto-infligée dans les pays à revenu élevé et à revenu intermédiaire supérieur, ce qui suggère *a priori* une baisse des conduites suicidaires médicalement graves (Sinyor, *et al.*, 2021). Cette tendance a notamment été observée au Royaume-Uni, dans deux grands hôpitaux généraux d'Oxford et de Derby, où une réduction marquée des consultations pour autoagression a été relevée au cours des trois premiers mois de confinement (de 30,6 % par rapport aux semaines précédentes, et de 37,0 % par rapport à la période équivalente en 2019) [Hawton, *et al.*, 2021a]. Ce constat est cohérent avec les données d'une enquête menée dans des établissements de santé de la région de Cambridge, qui montrent une diminution des cas d'atteinte à soi-même adressés à la psychiatrie de liaison pendant les premiers mois de la pandémie (Chen, S., *et al.*, 2020). Il coïncide également avec les résultats d'une étude réalisée à partir des données de plus de 14 millions de patients enregistrés dans des cabinets de médecine générale du Royaume-Uni, qui indiquent une baisse de 37,6 % des consultations pour comportement autodestructeur au printemps 2020 (Carr, *et al.*, 2021). Une autre étude portant sur une période ultérieure, également réalisée à partir des dossiers médicaux d'un important réseau de soins primaires, indique que la réduction des actes d'autoagression a perduré jusqu'en mai 2021 dans la région de Manchester (bien qu'elle ait été moins prononcée que durant les premiers mois de la pandémie). Ce constat exclut les adolescents âgés de 10 à 17 ans, parmi lesquels une augmentation de l'automutilation a été enregistrée dès août 2020⁵ (Steeg, *et al.*, 2021). Une diminution globale du nombre de traumatismes graves auto-infligés a aussi été observée au sein du centre de traumatologie de l'hôpital universitaire de Liverpool (Rajput, *et al.*, 2021). En Irlande, une réduction de 35 % des consultations après autoagression au sein de l'hôpital universitaire de Galway a été identifiée durant la phase initiale de la pandémie (par rapport à la même période en 2017-2019), suivie d'un retour aux niveaux antérieurs au confinement à la fin du mois de mai (McIntyre, A., *et al.*, 2020). Une autre étude irlandaise a également révélé une diminution des présentations aux urgences psychiatriques (notamment pour les actes autodestructeurs) dans un centre hospitalier universitaire de Dublin (McAndrew, *et al.*, 2020).

En ce qui concerne le sud de l'Europe, une étude espagnole réalisée dans un hôpital général de Madrid a indiqué une réduction importante du nombre de personnes se présentant au service des urgences pour tentative de suicide durant la phase initiale de la pandémie

5 Cette évolution est abordée dans la partie 4 dédiée à la situation des enfants et des adolescents.

(Hernández-Calle, *et al.*, 2020). Une analyse similaire a été effectuée au Portugal, dans le service d'urgence psychiatrique d'un hôpital universitaire de Porto, s'agissant des présentations pour tentative de suicide ou blessure auto-infligée au printemps 2020 (Gonçalves-Pinho, *et al.*, 2020). En Italie, dans un service de santé mentale et d'addiction de la région de Lombardie, il y a eu une réduction importante du nombre de consultations pour urgence psychiatrique entre le 21 février et le 3 mai 2020 par rapport à la même période en 2019. Les personnes qui vivaient en établissement psychiatrique, dépendantes au cannabis ou souffrant d'un trouble obsessionnel-compulsif étaient par contre plus susceptibles de consulter les urgences psychiatriques pendant cette période d'isolement (Capuzzi, *et al.*, 2020). Enfin, aux États-Unis, une étude conduite dans un centre médical universitaire du Michigan a fait état d'une réduction de 39,9 % des consultations aux urgences pour conduite suicidaire au cours des sept premiers mois de la pandémie de Covid-19 (Bergmans et Larson, 2021). Dans une étude rétrospective réalisée à partir des dossiers médicaux de patients résidant en Californie, les visites aux urgences pour tentative de suicide ou autoagression ont aussi diminué de manière significative au cours de chaque mois de 2020, mais étaient équivalentes aux niveaux de 2019 de juin à août. Elles étaient en outre plus susceptibles de concerner des personnes n'ayant aucun antécédent de consultation externe pour des problèmes de santé mentale au cours des deux années précédentes (Ridout, *et al.*, 2021a).

C'est une « image [plus] complexe » (Chen, R., 2021) qui se détache, en revanche, lorsque l'on considère les résultats de plusieurs études signalant une stabilité ou une légère augmentation des actes suicidaires. Ainsi, en dépit de la baisse spectaculaire des admissions toutes causes confondues, une tendance à l'augmentation, bien que sur la base d'un nombre très faible d'événements, a été relevée dans le service des urgences d'un hôpital de Birmingham, où les admissions entre le 23 mars et le 1^{er} mai 2020 ont été comparées à celles de la même période en 2019 (Henry, N., *et al.*, 2021). Il en est de même dans le service des urgences d'un hôpital de Manchester, où les admissions de mars à mai 2020 ont été comparées à celles de la même période en 2018 et 2019 (Shields, *et al.*, 2020). Un schéma similaire a été observé en Grèce, dans une étude menée à partir des données collectées lors des consultations psychiatriques dans un service d'urgence entre le 1^{er} mars et le 15 mai 2020, comparées à celles relevées pendant la même période durant les années 2010 à 2019 (Karakasi, *et al.*, 2020). De telles disparités constatées entre des données pourtant obtenues dans des contextes similaires interrogent. Au Royaume-Uni, où l'impact de la pandémie sur les conduites suicidaires a été abondamment documenté, la discordance des résultats pourrait résulter d'une incidence particulière de la variance régionale de facteurs sociaux tels que l'instabilité économique (Shields, *et al.*, 2020). Des résultats contrastés apparaissent également concernant la population particulièrement vulnérable des personnes détenues. Ces disparités sont en partie attribuables aux dissimilitudes qui caractérisent l'expérience carcérale d'un pays à l'autre, d'une structure pénitentiaire à l'autre, notamment dans le contexte des mesures exceptionnelles adoptées pour limiter la propagation du Covid-19 au sein des établissements. Ainsi, alors qu'une réduction relative de 25 % des blessures auto-infligées est rapportée dans une étude menée dans trente-et-une prisons du Royaume-Uni au printemps 2020

(Hewson, *et al.*, 2020), des données inquiétantes ont été mises en exergue en Suisse, dans une étude postérieure constatant une augmentation de 57 % des tentatives de suicide pour l'année 2020 au sein d'une prison genevoise (Gétaz, *et al.*, 2021).

Les travaux sur la France reflètent la complexité du tableau d'ensemble des tentatives de suicide et des comportements autoagressifs durant la phase initiale de la pandémie. Une première étude menée à partir des données récoltées dans trois centres d'urgence psychiatrique de la région parisienne – Paris, Colombes et Créteil – fait état d'une réduction de 54,8 % du nombre de consultations d'urgence psychiatrique au cours des quatre premières semaines de la pandémie de Covid-19, ainsi que d'une diminution importante des tentatives de suicide, qui ne représentent que 42,6 % de celles commises en 2019 (Pignon, *et al.*, 2020). Des résultats similaires ont été obtenus dans une courte étude analysant les hospitalisations liées aux actes suicidaires à partir de la base de données nationale du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), qui comprend une collecte exhaustive des résumés de sortie pour tous les patients hospitalisés dans les hôpitaux publics et privés en France. En effet, cette étude souligne que la fréquence des « actes suicidaires non sévères », tels un empoisonnement ou des coupures auto-infligées ne nécessitant pas d'admission en unité de soins intensifs, a été significativement plus faible durant et après le confinement, par rapport aux mêmes intervalles temporels en 2019 et à la période précédant le confinement (Olié, *et al.*, 2021). Néanmoins, le nombre absolu d'actes suicidaires violents ou sévères, tout comme les décès parmi les personnes hospitalisées en conséquence, sont restés relativement stables.

L'étude de cohorte rétrospective, réalisée par Fabrice Jollant et ses collègues à partir de la même base de données du PMSI, développe et enrichit ces premières observations. Elle fait état d'une baisse de 8,5 % du nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide ou comportement autoagressif entre 2019 et 2020, particulièrement marquée chez les femmes et chez les jeunes de moins de 19 ans. Cette diminution a débuté lors de la première semaine de confinement et a persisté après sa levée, jusqu'à la fin de la période d'observation en août 2020 (Jollant, *et al.*, 2021). L'étude souligne également deux exceptions importantes à cette réduction globale des hospitalisations. La première est relative aux personnes âgées de 65 ans ou plus, dont le nombre d'hospitalisations est stable, voire augmente pour certaines tranches d'âge. La seconde concerne l'augmentation des actes suicidaires graves comprenant l'utilisation de méthodes plus létales (par exemple, emploi d'une arme à feu, saut, noyade), et la hausse des admissions en unité de soins intensifs ainsi que des décès consécutifs en milieu hospitalier. Ces résultats importants, qui mettent en exergue une évolution des conduites suicidaires en fonction de la létalité du geste, sont congruents avec le constat d'une létalité accrue consécutive aux consultations à l'hôpital pour tentative de suicide dans la phase aiguë de la pandémie en Irlande (McIntyre, A., *et al.*, 2020). Ils coïncident également avec le constat d'une proportion plus élevée de cas nécessitant une durée de séjour plus longue ou une admission en soins intensifs observée pendant le confinement en Espagne (Prados-Ojeda, *et al.*, 2021) et aux États-Unis (Bhattaram, *et al.*, 2022). Les données

des consultations de traumatologie au *King's College* de Londres vont dans le même sens, révélant que les blessures pénétrantes auto-infligées représentaient plus d'un cas sur quatre au printemps en 2020 (contre 11 % en 2019), malgré une réduction de l'incidence de tous les types de traumatismes pénétrants (Olding, *et al.*, 2021).

Ces études, qui s'appuient sur des données hospitalières, présentent une limite en ce qu'elles ne reflètent pas nécessairement la prévalence des conduites suicidaires. En effet, la réduction du nombre de consultations à l'hôpital pour conduite suicidaire pourrait être, au moins partiellement, due à un biais de déclaration des cas les moins graves (Chen, S., *et al.*, 2020). Certaines personnes auraient pu être dissuadées de se présenter à l'hôpital par crainte de surcharger des systèmes de santé déjà submergés, ou de contracter le virus dans ces établissements (John, *et al.*, 2021). Il est donc possible qu'une part significative des individus concernés par les formes les plus légères d'autoagression n'aient pas cherché à se faire soigner en milieu hospitalier, estimant que leur situation n'était pas assez grave pour nécessiter une attention médicale immédiate (McIntyre, A., *et al.*, 2020). C'est notamment ce que suggère une analyse des résultats de l'enquête hebdomadaire *The Covid-19 Social Study*, menée auprès d'un large échantillon de Britanniques, qui montre que la proportion des participants ayant déclaré un comportement autodestructeur au moins une fois au cours de la première année de la pandémie (7,9 %) est, elle, restée relativement stable d'avril 2020 à mai 2021 (Paul et Fancourt, 2020).

1.4. Inhomogénéité des résultats et faiblesses méthodologiques des études évaluant les pensées suicidaires dans le contexte de la pandémie

Si les pensées suicidaires représentent, relativement au décès par suicide, l'extrémité opposée du continuum de suicidalité (incluant toute la gamme des conduites suicidaires, de gravité variable), il est difficile de savoir dans quelle mesure cette intentionnalité morbide est associée à la létalité suicidaire (McIntyre, A., *et al.*, 2020). En d'autres termes, bien que les pensées suicidaires révèlent assurément une détresse et sont à ce titre utilisées comme mesure indirecte du risque de suicide, elles ne constituent pas – notamment lorsqu'elles sont considérées isolément – un prédicteur très efficace du comportement suicidaire ou de la mort (Moutier, 2021). En effet, la plupart d'entre elles ne conduisent pas au passage à l'acte (Jollant, *et al.*, 2021).

Puisque l'idéation suicidaire compte néanmoins parmi les facteurs de risque de tentatives de suicide, de nombreuses études se sont efforcées d'évaluer l'impact de la pandémie sur la fréquence de ce type de représentation mentale. Malheureusement, les résultats de ces enquêtes sont souvent contradictoires et il est difficile de dégager un tableau d'ensemble cohérent de leur mise en commun.

Plusieurs études ont fait état d'une augmentation des pensées suicidaires dans la population générale au cours des mois qui ont suivi le déclenchement de la crise sanitaire. Aux États-Unis, la comparaison de deux échantillons représentatifs d'adultes américains en 2017-2018 et pendant le confinement en 2020 a permis de constater que l'idéation suicidaire avait été multipliée par plus de quatre dans les ménages à faible revenu, en particulier parmi ceux ayant subi une perte d'emploi et rencontrant des difficultés pour payer leur loyer (Raifman, *et al.*, 2020). De même, en République tchèque, une enquête répétée menée à partir d'un échantillon représentatif et utilisant des données de référence de 2017 a montré que la prévalence du risque de suicide en lien avec l'idéation suicidaire était passée de 3,9 % en novembre 2017 à 11,9 % en mai 2020 (Winkler, *et al.*, 2020). Dans une étude en trois vagues réalisée au sein de la population britannique, les participants avaient par ailleurs davantage de pensées morbides au cours de la deuxième vague (9,2 %) et de la troisième (9,8 %) qu'au cours de la première (8,2 %), ce qui indique une tendance à la hausse (O'Connor, *et al.*, 2020). Au Royaume-Uni toujours, dans une étude supervisée par le *University College* de Londres, qui utilise les données de la *Covid-19 Social Study*, 18 % des participants ont déclaré avoir eu des idées suicidaires au cours du premier mois du confinement (Iob, *et al.*, 2020). En Espagne, une étude transversale menée auprès d'un échantillon représentatif d'adultes à partir des données de base d'une étude de cohorte a estimé la prévalence des pensées et comportements suicidaires à 4,5 % pendant la première vague de Covid-19 (Mortier, *et al.*, 2021). En Espagne toujours, 8,8 % des répondants à une enquête transversale en ligne, réalisée au même stade de la pandémie, ont rapporté des idées suicidaires passives⁶ durant les sept jours précédant leur interrogation (Sáiz, *et al.*, 2020). Enfin, en Grèce, une enquête en ligne explorant l'impact psychosocial de la pandémie au printemps 2020 a montré une prévalence de 5,2 % de l'idéation suicidaire au cours des deux semaines précédant l'interrogation des participants (Papadopoulou, *et al.*, 2021).

Au Canada, d'après une enquête en ligne menée auprès d'un échantillon important d'adultes, les personnes mises en quarantaine en raison de la pandémie, dans les zones de forte transmission ou à la suite d'une exposition au Covid-19, ont été plus susceptibles de souffrir d'idées suicidaires et de comportements autoagressifs que celles ne l'ayant pas été, sauf celles ayant été confinées à la suite d'un voyage récent (Daly, Z., *et al.*, 2021). Une enquête réalisée aux États-Unis a par ailleurs révélé une augmentation des pensées suicidaires entre avril et juin 2020, de 17,6 % à 30,7 % (Killgore, *et al.*, 2020), et la présence d'idées suicidaires chez 31 % des participants au cours des deux semaines précédant leur interrogation en mai 2020 (Elbogen, *et al.*, 2021). L'enquête rapporte également un risque suicidaire élevé chez 15 % de répondants évalués au début du premier confinement (Fitzpatrick, *et al.*, 2020), significativement associé à un sentiment de solitude et de déconnexion sociale (Gratz, *et al.*, 2020). Le taux d'idées suicidaires était également important dans une enquête transversale réalisée à la fin du mois de juin 2020 auprès de répondants américains, deux fois plus nombreux à déclarer « avoir sérieusement envisagé le suicide » au cours des trente jours précédant leur interrogation que les participants à une enquête de 2018 évalués

6. Désignant le fait de souhaiter mourir sans envisager de se suicider (HAS, 2021).

quant à eux sur les douze mois précédant l'enquête (10,7 % contre 4,3 %) [Czeisler, 2020]. Cette tendance a persisté après l'été, puisque, lors d'une évaluation similaire effectuée en septembre 2020, 11,9 % des répondants ont rapporté avoir eu des idées suicidaires dans le mois précédant leur interrogation (Czeisler, *et al.*, 2021). En Amérique du Sud, 76 % (Caballero-Domínguez, *et al.*, 2020) et 19,3 % (López Steinmetz, *et al.*, 2020) des participants à deux enquêtes en ligne, menées respectivement en Colombie et en Argentine pendant des périodes de confinement, présentaient un risque élevé de suicide. Dans leur étude transversale répétée au sein de huit pays (Canada, États-Unis, Angleterre, Suisse, Belgique, Hong Kong, Philippines et Nouvelle-Zélande), Philip John Schluter et ses collègues ont par ailleurs constaté que, dans l'ensemble, 24,2 % des participants de juin 2020 et 27,5 % de ceux de novembre 2020 ont signalé des idées suicidaires (Schluter, *et al.*, 2022). Ils révèlent ainsi une prévalence de l'idéation non seulement importante mais aussi en augmentation à mesure que la situation pandémique s'est prolongée. Enfin, une méta-analyse⁷ incluant douze études a estimé la prévalence combinée des idées suicidaires à 12,1 % pendant la crise, soit un taux plus élevé que celui généralement rapporté dans les publications antérieures à la pandémie (Farooq, *et al.*, 2021).

Certaines données suggèrent par ailleurs une augmentation de la prévalence des pensées morbides chez les personnes qui ont été infectées par le SARS-CoV-2 (John, *et al.*, 2021). Par exemple, au Royaume-Uni, les idées suicidaires étaient plus fréquentes chez les individus ayant été diagnostiqués positifs au Covid-19 que parmi les participants testés négatifs (33,4 % contre 17,8 %) [Iob, *et al.*, 2020]. En Chine, Ying Wang ainsi que Qian Zhao et leurs collègues ont respectivement fait état, d'une part d'un niveau de risque de suicide sévère (9,5 %) et, d'autre part, d'un nombre d'idéations suicidaires (24,5 %) plus important durant les premières semaines de la pandémie chez des patients hospitalisés en raison d'une infection au Covid-19 que chez des répondants n'ayant pas été affectés par la maladie (Wang, Y., *et al.*, 2020 ; Zhao, *et al.*, 2011).

D'autres recherches, nettement moins nombreuses, ne rapportent au contraire aucune augmentation des pensées suicidaires. En Norvège, une étude réalisée à partir des données d'une enquête par entretien diagnostique réalisée sur des échantillons probabilistes a révélé des niveaux stables d'idéation suicidaire entre la période pré-pandémique et pandémique (3,2 % contre 4,1 %) [Knudsen, *et al.*, 2021]. Ces résultats ont été confirmés par une enquête transversale en ligne, menée au printemps 2020 au sein de la population norvégienne, qui rapporte une prévalence similaire des idées suicidaires au cours du dernier mois (3,6 %) [Bonsaksen, *et al.*, 2021]. Aux États-Unis, dans le cadre d'une étude en ligne cherchant à documenter l'impact de la crise sanitaire sur la santé mentale de la population générale, les auteurs ont constaté une prévalence qualifiée de « non élevée » des pensées morbides chez les participants soumis à un confinement ou à des restrictions sociales (4,6 %). Ils

7. « La méta-analyse (*meta-analysis*) est une revue systématique à laquelle s'ajoute une analyse statistique combinant les données de toutes les publications recensées. » Extrait de Fovet-Rabot, C. (2019). *Rédiger un article de synthèse (review paper)*, en 7 points. Montpellier, France : Cirad.

ont par ailleurs montré que ces niveaux étaient significativement plus importants parmi les répondants ayant déclaré des disputes répétées avec leur conjoint ou des problèmes juridiques graves (Bryan, *et al.*, 2020). Similairement, au Canada, une analyse secondaire n'a relevé aucune différence significative entre, d'une part, le pourcentage d'adultes ayant signalé une idéation suicidaire dans l'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (CCHS) de 2019 portant sur les douze mois précédant leur interrogation (2,73 %) et, d'autre part, celui de répondants à l'enquête sur le Covid-19 et la santé mentale (SCMH) rapportant des pensées suicidaires depuis le début de la pandémie en septembre-décembre 2020 (2,44 %) [Liu, *et al.*, 2021]. Enfin, d'après une enquête menée en Espagne auprès de patients psychiatriques ayant des antécédents de conduite suicidaire, le risque de suicide autodéclaré semblait avoir diminué durant le confinement du printemps 2020 (Cobo, *et al.*, 2021).

Plusieurs études ont également cherché à évaluer l'impact de la pandémie de Covid-19 sur le risque de suicide à partir de l'analyse des données de *Google Trends*, et ont montré que les utilisateurs du moteur de recherche ont moins fréquemment saisi des termes liés au suicide durant la phase initiale de la pandémie que par rapport à une valeur prédite sur une tendance passée (Halford, *et al.*, 2020 ; Sinyor, *et al.*, 2020). Pour autant, cet outil de surveillance numérique présente des limites importantes, notamment des problèmes de stabilité des résultats et une grande incertitude quant à la nature des algorithmes utilisés (Niederkrötenhaler, *et al.*, 2020). La dernière stratégie mobilisée pour mesurer l'importance des idées suicidaires depuis le commencement de la crise sanitaire est l'analyse des consultations dans les établissements de santé. Tout comme les consultations pour autoagression ou tentative de suicide, les consultations hospitalières liées à des pensées suicidaires ont globalement diminué au Royaume-Uni (Chen, *et al.*, 2020) et en Espagne (Hernández-Calle, *et al.*, 2020). Aux États-Unis, une étude réalisée dans vingt services d'urgence d'un système de santé intégré du Midwest a également montré une diminution significative de 60,6 % des consultations pour idéation suicidaire entre mars-avril 2019 et mars-avril 2020 (Smalley, *et al.*, 2020).

Les estimations de la prévalence des pensées suicidaires ou de l'importance du risque suicidaire varient donc fortement d'une étude à l'autre. Ces résultats inhomogènes peuvent être, pour partie, imputés à la diversité des populations concernées par les enquêtes dont ils sont tirés. En effet, l'impact psychosocial de la pandémie de Covid-19 diffère selon les contextes nationaux. La Norvège, par exemple, a connu un taux d'hospitalisations et de décès liés au Covid-19 inférieur à celui de la plupart des pays à revenu élevé. De fait, les mesures de distanciation sociale adoptées ont été peu contraignantes ou de plus courte durée dans ce pays, et la série d'aides monétaires mises en œuvre par le gouvernement a participé à réduire l'impact économique de la crise sanitaire (Knudsen, *et al.*, 2021). Il est aussi possible que ces variations reflètent des différences transnationales préexistantes, puisque d'importants écarts dans la prévalence vie-entière⁸ de l'idéation suicidaire avaient déjà été identifiés antérieurement à la pandémie entre pays ou régions du monde

8. La prévalence vie-entière mesure la proportion de personnes qui seront atteintes de la maladie étudiée à un moment ou un autre de leur vie.

(Bonsaksen, *et al.*, 2021). Ainsi, dans leur étude transversale répétée, menée dans huit pays, Philip John Schluter et ses collègues ont observé une variabilité considérable des taux d'idées suicidaires standardisés par âge entre les pays, allant de 20,8 % en Belgique à 42,9 % à Hong Kong en novembre 2020 (Shluter, *et al.*, 2021). Le taux hongkongais, nettement supérieur à ceux des pays comparés, est attribué par les auteurs des études relatives à cette ville à un contexte d'instabilité politique spécifique.

Plus fondamentalement, les résultats obtenus, disparates, voire contradictoires lorsqu'ils concernent un même territoire, tiennent à la diversité des méthodologies employées dans les premières études épidémiologiques, qui présentent souvent un risque de biais élevé. Dans une revue de littérature consacrée aux travaux évaluant les pensées suicidaires dans le contexte de la pandémie, la grande majorité des études analysées ont ainsi obtenu des scores médiocres ou moyens sur l'échelle d'évaluation de la qualité de Newcastle-Ottawa⁹ (Farooq, *et al.*, 2021), ce qui révèle leurs faiblesses méthodologiques. En particulier, en l'absence de statistiques nationales du suicide utilisant des données réelles, le désir d'obtenir rapidement des informations a conduit, en 2020, à une multiplication d'enquêtes en ligne utilisant des échantillons de convenance ne s'appuyant pas sur une base de sondage comprenant l'ensemble de la population étudiée, mais construits rapidement et de façon peu coûteuse (Pierce, *et al.*, 2020b). Or, ces échantillons non probabilistes, par exemple de volontaires recrutés sur internet (à partir de listes de membres, par l'intermédiaire de prestataires de services, de grands panels de proximité, ou par un recrutement en boule de neige *via* les médias sociaux), ont tendance à attirer des participants disposant d'un accès facile aux technologies numériques avec un intérêt pour le sujet (Zalsman, *et al.*, 2020). Par conséquent, les individus vulnérables ou souffrant d'une maladie mentale antérieure, ainsi que les personnes âgées qui n'utilisent pas ou peu régulièrement internet, sont moins susceptibles de participer à ce type d'enquête (John, *et al.*, 2021). Cette non-représentativité dans les enquêtes de santé mentale concernées est « particulièrement problématique », car « les personnes exclues sont souvent celles qui sont le plus en difficulté ». De plus, les ajustements effectués, telle que la pondération des échantillons pour qu'ils correspondent à la population cible, « passent à côté de biais cruciaux et ne peuvent pas tenir compte des groupes qui ne sont pas du tout inclus » [traduction libre] (Pierce, *et al.*, 2020b). En d'autres termes, les estimations de prévalence des pensées suicidaires et les associations avec les caractéristiques des participants de ces études peuvent ne pas refléter ce qui serait observé dans des échantillons représentatifs (John, *et al.*, 2021). En outre, nombre de ces études transversales reposent sur des questionnaires d'enquêtes remplis à distance et sur des mesures d'autoévaluation du risque de suicide n'étant ni standardisées, ni fiables, ni stables dans le temps, ce qui affecte la comparabilité des données recueillies. L'absence très fréquente de données de référence pré-pandémiques provenant de la même population compromet d'ailleurs souvent la possibilité de comparer des niveaux de prévalence des pensées suicidaires avant et durant la pandémie. Pour autant, certaines études

9. L'échelle de Newcastle-Ottawa est une méthode d'évaluation de la qualité d'études non randomisées (notamment études de comparaison entre groupes de cas et de témoins ou études de cohorte).

transversales à distance ont permis de fournir rapidement certaines données préliminaires précieuses aux premiers stades de la crise sanitaire, en s'appuyant sur des enquêtes de qualité et cohérentes en matière d'échantillonnage, réitérées et utilisant des outils d'évaluation validés (John, *et al.*, 2021).

2. Impact de la pandémie sur la santé mentale et facteurs de risque associés : de fortes disparités observées dans le processus de résilience

2.1. Un déclin marqué de la santé mentale dans la plupart des pays durant la phase initiale de la pandémie

Le déclenchement de la crise sanitaire a exacerbé de nombreux facteurs favorisant la survenue de troubles mentaux et soulevé de nombreuses inquiétudes quant à son impact psychologique direct ou ses répercussions économiques et sociales à long terme (Santomauro, *et al.*, 2021). Bien que le comportement suicidaire, phénomène complexe et multifactoriel, soit une conséquence particulière d'une souffrance psychique importante, celle-ci trouve le plus souvent à s'exprimer différemment, par exemple dans l'alcoolisme (Vandoros, *et al.*, 2020). C'est pourquoi, en dépit de leur relation d'interdépendance, l'évolution du taux de suicide est distincte de la prévalence de la détresse ou des troubles mentaux et doit être considérée isolément (Appleby, 2021 ; McIntyre, *et al.*, 2021). Ainsi, la stabilité des taux de mortalité par suicide observée durant la première année de la pandémie ne signifie aucunement qu'elle n'a pas entraîné une série de conséquences néfastes sur la santé mentale, dont une « pléthore » d'études ont justement cherché à rendre compte depuis le début de l'année 2020 (*The Lancet Psychiatry*, 2021a). S'il est impossible de recenser ces travaux de façon exhaustive, il paraît cependant essentiel d'en exposer succinctement les principaux résultats, en portant une attention particulière aux études les plus récentes, qui incluent une analyse longitudinale permettant d'identifier les trajectoires de santé mentale des populations les plus vulnérables. Malgré une diminution des consultations dans les services de santé mentale lors de la phase initiale de la pandémie, notamment en Italie (Capuzzi, *et al.*, 2020), au Royaume-Uni (Chen, S., *et al.*, 2020), au Portugal (Gonçalves-Pinho, 2020), ou au Danemark (Rømer, 2021), les enquêtes effectuées au même moment signalent une dégradation prononcée de la santé mentale dans de nombreux pays. Les premières enquêtes menées en Chine rapportent ainsi des niveaux élevés de détresse psychologique (Qiu, *et al.*, 2020), mais aussi d'anxiété, de dépression et de stress au début du mois de février 2020 (Wang, C., *et al.*, 2020). Une étude transversale réalisée en Allemagne au printemps 2020 révèle quant à elle une prévalence importante, relativement aux études antérieures, des symptômes d'anxiété généralisée et de dépression, de détresse psychologique et de peur liés au Covid-19 (Bäuerle, *et al.*, 2020). Au Royaume-Uni, dans une étude de cohorte comportant des données pré-pandémiques, 27,3 % des participants ont déclaré,

en avril 2020, un score au *General Health Questionnaire* en 12 items¹⁰ (GHQ-12) indiquant un niveau cliniquement significatif de détresse mentale, contre 18,9 % en 2018 et 2019, soit un accroissement important ne pouvant être attribué à une continuité des tendances à la hausse précédentes (Pierce, et al., 2020a). De même, les résultats de l'étude en trois vagues réalisée de mars à mai 2020 par Rory C. O'Connor et ses collègues montrent que la santé mentale et le bien-être de la population adulte britannique semblent avoir été affectés lors de la phase initiale de la pandémie (O'Connor, et al., 2020). Pendant cette période, environ un répondant sur quatre a ainsi présenté des niveaux modérés à sévères de symptômes dépressifs selon l'échelle du *Patient Health Questionnaire* en 9 items¹¹ (PHQ-9), contre 5,6 % dans des études en population générale antérieures. Parallèlement, lors de la première vague de l'enquête, un répondant sur cinq (21 %) a obtenu un score supérieur au seuil du *Generalized Anxiety Disorder-7*¹² (GAD-7), ce qui correspond à des niveaux modérés à sévères d'anxiété (contre un score nettement inférieur, d'environ 5 %, dans les études en population générale antérieures). Toujours dans le contexte britannique, les données issues d'une enquête en ligne administrée à des participants adultes *via* les médias sociaux ont montré qu'en avril 2020, les niveaux moyens de dépression, d'anxiété et de stress dépassaient de manière significative les taux mesurés habituellement (Jia, et al., 2020). Enfin, d'après une analyse secondaire des données de l'*United Kingdom Household Longitudinal Study* (UKHLS), la prévalence des problèmes de santé mentale dans la population (score GHQ-12 \geq 3) a nettement augmenté durant le premier confinement, passant de 24,3 % en 2017-2019 à 37,8 % en avril 2020. En République tchèque, une analyse des données provenant d'enquêtes transversales répétées sur un échantillon représentatif d'adultes en novembre 2017 et en mai 2020 a révélé que la proportion de personnes présentant des symptômes d'au moins un trouble de l'humeur et de l'anxiété (évalués *via* le *Mini International Neuropsychiatric Interview*¹³ [MINI]) a augmenté de plus de 10 % durant les premiers mois de la crise sanitaire, par rapport aux niveaux de référence (Winkler, et al., 2020). Deux études italiennes menées fin mars 2020 vont également en ce sens. La première étude révèle des changements psychosociaux négatifs chez les participants, avec un impact sur leur bien-être et, en particulier, sur la qualité de leur sommeil, les difficultés de sommeil étant plus marquées chez les personnes présentant un niveau élevé de symptômes dépressifs, d'anxiété et de stress (Cellini, et al., 2020). La seconde étude met quant à elle en avant des taux relativement élevés de troubles de stress post-traumatique (*post-traumatic stress disorder* [PTSD]), de symptômes de dépression, d'anxiété, d'insomnie et de stress perçu par rapport aux publications pré-pandémiques relatives à la population italienne (Rossi, et al., 2020).

10. Le *General Health Questionnaire* en 12 items est un questionnaire autoadministré utilisé comme un outil de dépistage de la détresse mentale. Bien que peu spécifique, il constitue une mesure validée de la symptomatologie dépressive ou des troubles anxieux et somatiques.

11. Le *Patient Health Questionnaire* en 9 items (PHQ-9) est un outil utilisé pour diagnostiquer et mesurer la sévérité de la dépression, pouvant être autoadministré.

12. Le *Generalized Anxiety Disorder-7* (GAD-7) est un questionnaire employé pour le dépistage et la mesure de la gravité du trouble d'anxiété généralisée.

13. Le *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI) est un questionnaire permettant de diagnostiquer les principaux troubles mentaux.

Aux États-Unis, une enquête effectuée en avril 2020 auprès d'un échantillon probabiliste a révélé des symptômes dépressifs chez 32 % des participants, ce qui est nettement plus élevé que la prévalence habituellement mesurée dans cette population, et des niveaux de solitude importants (Rosenberg, *et al.*, 2020). De manière similaire, Catherine K. Ettman et ses collègues ont identifié une prévalence beaucoup plus importante des symptômes dépressifs chez les adultes américains à partir des données de deux enquêtes nationales menées respectivement en avril 2020 (*Covid-19 and life stressors impact on mental health and well-being*) et en 2017-2018 (*National Health and Nutrition Examination Survey*) [Ettman, *et al.*, 2020]. Dans une autre étude en ligne par panel représentatif réalisée en juin 2020 à destination des centres pour les contrôles et la prévention des maladies (*Centers for Disease Control and Prevention [CDC]*), 40,9 % des répondants ont signalé au moins un état de santé mentale défavorable, notamment des symptômes anxieux ou dépressifs (30,9 %) et une augmentation de la consommation de substances pour faire face au stress et aux émotions provoqués par la pandémie (13,3 %) [Czeisler, *et al.*, 2020]. Par ailleurs, une enquête longitudinale, menée auprès d'un échantillon probabiliste national, a mis en évidence une augmentation de la détresse psychologique au cours des deux premiers mois suivant la déclaration d'urgence nationale. Cette détresse atteint en mai 2020 des niveaux très élevés comparativement à février 2019 (Breslau, *et al.*, 2021). De même, dans l'enquête *Johns Hopkins Covid-19 Civic Life and Public Health*, réalisée en avril 2020, 13,6 % des participants ont déclaré des symptômes de détresse psychologique grave, évalués à partir de la *Kessler Psychological Distress Scale* en 6 items¹⁴ (K6). En comparaison, les participants de la *National Health Interview Survey* (NHIS) de 2018 n'étaient que 3,9 % dans une situation analogue (McGinty, *et al.*, 2020). Enfin, à partir des données de l'étude en deux vagues *Understanding America*, Michael Daly M. et ses collègues ont observé que le pourcentage d'adultes américains souffrant de dépression a augmenté de manière significative, passant de 8,7 % en 2017-2018 (mesure NHANES) à 10,6 % en mars 2020 et 14,4 % en avril 2020 (Daly, M., *et al.*, 2021). Des analyses supplémentaires ont par ailleurs montré que cet accroissement important était supérieur aux variations observées habituellement d'une année à l'autre.

En France, la première vague de l'enquête en ligne CoviPrev, menée fin mars 2020 par Santé publique France auprès d'un échantillon représentatif de la population générale, a montré une forte augmentation des niveaux d'anxiété au début de la pandémie (26,7 % contre 13,5 %, soit un taux deux fois supérieur à celui observé avant la pandémie). Cette augmentation a été suivie d'une diminution significative lors de la deuxième vague de l'enquête conduite à une semaine d'intervalle, ce que les auteurs ont attribué à un possible effet protecteur du confinement du printemps 2020 ayant agi sur l'anxiété (Chan-Chee, *et al.*, 2020). Les premiers résultats de l'enquête Coclico, qui évalue l'impact de ce confinement sur la santé mentale à partir d'un échantillon représentatif d'adultes résidant sur le territoire français, ont également révélé, en s'appuyant sur le GHQ-12, la survenue d'une détresse psychologique en avril 2020 chez un tiers des répondants (Gandré, *et al.*, 2020). Une dégradation

14. La *Kessler Psychological Distress Scale* en 6 items (K6) est un questionnaire portant sur le sentiment de nervosité, de désespoir, d'agitation, de dépression, de découragement et d'inutilité ressenti au cours du dernier mois.

de la santé mentale a aussi été observée à l'issue de la première vague de l'enquête EpiCov, puisque 13,5 % des répondants présentaient en mai 2020 un syndrome dépressif, mesuré à partir du PHQ-9, contre 10,9 % dans l'enquête de santé européenne (*European Health Interview Survey* [EHIS]) en 2019. Cette hausse de la prévalence des troubles dépressifs a impliqué, notamment, une augmentation de la perte d'intérêt à faire des choses, une humeur dépressive, des problèmes de sommeil et des difficultés de concentration (Hazo, et al., 2021a). Dans les résultats de la deuxième vague d'une autre étude en ligne, intitulée *Coronavirus et confinement : enquête longitudinale (Coconel)*, menée par l'École des hautes études en santé publique (EHESP) auprès d'un échantillon d'un millier de personnes représentatif de la population française adulte, la prévalence des symptômes dépressifs modérés à sévères a atteint 8,8 % (PHQ-9) début mai 2020, et celle de l'anxiété sévère 8,7 % (GAD-7), tandis que 68,1 % des répondants ont indiqué avoir souffert de troubles du sommeil au cours de la semaine précédant leur interrogation (Peretti-Watel, et al., 2020). Enfin, l'enquête en ligne *Covadapt*, menée par le *Human Adaptation Institute* de mars à mai 2020, a révélé qu'au début de la phase aiguë de la pandémie, 19 % des répondants déclaraient ressentir un haut niveau d'anxiété, 22 % de stress, 11 % de dépression et 15 % d'irritabilité. Ces scores sont restés relativement similaires jusqu'à la fin du premier confinement, bien qu'une légère baisse des taux d'anxiété et de stress ait pu être constatée (Traber, et al., 2020).

S'agissant des travaux de synthèse, Samantha K. Brooks et ses collègues ont publié, dès février 2020, une revue systématique caractérisant le fort impact sur la santé mentale des quarantaines mises en œuvre lors d'épidémies antérieures (SARS, MERS, Ebola, grippe H1N1 et grippe équine), et notamment des symptômes de stress post-traumatique, de confusion et de colère, des troubles anxieux et dépressifs, une détresse psychologique et des troubles du sommeil (Brooks, et al., 2020). Par la suite, une série de revues de littérature et de méta-analyses proprement dédiées à la pandémie de Covid-19 – initialement centrées sur le contexte chinois, puis incluant progressivement davantage d'études occidentales –, ont confirmé ces analyses, en rapportant des niveaux relativement élevés (et supérieurs à ceux habituellement observés) d'anxiété, de dépression, de stress post-traumatique, de détresse psychologique et de stress en population générale et parmi les personnels de santé, mais également des troubles du sommeil (Alimoradi, et al., 2021 ; Cénat, et al., 2020 ; Pappa, et al., 2020 ; Phiri, et al., 2021 ; Salari, et al., 2020 ; Schafer, et al., 2022 ; Wu, et al., 2021 ; Xiong, et al., 2020).

Plus récemment, la vaste étude en ligne *Covid-19 mental health international for the general population* (Comet-G), qui a recueilli des données auprès de 55 589 participants de quarante pays, d'avril 2020 à mars 2021, a permis de détecter (via le *Center for Epidemiologic Studies – Depression Scale* [CES-D] et le *State-Trait Anxiety Inventory* [STAI-S]¹⁵) une dépression probable chez 17,8 % des participants et une détresse chez 16,7 % d'entre eux (Fountoulakis, et al., 2022). Une analyse longitudinale comparative transnationale, réalisée

15. Le *Center for Epidemiologic Studies – Depression Scale* (CES-D) est un questionnaire utilisé pour évaluer les états dépressifs, tandis que le *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI-S) est un instrument de mesure de l'anxiété.

à partir de sept études (menées au Danemark, en France, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni) présentant la particularité d'avoir été construites de manière collaborative, c'est-à-dire à partir d'un protocole d'enquête harmonisé en amont, a aussi permis de faire ressortir des résultats différenciés selon les pays. En effet, les auteurs ont constaté que si les individus ont, dans l'ensemble, réagi de manière similaire à la pandémie et aux mesures préventives associées dans ces quatre pays d'Europe de l'Ouest et du Nord, les niveaux d'inquiétude et de solitude, ainsi que la proportion d'individus appliquant des comportements de précaution spécifiques (lavage des mains, usage de gel hydroalcoolique, distanciation physique, par exemple) étaient plus faibles au sein de la population néerlandaise (Varga, *et al.*, 2021). Ces résultats font écho aux conclusions d'une enquête longitudinale effectuée aux Pays-Bas auprès d'un grand échantillon probabiliste d'adultes, qui fait partie des rares études à n'avoir relevé aucune augmentation des niveaux de symptômes d'anxiété et de dépression en mars 2020 par rapport à novembre 2019 (Velden, *et al.*, 2020). Cette particularité a notamment pu être attribuée au fait que les participants ont été recrutés dans une région des Pays-Bas ayant connu des taux d'infection et de décès beaucoup plus faibles qu'à l'échelle nationale (Varga, *et al.*, 2021). Elle pourrait aussi découler de la qualité des interventions gouvernementales et des systèmes de protection sociale, ou encore au fait que la population générale y est davantage « capable de faire face et de s'adapter aux évolutions et aux changements radicaux à court terme » entraînés par la crise sanitaire que dans les autres pays européens (Velden, *et al.*, 2020). La moindre gravité de la pandémie et la « solidité du filet de sécurité sociale » sont également les hypothèses avancées pour expliquer l'étonnante amélioration de la santé mentale de la population générale observée au Danemark lors d'évaluations répétées menées en mars-avril 2020 et en juillet 2020 par Lars H. Andersen et ses collègues, qui constatent une réduction des symptômes dépressifs parmi les adultes immédiatement après l'instauration du confinement, tout particulièrement chez les ménages avec enfants (Andersen, *et al.*, 2021).

Enfin, plus récemment, une synthèse de données quantitatives publiée dans *The Lancet* en octobre 2021 a permis d'analyser la prévalence combinée des troubles dépressifs et anxieux dans 204 pays et territoires, à partir de 48 études parues entre le 1^{er} janvier 2020 et le 29 janvier 2021 (Santomauro, *et al.*, 2021). Les auteurs, tous collaborateurs de l'équipe de recherche internationale *Covid-19 Mental Disorders*, ont utilisé les données rassemblées dans une méta-régression¹⁶ pour estimer le changement de la prévalence des troubles dépressifs majeurs et des troubles anxieux entre la prépandémie et la mi-pandémie, via certains indicateurs d'impact du Covid-19. D'après cette synthèse, les territoires les plus durement touchés par la crise sanitaire en 2020, identifiés par la diminution de la mobilité humaine ou le taux quotidien d'infection et de surmortalité, présentaient les plus fortes augmentations de la prévalence des troubles dépressifs majeurs et des troubles anxieux. Le travail de Damian F. Santomauro et ses collègues a finalement permis d'estimer à 53,2 millions le nombre de cas supplémentaires de troubles dépressifs majeurs par rapport aux prévisions

16. Dans une méta-analyse qui compile et synthétise les résultats de différentes études, la méta-régression est un modèle de régression permettant d'étudier la relation entre les différentes caractéristiques des études et l'estimation de l'effet observé dans ces études.

(soit une augmentation de 27,6 %), et à 76,2 millions celui des troubles anxieux (soit une augmentation de 25,6 %) liés à la pandémie de Covid-19 dans le monde (Santomauro, *et al.*, 2021). Ainsi, en dépit des réserves déjà formulées concernant la faible qualité générale des études réalisées durant la phase initiale de la pandémie¹⁷, qui aboutissent notamment à un « degré élevé d'hétérogénéité inexplicé » dans les niveaux de prévalence mesurés (Robinson, *et al.*, 2022), les effets néfastes de la crise sanitaire sur la santé mentale paraissent donc effectivement établis.

2.2. Des améliorations significatives relevées dès l'été 2020, sauf chez certains segments de la population affectés de manière disproportionnée par la crise sanitaire

Dans le courant de l'année 2021, des études longitudinales, dont plusieurs utilisent des cohortes comportant des données pré-pandémiques à des fins de comparaison, s'efforcent d'examiner la manière dont les symptômes de santé mentale ont évolué à partir du déclenchement de la pandémie, et si les changements observés ont été persistants ou de courte durée. Ces travaux, effectués avec plus de recul que ceux portant sur le premier confinement, ont permis d'identifier, dans un contexte où la plupart des individus s'étaient progressivement habitués aux nouvelles exigences psychologiques de la crise sanitaire, un processus de résilience au sein de la population générale. Ce processus a été caractérisé par Michael Daly et Eric Robinson comme « la capacité à se remettre d'expériences émotionnelles négatives en s'adaptant de manière flexible aux circonstances stressantes » (Fancourt, *et al.*, 2021 ; Savage, *et al.*, 2021 ; Daly, M., *et al.*, 2021). Ainsi, une enquête longitudinale initiée auprès de 36 520 adultes britanniques à partir des données d'une étude de panel (*University College London Covid-19 Social Study*) a mis en évidence que les niveaux élevés d'anxiété et de dépression constatés en mars et en avril 2020 ont décliné au cours des cinq mois suivants, les symptômes se stabilisant peu à peu avec l'introduction des mesures d'assouplissement (Fancourt, *et al.*, 2021). Tibor V. Varga et ses collègues ont également relevé une diminution régulière des inquiétudes et de l'anxiété au cours des mois suivant le pic initial du printemps 2020, tant au Royaume-Uni qu'au Danemark, aux Pays-Bas et en France, bien que, dans ce dernier cas, la réduction ne se soit opérée que de manière très lente et progressive (Varga, *et al.*, 2021). Aux États-Unis, Michael Daly et Eric Robinson ont signalé que la forte augmentation initiale de la détresse psychologique a été suivie d'un retour

17. À l'instar des travaux relatifs à l'idéation suicidaire, les données recueillies par les enquêtes évaluant l'impact de la crise sanitaire sur la santé mentale ont le plus souvent été limitées par l'utilisation d'échantillons de commodité et de mesures de la santé mentale non validées, et par l'absence de données de référence comparables antérieures à la pandémie permettant d'apprécier les changements, que ce soit chez les individus ou dans l'ensemble de la population (Pierce, *et al.*, 2020b). Il faut en outre rappeler que les questionnaires d'auto-évaluation utilisés dans les enquêtes en ligne ne sont pas des instruments de diagnostic, comme le soulignent notamment Rory C. O'Connor et ses collègues au sujet du PHQ-9 : « Nous recommandons la prudence lorsqu'il s'agit d'extrapoler des données issues du PHQ-9 à l'ensemble de la population confinée, car une méta-analyse récente a conclu que le PHQ-9 peut multiplier par deux l'estimation de la dépression relativement à un entretien clinique structuré » [traduction libre] (O'Connor, *et al.*, 2020). Enfin, nombre d'études ont modifié les formats de réponses aux questionnaires (en demandant aux participants de rapporter des symptômes sur des périodes plus courtes), et, par là même, ont davantage fourni « une indication de la gravité aiguë des symptômes plutôt qu'une valeur de diagnostic clinique » [traduction libre] (Robinson, *et al.*, 2022).

progressif aux niveaux de base dès mai 2020, pour finalement atteindre ceux de la mi-mars en juin 2020 (Daly, M. et Robinson, 2021). En Espagne, une étude de cohorte longitudinale menée par entretiens auprès d'un échantillon d'adultes des provinces de Madrid et de Barcelone n'a pour sa part révélé aucune différence significative dans la prévalence de la dépression entre la mesure pré-pandémique (effectuée du 17 juin 2019 au 14 mars 2020) et la mesure post-pandémique (du 21 mai 2020 au 30 juin 2020). De tels résultats suggérant un « ajustement progressif de la population pour gérer et surmonter les événements stressants » ont conduit les auteurs à estimer que les réactions émotionnelles suscitées par l'irruption de la pandémie correspondent davantage à « des sentiments de peur, de colère ou de tristesse émergeant en réponse à une situation sans précédent » qu'à des « troubles mentaux » (Ayuso-Mateos, *et al.*, 2021). Enfin, dans une revue systématique, qui a examiné 65 études de cohorte longitudinales, Eric Robinson et ses collègues ont constaté que l'augmentation globale des symptômes de santé mentale identifiée entre mars et avril 2020 a diminué au fil du temps, pour devenir non significative entre mai et juillet 2020 (Robinson, *et al.*, 2022). En considérant cependant les catégories de troubles mentaux de manière isolée, les auteurs ont souligné que l'aggravation avait été plus prononcée s'agissant des symptômes de dépression et de trouble de l'humeur (relativement à l'évolution des symptômes d'anxiété), et que leur prévalence n'était pas revenue aux niveaux pré-pandémiques en mai-juin 2020 (Robinson, *et al.*, 2022).

L'enquête menée par Matthias Pierce et ses collègues au Royaume-Uni a affiné et approfondi ces différents constats en montrant que cette amélioration a été plus tardive dans le contexte britannique (Pierce, *et al.*, 2021). Cette étude longitudinale par échantillon probabiliste¹⁸, qui cartographie la santé mentale au cours des six premiers mois de la pandémie, a en effet montré que les taux élevés de troubles mentaux relevés fin avril 2020 se sont longtemps maintenus, puisque des améliorations significatives ne sont intervenues qu'à partir de juillet 2020, c'est-à-dire après la réouverture des écoles, la chute des taux d'infection et un important assouplissement des mesures de confinement. Les auteurs soulignent par ailleurs que la santé mentale de la population générale a continué à s'améliorer jusqu'en octobre 2020, sans toutefois atteindre les niveaux antérieurs à la pandémie. Une persistance substantielle de l'augmentation des problèmes de santé mentale dans la population britannique jusqu'à la fin du mois de juin 2020 a aussi été identifiée par Michael Daly et ses collègues, qui ont mis en exergue le fait que la prévalence des problèmes de santé mentale est demeurée élevée en mai 2020 (34,7 %) et juin 2020 (31,9 %) [Daly, M., *et al.*, 2020]. Aux États-Unis, une enquête de suivi réalisée par Mark É. Czeisler et ses collègues a révélé que la prévalence des symptômes suggérant un trouble mental est restée importante, comparativement aux estimations pré-pandémiques, dans la population adulte, en septembre 2020 (Czeisler, *et al.*, 2021a). Catherine K. Ettman et ses collègues ont pour leur part constaté, dans une étude de panel longitudinale représentative de la population américaine, que des symptômes dépressifs prononcés ont persisté jusqu'en mars-avril 2021 (Ettman, *et al.*,

18. L'échantillonnage probabiliste fait référence à la sélection d'un échantillon d'une population lorsque cette sélection repose sur le principe de la randomisation, c'est-à-dire la sélection au hasard.

2021). Ces différences d'évaluation concernant l'ampleur et la temporalité des améliorations de santé mentale peuvent tenir à l'attrition¹⁹ marquée des études de cohorte précédemment mentionnées. En effet, il est probable que les participants ayant répondu de manière systématique aux évaluations répétées avaient une meilleure santé mentale initiale, des trajectoires plus favorables et étaient donc plus résilients que les participants sortis de l'échantillon, ce qui peut entraîner une évaluation des tendances biaisée en faveur d'un meilleur rétablissement (Czeisler, *et al.*, 2021b). Autrement dit, « la trajectoire moyenne de l'ensemble de la population pourrait masquer des réponses variées à la pandémie », car il est possible que « certains groupes [soient] restés ou devenus plus vulnérables » (Pierce, *et al.*, 2021).

Il faut ainsi, de manière générale, « tempérer l'optimisme » (Czeisler, *et al.*, 2021b) ressortant des travaux insistant sur ce remarquable processus de résilience, pour considérer également la situation de certains segments de la population ayant été affectés de manière disproportionnée par la pandémie. Nombre d'études précitées avaient déjà constaté des différences importantes dans les expériences de santé mentale pendant la phase initiale de la crise sanitaire, en montrant que le fait d'être une femme, d'être plus jeune, d'être sans emploi ou socio-économiquement défavorisé constituaient les principaux facteurs de risque d'avoir des niveaux plus élevés d'anxiété et de dépression (Fancourt, *et al.*, 2021 ; voir aussi Burèle, *et al.*, 2020 ; Bu, *et al.*, 2020 ; Daly, *et al.*, 2020 ; Ettman, *et al.*, 2020 ; Jia, *et al.*, 2020 ; Niederkrotenthaler, *et al.*, 2022 ; O'Connor, *et al.*, 2020 ; Pierce, *et al.*, 2020 ; Santomauro, *et al.*, 2020 ; Sønderkov, *et al.*, 2020 ; Varga, *et al.*, 2021 ; Xiong, *et al.*, 2020). De même, en France, les femmes, les personnes vivant avec une maladie chronique ou un handicap, celles déclarant une situation financière difficile, celles bénéficiant d'un faible soutien social et celles confinées dans des logements suroccupés ont été identifiées comme particulièrement exposées au risque de détresse psychologique au printemps 2020 (Gandré, *et al.*, 2020 ; Gandré, *et al.*, 2021 ; Chan-Chee, *et al.*, 2020, Hazo, *et al.*, 2021a). Les parents d'enfants en bas âge semblent aussi avoir été davantage concernés par une dégradation de leur santé mentale en début de pandémie (notamment par une augmentation des troubles anxieux), bien que dans des proportions inférieures aux niveaux relevés chez les personnes sans emploi (Pierce, *et al.*, 2020 ; Fancourt, *et al.*, 2021).

Le personnel de santé a également présenté un risque accru de symptômes liés au stress, car il a été exposé à des facteurs de risque bien plus nombreux que les autres groupes professionnels, parmi lesquels, en particulier, le risque d'infection au SARS-CoV-2, la peur de contaminer son entourage, les conditions de travail éreintantes, ou le fait d'être témoin de la souffrance et de la mort des patients (Cai, *et al.*, 2020 ; Lai, *et al.*, 2020 ; Muller, *et al.*, 2020). De nombreuses enquêtes mettent ainsi en évidence une augmentation de ce type de symptômes (Pappa, *et al.*, 2020 ; Phiri, *et al.*, 2021), souvent associée à des troubles du sommeil (Alimoradi, *et al.*, 2021 ; Cénat, *et al.*, 2021 ; Wu, *et al.*, 2021). Pour autant, dans la mesure où les études longitudinales centrées sur cette population font encore défaut, il n'est pas possible de savoir

19. L'attrition dans les enquêtes longitudinales est la perte d'individus de l'échantillon au cours du temps.

si cette augmentation a été transitoire, ou si elle pourrait avoir persisté à travers les différentes vagues (Manchia, *et al.*, 2022). C'est cette dernière hypothèse qui a été émise dans l'étude transversale répétée (douze mesures effectuées toutes les trois semaines), réalisée par Thomas Niederkrotenthaler et ses collègues en Autriche (Niederkrotenthaler, *et al.*, 2022). Ces derniers ont en effet observé une tendance à l'accroissement des symptômes dépressifs parmi les professionnels de santé d'avril à décembre 2020, et souligné la « détresse mentale et physique accumulée » dans ce groupe au fil du temps.

Bien que les seniors aient subi de façon prépondérante certains effets de la pandémie (risque de complications plus graves en cas d'infection, mortalité plus élevée, perturbations de la routine quotidienne et de l'accès aux soins, difficultés d'adaptation aux technologies de communication à distance, restrictions sociales exacerbant une mauvaise condition mentale préexistante, par exemple), ils semblent avoir été moins affectés sur le plan de la santé mentale que les personnes appartenant aux autres groupes d'âge (Chan-Chee, *et al.*, 2020 ; Vahia, *et al.*, 2020). Pour autant, le maintien du nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide en France chez les 65 ans ou plus durant le premier semestre 2020 (Jollant, *et al.*, 2021) et l'augmentation des suicides parmi les Taïwanais de cette même catégorie d'âge (Chen, Y.-Y., *et al.*, 2021) constituent des signaux d'alerte inquiétants. Par ailleurs, des études longitudinales menées au sein de sous-populations spécifiques à haut risque, comme les personnes âgées en institution, manquent encore pour mesurer les conséquences de l'isolement extrême subi dans le cadre des différents confinements (Trabucchi, *et al.*, 2020).

Les résultats relatifs à la situation des personnes qui souffraient déjà de troubles mentaux avant la pandémie sont quant à eux plus contrastés, voire contradictoires. Certaines études font état d'une détérioration de leur santé mentale durant la phase initiale de la crise sanitaire (Czeisler, *et al.*, 2020 ; Daly et Robinson 2021 ; O'Connor, *et al.*, 2020 ; Pierce, *et al.*, 2020 et 2021, Varga, *et al.*, 2021), tandis que d'autres révèlent une relative stabilité des symptômes (Pinkham, *et al.*, 2020 ; Robinson, *et al.*, 2022). Ainsi, Daisy Fancourt et ses collègues ont souligné que, si les participants aux enquêtes ayant des antécédents de troubles mentaux ont signalé des niveaux d'anxiété, de dépression et de solitude plus élevés que le reste de la population générale, « rien ne permet de penser que cet écart a changé » avec le déclenchement de la crise sanitaire (Fancourt, *et al.*, 2021). Cela suggérerait, selon les auteurs, que le fait d'avoir des antécédents de troubles mentaux « ne prédispose pas nécessairement les individus à des niveaux plus élevés de réactivité émotionnelle », peut-être en raison de l'utilisation de « stratégies d'adaptation » – déjà connues et établies – face au stress. De même, une étude longitudinale de trois cohortes cas-témoins²⁰ néerlandaises, menée en avril-mai 2020, a montré que les participants touchés par des troubles dépressifs, anxieux ou obsessionnels-compulsifs n'ont pas connu une augmentation de leurs symptômes pendant la phase initiale de la pandémie, même si la gravité de ces troubles est restée plus élevée que chez les personnes sans antécédent (Pan, *et al.*,

20. Les études cas-témoins sont utilisées pour mettre en évidence des facteurs qui peuvent contribuer à l'apparition d'une maladie en comparant des sujets qui ont cette maladie (les cas) avec des sujets qui n'ont pas la maladie mais qui sont similaires par ailleurs (les témoins).

2021). Les résultats discordants relatifs aux personnes concernées par un trouble mental diagnostiqué avant la crise sanitaire tiennent probablement, en partie, au fait que ces dernières sont indistinctement regroupées dans les études (Robinson, *et al.*, 2022), malgré des évolutions possiblement dissemblables d'une psychopathologie à l'autre. Dans leur examen critique de la littérature sur le sujet, Mirko Manchia et ses collègues estiment à cet égard que la pandémie semble avoir affecté négativement les personnes souffrant déjà de certaines maladies psychiatriques comme le stress post-traumatique ou la schizophrénie, tandis qu'elle ne paraît pas avoir davantage augmenté la gravité des symptômes chez les adultes déjà atteints de troubles dépressifs et anxieux (Manchia, *et al.*, 2022).

Enfin, les personnes qui ont subi une infection au SARS-Cov-2 constituent également une population identifiée, dans de nombreuses études, comme particulièrement concernée par la persistance d'une santé mentale dégradée (Pierce, *et al.*, 2021 ; voir aussi Chan-Chee, *et al.*, 2020 ; Chandola, *et al.*, 2020 ; Deng, *et al.*, 2021 ; Li et Wang, 2020 ; Manchia, *et al.*, 2021). On sait en outre, à partir d'études sur des épidémies antérieures, que divers symptômes neuropsychiatriques – tels que l'encéphalopathie, les changements d'humeur ou la psychose – peuvent accompagner ou faire suite à une infection virale aiguë durant des semaines, voire des mois, chez les patients guéris (Troyer, *et al.*, 2020). Ce phénomène a récemment été mis en exergue par Maxime Taquet et ses collègues concernant le SARS-CoV-2, au terme d'un examen des données obtenues à partir d'un vaste réseau de dossiers médicaux électroniques. Les auteurs ont en effet montré, d'une part, qu'un premier diagnostic psychiatrique était plus fréquent chez les anciens malades du Covid-19, dans les semaines postérieures à l'infection, que chez les individus ayant été atteints d'autres maladies aiguës, et, d'autre part, qu'environ un tiers de ces anciens malades du Covid-19 présentaient un trouble neurologique ou psychiatrique. Cette incidence est nettement plus élevée chez les patients ayant été hospitalisés et, de façon plus marquée encore, parmi ceux admis dans une unité de soins intensifs ou ayant développé une encéphalopathie (Taquet, *et al.*, 2021). Jonathan P. Rogers et Anthony S. David, auteurs par ailleurs d'une revue systématique sur les consultations psychiatriques et neuropsychiatriques associées aux infections graves à coronavirus (Rogers, *et al.*, 2020), ont cependant été conduits à nuancer ces premiers constats alarmistes (Rogers et David, 2021). En effet, ils ont souligné les biais de sélection inhérents à l'utilisation de données cliniques massives : condition mentale antérieure inconnue du prestataire de soins de santé, sous-représentation des individus concernés par une maladie légère ou asymptomatique, etc.

Parce que la vision globale d'une amélioration de la santé mentale tend à dissimuler la disparité des expériences vécues par les personnes au fur et à mesure de la progression de la pandémie, il semble finalement essentiel de raisonner en matière de trajectoires, comme le suggèrent Matthias Pierce et ses collègues (Pierce, *et al.*, 2021). Ces derniers ont ainsi mis en évidence l'existence de cinq parcours de santé mentale distincts chez les participants. Environ les trois quarts d'entre eux ont eu une bonne (39 %) ou une très bonne (37 %) santé mentale durant les six premiers mois de la pandémie : les hommes, les personnes

de 45 ans ou plus, celles vivant en couple et résidant dans des quartiers aisés. Un petit groupe « en voie de rétablissement » (12 %) a vu sa santé mentale se dégrader à la suite du déclenchement de la crise sanitaire, puis revenir rapidement à des niveaux proches de la situation pré-pandémique : particulièrement, les femmes et les personnes vivant avec des enfants. Enfin, une autre minorité (11 %) a fait état d'une expérience bien différente, avec une santé mentale très mauvaise ou en constante détérioration : les personnes vivant dans des quartiers défavorisés, se protégeant pour des raisons de santé ou ayant rapporté une pathologie mentale préexistante, notamment. Parmi ces derniers, 4 % ont souffert, en début de pandémie, d'une détérioration de leur santé mentale, qui s'est maintenue ensuite avec des scores très élevés. *A contrario*, 7 % ont connu une faible dégradation de leur santé mentale en début de crise, avec un déclin régulier au fil du temps. Au terme de la période d'observation, en octobre 2020, ces deux sous-groupes présentaient au final nettement plus de symptômes qu'avant la pandémie. Enfin, les auteurs ont également observé que l'infection confirmée ou suspectée par le SARS-CoV-2, combinée à des difficultés financières, permettait de prédire une détérioration ultérieure de la santé mentale.

Ces constatations entrent en résonance avec les résultats d'une autre étude britannique cherchant également à rendre compte des « trajectoires des symptômes de dépression et d'anxiété » de mars à juillet 2020. D'après cette étude, et en dépit d'un rétablissement général de leur santé mentale, les personnes jeunes avec des revenus plus faibles ou déjà diagnostiquées pour des troubles mentaux étaient susceptibles de présenter des niveaux de symptômes dépressifs plus élevés au début de la pandémie, et en augmentation régulière pendant le confinement et après son assouplissement (Saunders, *et al.*, 2021). Toujours au Royaume-Uni, Tarani Chandola et ses collègues ont également observé que la solitude, d'une part, et l'insécurité financière, d'autre part, constituent des déterminants majeurs de dégradation de la santé mentale susceptibles de persister bien après que l'influence d'autres facteurs de stress se soit estompée, et ce, une fois passé le choc initial de l'apparition de la pandémie, puis la levée des mesures de restriction (Chandola, *et al.*, 2020). En France, des observations analogues révèlent que les demandes de soins faites aux médecins généralistes pour stress et troubles anxieux ou dépressifs étaient nettement plus soutenues à la fin de l'année 2020 qu'antérieurement à la crise sanitaire, ce qui accentue une tendance déjà présente au printemps 2020 (Bergeat, *et al.*, 2021). Les résultats de la deuxième vague de l'enquête EpiCov concordent aussi avec les analyses effectuées dans le contexte britannique. Ils mettent en avant une diminution globale des syndromes dépressifs entre mai et novembre 2020 (passés de 13,5 % à 11 %, soit à un niveau équivalent à celui mesuré en 2019), essentiellement portée par la réduction des syndromes dépressifs mineurs. En effet, les auteurs ont montré que les syndromes dépressifs majeurs n'ont aucunement régressé chez certaines populations vulnérables, particulièrement chez les jeunes adultes, les personnes handicapées, celles rencontrant des difficultés financières ou étant confrontées à une situation économique dégradée par la crise sanitaire, et celles ayant déclaré des symptômes évocateurs du Covid-19 (Hazo, *et al.*, 2021b).

2.3. Une convergence de facteurs de risque exacerbant les inégalités préexistantes

Le nombre de décès consécutifs à la pandémie de Covid-19 constitue une tragédie collective internationale, qui s'est exacerbée avec l'adoption des mesures de distanciation et de confinement et qui a considérablement modifié le tissu social. Il en a résulté « une perturbation de l'emploi, des finances, de l'éducation, des soins de santé, de la sécurité alimentaire, des transports, des loisirs, des pratiques culturelles et religieuses, et de la capacité des réseaux de soutien personnel et des communautés à se réunir » (Simon, et al., 2020). Dans ces circonstances, il existe une constellation de facteurs d'ordre individuel, familial, communautaire et sociétal, pouvant contribuer à l'augmentation de la détresse et à la dégradation de la santé mentale (Daly, Z, et al., 2021 ; Lindert, et al., 2021), bien qu'identifier avec précision la contribution de chacun d'entre eux soit impossible (Fountoulakis, et al., 2022). Certains de ces facteurs sont proprement liés à la pandémie (par exemple, la peur du virus, une incertitude généralisée, un deuil compliqué), d'autres résultent des mesures sanitaires mises en œuvre pour lutter contre le virus et de leur retentissement social (par exemple, l'isolement social, les conflits intrafamiliaux, la perturbation des routines et du rapport au travail), ou de leur retentissement dans la sphère économique (par exemple, la perte d'emploi ou les difficultés financières). Tout porte à croire que les pays à faible revenu subiront de manière démesurée les conséquences de cette crise sanitaire (Kola, et al., 2021), bien que nous ne disposions pas encore des études permettant d'en évaluer l'ampleur. Comme lors de précédentes catastrophes, *a fortiori* mondiales, l'impact de la pandémie sur la santé mentale n'est aucunement uniforme, puisqu'il s'exerce avant tout sur les personnes présentant des vulnérabilités préexistantes (Lindert, et al., 2020) sur lesquelles elles n'ont pas de prise (par exemple, des antécédents physiques et somatiques, des problèmes de logement, ou une condition socio-économique défavorable) [Franck et Zante, 2021]. Par ailleurs, le terme d'une épidémie virale ayant la particularité d'être indéterminé, cela entretient un climat d'insécurité permanent au fur et à mesure des vagues qui bouleversent le quotidien et ne laissent que rarement entrevoir la possibilité d'une fin. En conséquence, les effets négatifs de la crise sanitaire évoluent dans le temps et diffèrent selon les pays, les régions et les sous-populations. En outre les facteurs impactant la santé mentale sont eux-mêmes susceptibles de revêtir une importance variable et affectent différemment les trajectoires de santé mentale des individus.

Un isolement et un sentiment de solitude délétères, malgré une cohésion sociale renforcée

Les premières mesures adoptées pour contenir la propagation du virus, notamment les confinements particulièrement stricts ordonnés dans de nombreux États entre mars et juin 2020, ont entraîné une restriction du temps passé à l'extérieur du domicile, une réduction des possibilités de partage d'expériences, et par conséquent un accroissement de l'isolement social et du sentiment de solitude. Ce sentiment, éminemment subjectif,

procède de la perception d'un écart entre les liens sociaux souhaités et la qualité perçue de ces relations (Luchetti, *et al.*, 2021). De nombreuses études montrent que la solitude est souvent corrélée à un déclin de la santé mentale (Bu, *et al.*, 2020 ; Chandola, *et al.*, 2020 ; González-Sanguino, *et al.*, 2020 ; Gratz, *et al.*, 2020 ; McGinty, *et al.*, 2020), son « lien intime » avec la dépression ayant été largement établi (Ayuso-Mateos, *et al.*, 2021). C'est pourquoi elle constitue l'un des facteurs de risque importants du comportement suicidaire (Allan, *et al.*, 2021 ; Elbogen, *et al.*, 2021 ; Paul et Faucourt, 2021 ; Wasserman, *et al.*, 2020). À l'échelle collective, le degré de sévérité de la distanciation imposée par les autorités paraît avoir joué un rôle prééminent dans le déclin de la santé mentale des populations (Both, *et al.*, 2021 ; Santomauro, *et al.*, 2021). À l'échelle individuelle, les personnes présentant des affections physiques les ayant exposées à un risque important de complications liées au Covid-19 peuvent avoir pris des précautions supplémentaires les ayant conduit à s'isoler davantage, et ainsi avoir présenté des niveaux de solitude accrus (Luchetti, *et al.*, 2021). Par ailleurs, l'impact psychologique délétère des mesures de confinement procède aussi fortement de l'imposition d'une restriction de liberté. C'est la raison pour laquelle, alors que la réduction des contacts sociaux contribue souvent à une exacerbation de la solitude et à une diminution du sentiment d'appartenance, l'expérience de la quarantaine volontaire – par exemple, consécutive au choix d'effectuer un voyage ou dans l'anticipation d'un événement nécessitant l'assurance d'une absence de contamination – semble avoir entraîné moins d'effets négatifs que le confinement imposé (Brooks, *et al.*, 2020 ; Daly, Z., *et al.*, 2021). L'expérience passée d'événements similaires montre cependant que le vécu partagé d'une adversité commune peut entraîner une plus grande solidarité et renforcer les liens structurants (Radeloff, *et al.*, 2021 ; Reger, *et al.*, 2020 ; Sheffler, *et al.*, 2021). En conséquence, dans ce type de contexte, certains individus qui se sentent, en temps habituel, exclus ou délaissés par leur entourage peuvent recevoir un soutien social plus important. Ainsi la phase initiale de la pandémie a-t-elle souvent donné lieu à un renforcement des liens sociaux ou à de l'entraide (Zortea, *et al.*, 2020). Cette plus grande cohésion sociale s'est également exprimée dans « la préoccupation publique pour les groupes à risque et la question de savoir comment maintenir l'inclusion sociale malgré l'impératif de la distance physique » [traduction libre] (Radeloff, *et al.*, 2021). À cette première étape, qualifiée de « lune de miel » par certains (Zortea, *et al.*, 2020), semble ensuite avoir succédé une phase de désillusion (Appleby, 2021) durant laquelle le sentiment d'une communauté de destin s'est affaibli, tout comme la fierté de participer au respect mutuel des règles sanitaires (Mengin, *et al.*, 2021). Dans le même temps, la déception face au constat d'un retour impossible à une « vie normale » s'est progressivement installée (Lindert, *et al.*, 2021), n'offrant ainsi plus d'effet protecteur aux personnes vulnérables.

Des difficultés relationnelles intrafamiliales et un risque de violence accrus

Les mesures de confinement ont eu comme autre conséquence immédiate, pour une large partie de la population, l'augmentation considérable du temps passé auprès du conjoint et des enfants. Or l'environnement familial, ainsi que les responsabilités éducatives auxquelles

il donne lieu, peut agir alternativement comme un facteur de risque ou de protection pour la santé mentale²¹ (Fountoulakis, *et al.*, 2021). Ainsi, une augmentation de l'anxiété, de la dépression et du stress a été constatée chez les parents au cours de la phase aiguë de la crise sanitaire (Brown, *et al.*, 2020 ; Russell, *et al.*, 2020 ; Spinelli, *et al.*, 2020), dans un contexte où nombre d'entre eux ont été contraints, d'une part, à assurer le soin aux enfants et l'enseignement à domicile et, d'autre part, à répondre à leurs obligations professionnelles et domestiques (Creswell, *et al.*, 2021). Les conditions de logement défavorables – surface réduite, insalubrité, rapports de voisinage conflictuels, absence d'extérieur, par exemple – ont aussi fortement altéré le bien-être durant les différents confinements (Franck et Zante, 2021 ; Gandré, *et al.*, 2020), en contribuant à la dégradation des relations intrafamiliales (Both, *et al.*, 2021). L'accumulation des facteurs de stress, le bouleversement des rythmes de vie et la promiscuité imposée ont souvent provoqué des tensions au sein du couple parental, et parfois un accroissement des violences dans les foyers instables (Allé, *et al.*, 2020 ; Both, *et al.*, 2021). Dans le même temps, la plupart des facteurs de risque habituellement associés aux violences intrafamiliales ont été redoublés dans le contexte pandémique : isolement social, difficultés d'accès aux services sociaux, augmentation de la consommation de substances addictives, par exemple (Mengin, *et al.*, 2020). En Autriche, la hausse des violences domestiques pendant les premiers mois de la pandémie a ainsi coïncidé avec les périodes de confinement (Niederkrotenthaler, *et al.*, 2022). Pour autant, l'accroissement du temps passé au domicile a également favorisé l'amélioration des relations intrafamiliales pour certains, en offrant la possibilité de partager des activités et d'entretenir une communication de meilleure qualité (Wasserman, *et al.*, 2020). Lorsque les individus ont bénéficié d'une réduction de leur temps de travail ou d'une mise au chômage partiel transitoire, ce recentrage sur la vie de famille a parfois, en outre, occasionné une réduction des facteurs de stress relatifs à la vie professionnelle par rapport à l'avant crise sanitaire (Pirkis, *et al.*, 2021 ; Vadoros, *et al.*, 2020).

Un remaniement des repères quotidiens et un éloignement du travail générateurs d'émotions négatives

Si la mise à distance des contraintes afférentes à l'activité professionnelle a joué un rôle protecteur chez certaines personnes confinées (Conejero, *et al.*, 2020 ; Pompili, *et al.*, 2022), le bouleversement de la routine quotidienne et la réduction des interactions avec autrui ont souvent suscité une perte de repères (Brooks, *et al.*, 2020). La déstructuration des rythmes habituels (changement des heures de repas ou de sommeil, par exemple) a favorisé, en conjonction avec le caractère anxiogène de la situation sanitaire, une prévalence élevée des troubles du sommeil (Almoradi, *et al.*, 2021) pouvant être associée à l'apparition et la chronicité de troubles mentaux (Wang, D., *et al.*, 2021). La réduction ou la suspension de l'activité professionnelle, génératrice d'expériences sociales gratifiantes, ainsi que la limitation de la vie personnelle à la gestion des tâches domestiques ont pu favoriser l'apparition de sentiments d'ennui, d'insatisfaction, de frustration et de colère (Mengin, *et al.*, 2020). Ces

21. Pour des développements supplémentaires spécifiquement consacrés aux enfants, voir la partie 4.

sentiments ont été vécus plus douloureusement encore lorsqu'associés à une insécurité financière (fin de contrat, chômage technique, par exemple) [Gandré, *et al.*, 2020]. Le statut professionnel semble ainsi avoir été déterminant dans la manière dont les individus ont été affectés par l'expérience du confinement. Durant la phase initiale de la crise sanitaire, les personnes au chômage ou en invalidité ont notamment rapporté un niveau de bien-être nettement inférieur à celui des professionnels de santé. Ces derniers ont en effet pu nourrir un sentiment d'utilité personnelle (parfois partagé par les travailleurs de première ligne), qui a joué un rôle protecteur en dépit d'une forte exposition au virus (Franck et Zante, 2021 ; Haesebaert, *et al.*, 2020).

Enfin, pour les personnes les plus éloignées de l'emploi et évoluant dans des situations d'extrême pauvreté, comme les « marginaux, SDF, vagabonds et zonards en tout genre, habitants de squats comme de campements », la pandémie a engendré de nombreux bouleversements provoquant, entre autres, une « immense anxiété » (Reboul, 2021). Outre « la gageure » que représente l'obligation de se confiner lorsque l'on est sans domicile, les mesures de distanciation ont en effet entraîné, pour ces populations, une série de conséquences néfastes allant bien au-delà de la seule insécurité alimentaire. Parmi elles, on peut citer : la perte de repères liée à l'impossibilité de maintenir un parcours quotidien souvent très stéréotypé ; la destruction des liens que permettaient les espaces d'accueil de jour (convivialité des regroupements, accès à une prise de courant pour recharger un téléphone portable, par exemple) ; la privation d'une hygiène élémentaire (privation d'accès aux toilettes, à des douches, ou à des points d'eau pour laver ses vêtements), due à la fermeture des associations, des services publics ou d'établissements privés bienveillants ; l'impossibilité, enfin, de « satisfaire ses addictions » en l'absence des ressources habituellement acquises par la manche, qui a provoqué des « décompensations diverses » (Reboul, 2021). Aux États-Unis, deux enquêtes ont aussi souligné la prévalence très élevée des symptômes de dépression et d'anxiété durant les premiers mois de la pandémie ainsi que les difficultés à accéder à des soins de santé mentale ou physique non liés au Covid-19 pour les femmes sans domicile fixe de San Francisco (Riley, *et al.*, 2021) et les communautés d'immigrés vivant sous le seuil de pauvreté à New York (Rothman, *et al.*, 2020).

Une augmentation prononcée de l'insécurité financière

Sans avoir eu à connaître un tel degré de dénuement, les personnes sans emploi ou confrontées à des difficultés financières constituent, selon de nombreux auteurs, l'un des segments de la population les plus touchés par la crise sanitaire (Chandola, *et al.*, 2020 ; Gandré, *et al.*, 2020 ; Hazo, *et al.*, 2021b ; Pierce, *et al.*, 2021 ; Saunders, *et al.*, 2021). Cela n'est pas surprenant, si l'on considère les effets généralement mortifères de la précarité et des pertes de revenus sur la santé mentale (Santomauro, *et al.*, 2021). Les liens entre les récessions économiques, le chômage à grande échelle et l'augmentation des taux de suicide sont d'ailleurs clairement établis de longue date (Paul et Fancourt, 2021 ; McIntyre, *et al.*, 2021). En l'absence de mesures gouvernementales de soutien, la pandémie a ainsi engendré

des répercussions économiques à de multiples niveaux, provoquant par exemple la faillite d'entreprises ou l'impossibilité de maintenir une activité professionnelle en raison de la fermeture des établissements scolaires. Ces répercussions ont menacé les familles concernées dans leur capacité à subvenir à leurs besoins alimentaires ou de logement (du fait du risque de non-paiement des loyers ou de non-remboursement des prêts immobiliers) [Both, *et al.*, 2021]. Hors tout contexte pandémique, le fait de disposer de ressources limitées constitue déjà en soi un facteur de stress majeur pour les individus, associé à un risque accru de symptômes dépressifs (Ettman, *et al.*, 2021). Le cumul des situations de perte d'emploi, d'insécurité financière et de baisse de confiance en l'avenir subi pendant la crise sanitaire est ainsi d'autant plus préoccupant que ses effets sont susceptibles de se répercuter bien au-delà de la succession des périodes de confinements et d'assouplissements mises en place pour faire face à la pandémie (Paul et Fancourt, 2021).

Peur de la contamination, incertitude quant au lendemain et deuil compliqué : les effets psychologiques négatifs du risque infectieux

Outre les facteurs de risque dus aux restrictions sociales et à leurs conséquences économiques, la menace infectieuse a suscité une peur et un stress intenses dans la phase initiale de la pandémie, affectant négativement la santé mentale des populations (Franck et Zante, 2021 ; Muyor-Rodríguez, *et al.*, 2021 ; Pera, 2020). Les mesures de confinement ont pu atténuer ces sentiments de détresse. En effet, cet isolement physique imposé a pu réduire, chez certaines personnes, le sentiment de vulnérabilité suscité par le Covid-19 (Gandré, *et al.*, 2020) et jouer ainsi un rôle protecteur, qui a contribué à une diminution rapide des niveaux d'anxiété (Chan-Chee, *et al.*, 2020). Au contraire, parce que le confinement modifie considérablement la vie des individus en devenant une « manifestation concrète de la menace épidémique », celui-ci a pu exacerber les troubles anxieux, voire favoriser l'émergence de symptômes de stress post-traumatique (Mengin, *et al.*, 2020). C'est également le cas de la surconsommation d'informations, seules fenêtres sur les événements extérieurs, agissant comme un rappel constant d'une omniprésence de la mort, notamment à travers le décompte quotidien des décès et du nombre de personnes placées en réanimation (Allé, *et al.*, 2020 ; Mengin, *et al.*, 2020). Les épidémies constituent par ailleurs, d'un point de vue psychologique, des expériences associées à l'incertitude et à la perte de contrôle, toutes deux sources de stress et de détresse émotionnelle (Shanahan, *et al.*, 2020). De la même manière, la prolongation à durée indéterminée de la crise sanitaire a rendu toute projection difficile en imposant de vivre dans l'instant (Peyrat-Apicella et Gautier, 2020). Enfin, en cas de décès d'un proche, la pandémie a fortement perturbé le deuil des familles, car les restrictions sanitaires et sociales ont souvent empêché la tenue des rituels culturellement institués (Rousseau et Miconi, 2020). Lorsque ce décès a résulté des complications d'une infection au Covid-19, les circonstances particulières de la perte du défunt – admis en soins intensifs, puis isolé de son entourage jusqu'à sa mort – ont pu revêtir un caractère extrêmement traumatisant, susceptible de générer un deuil compliqué (Gesi, *et al.*, 2020).

3. Effets spécifiques de la pandémie chez les étudiants et les jeunes adultes

3.1. Les conduites suicidaires durant les premiers mois de la pandémie : une vulnérabilité accrue, en particulier chez les plus jeunes

Dans la plupart des pays à revenu élevé, le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les personnes âgées de 15 à 25 ans. En outre, d'après une méta-analyse récente, réalisée dans le contexte pré-pandémique, la prévalence globale des idées suicidaires au cours de la vie est de 22,3 % parmi les étudiants, celle des projets suicidaires est de 6,1 %, et celle des tentatives de suicide est de 3,2 % (Mortier, *et al.*, 2018). Bien qu'ils soient moins directement concernés par les risques sanitaires associés à l'infection par le SARS-CoV-2, les jeunes adultes paraissent donc particulièrement exposés aux effets préjudiciables de la crise sanitaire sur la santé mentale.

Il existe peu d'études spécifiquement consacrées à l'évolution des taux de suicide chez les étudiants et les jeunes adultes après l'irruption du Covid-19. Pour autant, à l'instar de la population générale, il ne semble pas y avoir eu d'augmentation de la mortalité par suicide durant les premiers mois de la pandémie (par rapport aux niveaux attendus sur la base de la période pré-pandémique) dans la plupart des pays à revenu élevé et à revenu intermédiaire supérieur. Ainsi, aux États-Unis, le taux de suicide chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans est resté stable entre le troisième trimestre de 2019 et le troisième trimestre de 2020 selon les données des CDC (Yard, *et al.*, 2021). Le Japon, cependant, paraît faire exception, puisque des données provisoires obtenues auprès des services administratifs universitaires ont révélé un accroissement des taux de mortalité par suicide chez les étudiants de premier cycle par rapport à la moyenne des cinq années universitaires précédentes (Fuse-Nagase, *et al.*, 2021 ; Marutani, *et al.*, 2021). Une analyse des statistiques mensuelles nationales pour la période de janvier 2017 à octobre 2020 révèle en outre que les suicides d'étudiants ont non seulement commencé à augmenter en juin 2020, mais qu'ils ont aussi presque doublé en août 2020 (46 suicides) et septembre 2020 (51 suicides) par rapport à la moyenne des mêmes mois entre 2017 et 2019 (24 suicides) [Ueda, *et al.*, 2021]. Il en est de même dans une étude plus récente (Eguchi, *et al.*, 2021), dont les résultats stratifiés montrent un nombre excédentaire de décès par suicide chez les hommes âgés de 20 à 29 ans de juillet à novembre 2020. Toujours dans le contexte asiatique, une tendance à la hausse est aussi observable à Taïwan chez les moins de 25 ans de janvier 2020 à décembre 2020, sans que celle-ci puisse être directement imputée à la crise sanitaire, les taux de suicide ayant commencé à augmenter avant la pandémie parmi cette classe d'âge (Chen, Y.-Y., *et al.*, 2021).

Les rares données disponibles sur les comportements autoagressifs et les tentatives de suicide chez les jeunes adultes font état – en correspondance avec ce qui a été constaté en population générale – d'une diminution des consultations hospitalières dans la phase

initiale de la pandémie. Il en est ainsi en France (Jollant, *et al.*, 2021), mais également aux États-Unis, avec une baisse de 16,8 %, par rapport à la période correspondante en 2019, des visites aux urgences pour tentative de suicide présumée parmi les femmes et les hommes âgés de 18 à 25 ans, entre le 29 mars et le 25 avril 2020, c'est-à-dire dans les semaines qui ont suivi la déclaration de la pandémie de Covid-19 comme urgence nationale (Yard, *et al.*, 2021). En ce qui concerne les comportements suicidaires rapportés, une étude longitudinale suisse, comportant quatre évaluations réalisées auprès de jeunes adultes âgés en moyenne de 22 ans, n'a relevé aucune augmentation dans la prévalence d'autoagression entre avril 2020 (durant le premier confinement national) et septembre 2020 (Steinhoff, *et al.*, 2021). En revanche, dans le contexte américain, une enquête a montré que les prévalences de tentatives de suicide, d'idées et des projets suicidaires rapportées au cours de l'année écoulée étaient plus élevées durant le dernier trimestre 2020 parmi les étudiants ayant déclaré des symptômes de Covid-19 (avec ou sans diagnostic), en particulier parmi ceux dont la gravité des symptômes avait été la plus importante et avait nécessité une hospitalisation (DeVylder, *et al.*, 2020).

La plupart des travaux internationaux analysant les conduites suicidaires chez les jeunes adultes et les étudiants se sont surtout concentrés sur la prévalence des idées suicidaires, et sur son lien avec la crise sanitaire. À l'instar des études menées en population générale, les résultats obtenus à ce propos se révèlent assez disparates. Dans une enquête en ligne réalisée en Grèce durant la phase initiale de la pandémie, Chrysi K. Kaparounaki et ses collègues ont rapporté, parmi un échantillon de 1 000 étudiants, un niveau de pensées morbides notable pendant les premiers jours du confinement (Kaparounaki, *et al.*, 2020). En France, l'étude transversale répétée en milieu universitaire intitulée Conséquences du contexte pandémique sur la santé mentale des étudiants (Cosame), débutée en avril 2020 auprès de 69 054 étudiants répartis sur l'ensemble du territoire, fait état d'une prévalence des idées suicidaires autodéclarées de 11,4 % au cours du mois précédant l'interrogation des participants, alors qu'elle était de 8 % sur une période de douze mois dans une enquête nationale antérieure à la pandémie de Covid-19) [Wathelet, *et al.*, 2020]. Cette prévalence était par ailleurs de 14,9 % parmi les étudiants inscrits à l'université de Lorraine interrogés fin avril 2020 via un questionnaire en ligne (Essadek et Rabeyron, 2020). Toujours dans le contexte français, l'étude de cohorte prospective Confins, initiée en mars 2020 auprès d'un échantillon composé d'étudiants et de non-étudiants recrutés à la même période, a montré que les premiers présentaient plus fréquemment des pensées suicidaires pendant la semaine précédant leur interrogation que les seconds (11,7 % contre 7,6 %) [Arsandaux, *et al.*, 2021]. La poursuite de Confins à travers deux autres périodes de recrutement jusqu'en janvier 2021 a permis de confirmer cet écart (12,7 % contre 7,9 %, dans l'ensemble de l'échantillon) [Macalli, *et al.*, 2021]. En Allemagne, une étude transversale renouvelée, menée auprès d'étudiants inscrits en deuxième année universitaire, a mis en évidence un taux de participants ayant souffert d'idées suicidaires au cours de l'année écoulée deux fois plus élevé en 2020 que celui des quatre années précédentes (Brailovskaia, *et al.*, 2021). Par ailleurs, d'après une enquête en ligne menée auprès des 3 882 étudiants de l'université de

Leipzig, 14,5 % des participants ont souffert de pensées morbides plusieurs jours d'affilée au cours des deux semaines précédant leur interrogation (Kohls, *et al.*, 2021). Enfin, dans une enquête en trois vagues réalisée au Royaume-Uni de mars à mai 2020 auprès d'un échantillon non probabiliste²² d'adultes, le taux d'idéation suicidaire durant la semaine précédant l'interrogation se situait entre 12,5 % et 14,4 % parmi les participants âgés de 18 à 29 ans. Ce taux est non seulement supérieur à celui de l'année précédente, rapporté dans une étude antérieure identique pour la même classe d'âge (11 %), mais il a aussi augmenté durant les premières semaines de confinement pour atteindre 14 % en mai 2020, ce qui représente un jeune adulte sur sept (O'Connor, *et al.*, 2020).

Une évolution inverse a été identifiée à partir de l'*Inventory of Suicide Orientation*²³ (ISO-30) dans une étude en ligne réalisée auprès de 1 202 étudiants argentins au cours du deuxième trimestre de 2020, le taux d'étudiants à risque suicidaire modéré ou élevé passant de 62,2 % à 57,7 % en un mois. Bien que les antécédents de comportement suicidaire soient significativement associés à un risque suicidaire plus élevé dans l'ensemble de l'échantillon, ces résultats indiquent aussi un effet significatif de la crise sanitaire sur les étudiants qui ne présentaient pas de vulnérabilité préexistante, une fois pris en compte l'âge, le sexe, la durée d'isolement vécu ainsi qu'un certain nombre de traits psychologiques. En Amérique du Nord, plusieurs études ont aussi tenté d'évaluer l'importance des pensées morbides chez les jeunes adultes lors des premiers mois de la pandémie, mais les données obtenues sont particulièrement contrastées. En effet, dans l'État du Texas, Xiaomai Wang et ses collègues ont rapporté une prévalence des idées suicidaires de 18 % parmi un échantillon de 2 031 étudiants universitaires, au cours des deux semaines précédant leur interrogation en mai 2020 (Wang, X., *et al.*, 2020). Parallèlement, une enquête par entretien menée en avril 2020 dans le même État a montré que 8 % des étudiants interrogés ont déclaré avoir eu des pensées suicidaires associées à la pandémie (Son, *et al.*, 2020). *A contrario*, dans une étude réalisée à l'automne 2020 auprès d'étudiants en psychologie d'une université du Midwest, aucun accroissement des idées suicidaires n'a été identifié comparativement aux données obtenues à l'automne 2013 et à l'automne 2014, sauf parmi les étudiants issus de minorités sexuelles. Ainsi, les taux d'idéation suicidaire étaient, pour ces minorités, deux fois plus élevés que ceux de leurs pairs hétérosexuels au cours de l'année précédant leur interrogation. Ils étaient également plus élevés que ceux rapportés, dans d'autres enquêtes menées de 2015 à 2018, chez des étudiants universitaires issus de minorités sexuelles (Gratz, *et al.*, 2021). Enfin, hors contexte universitaire, une enquête transversale en ligne a montré qu'en juin 2020, 25,5 % des répondants âgés de 18 à 24 ans ont déclaré avoir sérieusement envisagé le suicide au cours des trente jours précédant leur interrogation, soit un taux nettement plus élevé que les 10 % relevés pour l'ensemble des participants (Czeisler, *et al.*, 2020).

22. Un échantillon non probabiliste ne repose pas sur une sélection aléatoire des personnes à enquêter. Il n'est par conséquent pas nécessairement représentatif de la population étudiée.

23. L'*Inventory of Suicide Orientation* (ISO-30) est conçu pour évaluer cinq dimensions des facteurs de risque liés au suicide : le désespoir, les idées de suicide, une faible estime de soi, l'incapacité à faire face aux émotions, ainsi que l'isolement social et le retrait (Osman, 2005).

En Asie, quelques études évaluant l'importance des pensées morbides chez les étudiants chinois présentent des niveaux d'idéation suicidaire globalement moins élevés que ceux observés sur le continent européen ou américain : 1,9 % parmi 11 254 participants recrutés dans des universités de Wuhan (Xu, *et al.*, 2021), 5,4 % parmi 2 700 étudiants du *Higher Vocational College* de Wuhu (Chen, Y., *et al.*, 2021), et 7,6 % parmi 67 905 étudiants de la province du Guangdong (Wang, D., *et al.*, 2021). Cela transparait également dans les résultats d'une enquête transversale menée au Japon, qui fait état d'un taux d'idées suicidaires de 6,7 % auprès d'étudiants universitaires de la préfecture d'Akita (Nomura, K., *et al.*, 2021).

Outre la diversité des outils de mesure utilisés et les biais méthodologiques déjà évoqués, de nombreuses dimensions peuvent expliquer la variation importante des niveaux de pensées morbides rapportés. En effet, si l'impact psychosocial de la pandémie peut fluctuer selon les contextes nationaux (Pramukti, *et al.*, 2020), il est également fonction, s'agissant des étudiants, de l'organisation de l'enseignement supérieur et de la nature du cursus suivi, des modalités d'enseignement à distance et des pratiques d'évaluation. Ainsi, en Allemagne, Elisabeth Kohls et ses collègues ont constaté que le niveau des idées suicidaires variait significativement, au sein d'une université donnée, pour les étudiants de différentes facultés (Kohls, *et al.*, 2021). Par ailleurs, l'inscription de l'enquête dans la temporalité de la crise sanitaire (avec des phases variables de confinement d'un territoire à l'autre) constitue un autre facteur susceptible de conditionner les données obtenues. En effet, la plupart des études susmentionnées ont été réalisées au cours des premières semaines de la pandémie. Ainsi, il n'est pas exclu que certains résultats indiquant des niveaux d'idéation plus faibles traduisent en réalité, plusieurs mois après l'irruption du Covid-19, un retour aux niveaux pré-pandémiques (Gratz, *et al.*, 2021 ; Xu, *et al.*, 2021).

Finalement, malgré la disparité des taux identifiés, ces différents travaux mettent tous en évidence la vulnérabilité particulière des jeunes adultes relativement à la population générale, et présentent l'intérêt de fournir des indications précieuses sur les facteurs de risque associés. Ainsi, dans une enquête répétée menée auprès d'un échantillon de 7 228 étudiants polonais, Agata Debowska et ses collègues ont montré que la fréquence et l'intensité des idées suicidaires étaient significativement plus prononcées chez les étudiants âgés de 18 à 24 ans que chez les étudiants âgés de 25 ans ou plus (Debowska, *et al.*, 2020). De la même manière, Marielle Wathelet et ses collègues ont observé que les étudiants venant de débiter leur cursus universitaire présentaient un risque accru de pensées morbides, tandis que Rory C. O'Connor et ses collègues ont relevé que les adultes les plus jeunes rapportaient les niveaux les plus élevés d'idées suicidaires parmi les différents groupes d'âge (Wathelet, *et al.*, 2020 ; O'Connor, *et al.*, 2020). Plus récemment, l'enquête EpiCov, en France, a démontré que les personnes âgées de 15 à 24 ans ont déclaré plus fréquemment, à caractéristiques égales, des pensées suicidaires que les personnes appartenant aux classes d'âge supérieures. Cette diminution des pensées suicidaires avec l'âge constitue en soi une inversion de tendance importante, puisque dans les Baromètres santé de 2017 et 2010 de Santé publique France, les pensées morbides avaient, au contraire, tendance à augmenter avec l'âge. Ce constat vient corroborer la progression

du mal-être chez les jeunes adultes, d'autant plus qu'elle n'est que partiellement associée à la crise sanitaire (Hazo, *et al.*, 2021b).

3.2. Une hausse conjoncturelle des symptômes dépressifs et d'anxiété, suivie d'un mal-être persistant chez certains jeunes adultes, notamment parmi les femmes

Hors contexte pandémique, les jeunes adultes et les étudiants sont davantage exposés aux troubles psychopathologiques que les individus appartenant aux autres catégories d'âge, et les trois quarts des maladies mentales graves apparaissent avant 25 ans (Arnault, 2021). Un niveau élevé d'anxiété, une faible estime de soi et des symptômes dépressifs sont fréquemment identifiés au sein de cette population, en particulier au cours des premières années universitaires (Arsandaux, *et al.*, 2021). La pression académique, les préoccupations financières et la peur de l'avenir constituent en effet autant de facteurs de stress quotidiens susceptibles de favoriser l'apparition d'une détresse psychologique ou d'un trouble mental chez des individus traversant une phase relativement sensible du point de vue du développement psychosocial (Kohls, *et al.*, 2021 ; McLafferty, *et al.*, 2021). La vulnérabilité particulière des jeunes adultes aux problèmes de santé mentale tient ainsi au fait qu'ils franchissent une étape majeure de leur vie, qui les confronte à de nombreux défis (Pramukti, *et al.*, 2020). À ceci s'ajoutent de fréquentes difficultés économiques et matérielles (Husky, *et al.*, 2020), alors que ces jeunes connaissent souvent une diminution précipitée de l'étayage des adultes et du soutien parental durant cette période de transition (Copeland, *et al.*, 2021).

Études conduites auprès de jeunes adultes

Consécutivement à l'émergence du Covid-19, de nombreuses études ont ainsi examiné les effets de la pandémie sur cette population, qui suscite, compte tenu de sa vulnérabilité préexistante, d'importantes inquiétudes. À l'occasion d'une précédente épidémie n'ayant pourtant donné lieu à aucune mesure de confinement (la grippe équine de 2007, en Australie), les jeunes adultes avaient déclaré les niveaux les plus élevés de détresse. Cette observation avait notamment été attribuée, sans en préciser les raisons, au fait qu'ils soient moins susceptibles que des adultes plus âgés d'être résilients pour faire face à l'adversité (Taylor, *et al.*, 2008). Plus récemment, une étude menée au Canada a mesuré la diversité des impacts psychosociaux de la crise sanitaire selon les groupes d'âge générationnels, à partir de données recueillies en ligne, entre mars et mai 2020, dans un large échantillon de population (El-Gabalawy et Sommer, 2021). Ses résultats ont révélé que la génération la plus jeune (15-34 ans) présentait le taux le plus important d'anxiété cliniquement significative (36 %), et que ce dernier était nettement plus élevé que les niveaux obtenus lors de recherches canadiennes pré-pandémiques utilisant un procédé de recueil et d'évaluation identique. Ces données sont concordantes avec celles de l'enquête *Johns Hopkins (Covid-19 Civic Life and Public Health)*, conduite en population générale aux États-Unis, qui montre

que l'augmentation la plus importante des symptômes de détresse psychologique auto-déclarés en avril 2020, en comparaison des résultats de la *National Health Interview Survey* de 2018, concernait les Américains âgés de 18 à 29 ans (McGinty, *et al.*, 2020). Ces données ont par la suite été corroborées par une analyse des données secondaires de l'*American Trends Panel* de mars 2020, indiquant que, parmi toutes les catégories d'âge, les niveaux les plus élevés de détresse psychologique (anxiété, humeur dépressive, sentiment de solitude, troubles du sommeil et symptômes somatiques) ont été observés chez les jeunes adultes de 18 à 29 ans, particulièrement chez les jeunes femmes (Długosz, *et al.*, 2021). Plus récemment, dans la méta-analyse réalisée par Damian F. Santomauro et ses collègues d'après les résultats d'enquêtes en population générale publiées entre le 1^{er} janvier 2020 et le 29 janvier 2021, qui prennent en compte des données pré-pandémiques comparables, les populations les plus jeunes (19-34 ans), et spécialement les femmes, ont été les plus concernées par l'augmentation des troubles dépressifs majeurs et des troubles anxieux pendant la pandémie, spécifiquement dans les pays les plus durement touchés par la crise (Santomauro, *et al.*, 2021).

Sur le continent européen, dans une enquête en ligne conduite en Belgique, les jeunes adultes âgés de 18 à 30 ans ont déclaré des niveaux d'anxiété, de dépression et d'incertitude supérieurs à ceux des participants plus âgés pendant le confinement (Glowacz et Schmits, 2020). Dans une étude allemande, les jeunes étaient par ailleurs plus susceptibles d'être concernés par des symptômes élevés d'anxiété généralisée, de dépression et de détresse psychologique pendant cette période (Bäuerle, *et al.*, 2020). Au Royaume-Uni, Rory C. O'Connor et ses collègues ont en outre montré que la population des 18-29 ans présentait des niveaux nettement plus importants de symptômes dépressifs que les individus plus âgés (O'Connor, *et al.*, 2020), et Ru Jia et ses collègues ont souligné une augmentation plus fréquente de la morbidité psychologique chez les jeunes adultes au printemps 2020 (Jia, *et al.*, 2020). De la même manière, l'analyse secondaire d'une étude de cohorte longitudinale a révélé que l'augmentation substantielle de la détresse mentale au sein de la population adulte observée en avril 2020 au Royaume-Uni n'a pas touché toutes les classes d'âge de manière uniforme, et qu'elle a été singulièrement prononcée chez les plus jeunes (Pierce, *et al.*, 2020a). S'il est ainsi établi que la santé mentale des jeunes Britanniques, notamment des jeunes femmes, s'est souvent détériorée de façon brutale dans la phase initiale de la pandémie, Michael Pierce et ses collègues ont plus récemment fait état de la surreprésentation de cette tranche d'âge parmi les participants « en voie de rétablissement » en octobre 2020 (Pierce, *et al.*, 2021). Similairement, une enquête en ligne menée auprès de jeunes adultes américains a permis de constater que les taux élevés de dépression et d'anxiété observés en mai 2020 étaient en diminution un mois après (Kujawa, *et al.*, 2020). En France, les données disponibles paraissent en revanche moins rassurantes en ce qui concerne la trajectoire de santé mentale de cette population à l'automne 2020. En effet, les résultats de la première vague de l'enquête EpiCov ont montré une augmentation des symptômes dépressifs plus marquée chez les individus âgés de 15 à 24 ans en mai 2020 (Hazo, *et al.*, 2021a), la deuxième vague de l'enquête montre que les jeunes adultes étaient plus à risque de présenter un mal-être persistant en novembre 2020 (Hazo, *et al.*, 2021b).

Les données récentes d’EpiCov ont par ailleurs permis de mettre en lumière la situation particulièrement inquiétante des jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans puisque, presque douze mois après l’irruption de la pandémie de Covid-19, près d’un quart d’entre elles présentaient des symptômes dépressifs.

Études relatives à la sous-population étudiante

Dans la mesure où les étudiants sont généralement considérés comme un groupe à risque du point de vue de la santé mentale et que l’on assiste, ces dernières années, à une prévalence croissante des troubles psychopathologiques au sein des campus universitaires (Grubic, *et al.*, 2020 ; Hamza, *et al.*, 2021), la plupart des études évaluant l’impact de la crise sanitaire sur les jeunes adultes se sont spécifiquement concentrées sur cette sous-population particulière. Avant même l’obtention des premières données épidémiologiques, les psychologues exerçant dans les services de santé universitaires (SSU) présents sur l’ensemble du territoire français ont d’ailleurs constaté, au cours d’entretiens cliniques, la prégnance de cette souffrance psychique depuis l’irruption de la pandémie. Clément Rizet, psychologue clinicien au SSU de La Rochelle évoque à cet égard l’apparition de « syndromes anxieux lors [du] premier confinement, devenus (chez les mêmes personnes) un syndrome dépressif, parfois sévère, avec le temps », avant de préciser que « la démoralisation et la fermeture de l’avenir avec perte d’espoir sont les deux grands leitmotifs de ce syndrome » (Rizet, 2021). Ainsi, les demandes de consultation psychologique adressées aux SSU ont augmenté de 30 % par rapport à septembre 2020, comparativement à l’année précédente (Arnault, 2021). Un constat similaire a été effectué au Japon, puisque, dès l’assouplissement des restrictions à partir du second semestre 2020, le nombre d’étudiants – et singulièrement d’étudiantes – sollicitant des consultations de santé mentale était nettement plus élevé que la normale (Fushimi, 2021).

La majorité des travaux évaluant la prévalence de la psychopathologie parmi les populations étudiantes sont des études transversales, le plus souvent réalisées dans la phase initiale de la crise sanitaire, sans données pré-pandémiques (McLafferty, *et al.*, 2021). Ils ont, en outre, fréquemment été réalisés dans des environnements socioculturels qui diffèrent en nombreux points du contexte européen. Leurs résultats disparates sont donc fonction des territoires concernés, mais aussi des outils de mesure utilisés, de la gravité de l’atteinte épidémique et du degré de sévérité des restrictions adoptées en conséquence ou de leur durée (Nomura, K., *et al.*, 2021). La plupart de ces travaux, cependant, ont en commun de souligner l’impact délétère massif de la crise sanitaire sur la santé mentale des étudiants. Ainsi, dans une étude transversale réalisée aux États-Unis, administrée de mars à juin 2020 à des étudiants de premier cycle universitaire, 48,4 % des participants ont rapporté un niveau de stress perçu élevé, 31,7 % des symptômes anxieux, et 34,2 % des symptômes dépressifs, les étudiantes étant, parmi eux, plus sévèrement touchées (Aiyer, *et al.*, 2020). De même, à l’issue d’une enquête réalisée en ligne auprès des étudiants d’une université texane pendant le pic initial de la pandémie au printemps 2020, la majorité des participants (71,2 %) rapportaient une augmentation de leur niveau de stress, tandis que 48,1 % et 38,5 % d’entre eux présentaient un

niveau modéré à sévère, respectivement de dépression et d'anxiété (Wang, X., et al., 2020). En Chine, la plupart des études existantes font état de niveaux d'anxiété et de dépression moins élevés que dans les pays occidentaux (Batra, et al., 2021). Ainsi, durant la phase aiguë de la pandémie, 24,9 % des étudiants en médecine du *Changzhi Medical College* ont souffert d'anxiété, dont seulement 2,7 % d'anxiété modérée, et 0,9 % d'anxiété grave (Cao, et al., 2020), tandis que la prévalence des symptômes dépressifs était de 9 % dans un échantillon de jeunes adultes inscrits dans des universités du Sud-Ouest de la Chine (Tang, et al., 2020). Dans un large échantillon de 23 863 étudiants chinois interrogés en février 2020, 47 % des participants ont rapporté des niveaux élevés ou très élevés de détresse mentale (panique, anxiété et agitation émotionnelle), et 39 % une dépression légère à sévère (Yu, et al., 2021).

Sur le continent européen, parmi un échantillon d'étudiants bavarois, 39,6 % ont déclaré avoir ressenti une charge psychologique accrue en avril 2020 (Schlichtiger, et al., 2020), tandis que, dans une étude de cohorte réalisée en Suisse, les participants ont montré une augmentation des niveaux de stress et d'irritabilité entre la période prépandémique et le printemps 2020 (Shanahan, et al., 2020). Au Royaume-Uni, Simon Evans et ses collègues ont relevé une augmentation significative des symptômes dépressifs dans une enquête longitudinale menée auprès d'un échantillon d'étudiants de psychologie : 34,3 % d'entre eux pouvaient être considérés comme cliniquement déprimés lors du confinement d'avril-mai 2020, contre 13,8 % à l'automne 2019 (Evans, et al., 2021). Des résultats analogues ont été obtenus en Espagne, à l'issue d'une enquête réalisée auprès d'étudiants inscrits dans des universités de Galice. D'après ces résultats, 25,2 % des participants présentaient des symptômes modérément graves de dépression, et 17,2 % des symptômes graves, tandis que 38,8 % souffraient d'une anxiété légère à modérée, et 22,4 % d'une anxiété sévère (Padrón, et al., 2021). En France, d'après l'étude répétée en milieu universitaire Cosame débutée en avril 2020, parmi 69 054 étudiants, 22,4 % ont rapporté une détresse sévère, 24,7 % un niveau élevé de stress perçu, 16,1 % une dépression sévère, et 27,5 % un niveau élevé d'anxiété, soit des taux plus importants que les estimations obtenues parmi les étudiants durant la période prépandémique (Wathelet, et al., 2020). Dans une autre enquête réalisée auprès d'étudiants du Grand Est (l'une des régions les plus touchées du territoire français par l'épidémie), 61 % des participants ont ressenti de l'anxiété durant le confinement (Bourion-Bédès, 2021). Des taux similaires ont été rapportés dans un échantillon d'étudiants de première année chez les répondants français de la *World Mental Health International College Student Initiative*, réalisée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) [Husky, 2020].

Enfin, une méta-analyse incluant vingt-sept études menées auprès d'étudiants universitaires, met en évidence une prévalence combinée de l'anxiété (39,4 %), de la dépression (31,2 %) et du stress (26 %) supérieure aux taux rapportés dans la période prépandémique, bien qu'un biais d'échantillonnage ne puisse être exclu, puisque dix-huit de ces enquêtes ont été réalisées en Asie, et principalement en Chine (Batra, et al., 2021). L'étude a révélé, en outre, un écart significatif entre les sexes en matière de morbidités psychologiques, car les femmes présentaient des niveaux d'anxiété et de dépression plus élevés que les hommes

(34,6 % et 32,4 %, contre 22,9 % et 26 %). Cette disparité entre les sexes a également été relevée dans une autre méta-analyse faisant état, pour sa part, de taux de prévalence cumulés de l'anxiété et de la dépression, respectivement de 36 % et 39 %. Là encore, les auteurs ont identifié une prévalence nettement inférieure des troubles mentaux chez les étudiants chinois relativement aux populations étudiantes occidentales également incluses dans l'étude (Li Yang, *et al.*, 2021).

Si l'absence d'un groupe de comparaison constitue souvent une limitation importante des enquêtes que nous venons de citer, certains travaux plus récents ont choisi d'intégrer cette dimension dans leur protocole d'évaluation. Ainsi, l'étude Confins, menée en France, propose d'étudier les effets de la crise sanitaire et du confinement sur la santé mentale des étudiants universitaires en effectuant une comparaison directe avec les résultats obtenus dans un échantillon de non-étudiants recrutés à la même période, ayant vécu les mêmes conditions de confinement que les étudiants mais en moyenne plus âgés. Cette recherche indique que les étudiants avaient une probabilité accrue de déclarer des troubles mentaux au printemps 2020. En effet, ces derniers présentaient plus fréquemment que les non-étudiants des symptômes de dépression (32,5 % contre 16,2 %) et d'anxiété (24,0 % contre 14,7 %), et étaient plus nombreux à ressentir du stress (33,1 % contre 22,1 %) [Arsandaux, *et al.*, 2021]. En Espagne, la mise en œuvre d'un dispositif d'enquête analogue durant la phase initiale de la pandémie a également permis d'observer que les niveaux de dépression, d'anxiété et de stress étaient significativement plus élevés chez les étudiants que parmi les différents groupes d'employés universitaires (personnel administratif, membres du corps enseignant, par exemple) également inclus dans l'échantillon (Odriozola-González, *et al.*, 2021).

Le manque de données longitudinales disponibles pour étayer les résultats constitue une autre faiblesse propre aux travaux susmentionnés. En effet, en l'absence d'évaluation pré-pandémique, il est difficile de déterminer si les troubles de santé mentale émergent en réponse à la crise sanitaire, ou s'ils reflètent des schémas typiques au sein de la population analysée (Hamza, *et al.*, 2021). Une étude américaine, qui utilise un modèle longitudinal, a ainsi permis de constater, parmi les étudiants de l'université du Vermont, des niveaux plus élevés d'inattention et d'externalisation²⁴ après le déclenchement de la crise sanitaire qu'au début du semestre du printemps 2020. Au même moment, les journaux quotidiens révélaient que l'humeur et l'engagement dans des comportements de bien-être avaient diminué lorsque la pandémie avait commencé à affecter la vie à l'université (Copeland, *et al.*, 2021). Au Canada, une enquête par questionnaire, réalisée auprès d'un échantillon de 773 étudiants universitaires en mai 2019 et en mai 2020, a également démontré que les étudiants sans antécédent de troubles mentaux ont connu une augmentation de leur détresse psychologique (stress perçu, tristesse, symptômes dépressifs,

24. Mesuré à partir du *Brief Problem Monitor* (BPM/18-59) destiné à évaluer les problèmes d'internalisation (symptômes anxieux, dépressifs ou difficultés de régulation émotionnelle), de déficit de l'attention (symptômes d'inattention, d'impulsivité et d'hyperactivité) et d'externalisation (symptômes d'opposition, comportements hétéro-agressifs, transgressions des règles sociales) chez les adultes âgés de 18 à 59 ans.

anxiété) entre ces deux périodes. En revanche, ceux qui souffraient de problèmes de santé mentale préexistants n'ont rapporté aucun changement de leurs symptômes, voire ont ressenti une amélioration au fil du temps, bien qu'ils soient demeurés à plus haut risque et donc les plus vulnérables (Hamza, *et al.*, 2021). Ces observations, qui peuvent être attribuées, selon les auteurs, au fait qu'une distance sociale accrue affecte davantage les personnes n'ayant pas l'habitude de se sentir isolées, ont aussi été corroborées par une enquête conduite en Italie auprès de deux échantillons d'étudiants de l'université de Padoue, interrogés avant, pendant et après le premier confinement. Cette enquête révèle que les étudiants sans diagnostic établi de psychopathologie ont été les plus touchés par une augmentation des symptômes dépressifs au printemps 2020 (Meda, *et al.*, 2021). Dans une enquête longitudinale réalisée en Allemagne, Edgar Voltmer et ses collègues ont par ailleurs identifié des facteurs supplémentaires agissant sur la santé mentale des étudiants et n'étant pas nécessairement détectés par les instruments d'évaluation standards. En établissant plusieurs « modèles de comportement et d'expérience » dans le rapport aux études, ils distinguent ainsi deux modèles à risque : le modèle de « surmenage » (engagement excessif, faible capacité à gérer le stress) et celui d'« épuisement » (baisse de l'ambition, faible capacité à faire face au stress, altération du bien-être émotionnel). Ces deux facteurs étaient les plus susceptibles d'engendrer des symptômes anxieux et dépressifs durant la phase initiale de la crise sanitaire (Voltmer, *et al.*, 2021).

En plus des facteurs culturels pouvant influencer « les manifestations » et la gravité clinique des troubles mentaux (Amendola, *et al.*, 2021), la variabilité des réponses psychologiques à la pandémie, liée à l'expérience universitaire antérieure (et donc à la qualité de l'enseignement offert aux étudiants dans un établissement supérieur donné), peut en partie expliquer les résultats contrastés ressortant des études ayant cherché à saisir la temporalité des effets de la crise sanitaire sur la santé mentale des étudiants. En effet, certaines rapportent une amélioration à l'été 2020, tandis que d'autres font état d'une dégradation prolongée durant les mois postérieurs à la phase aiguë de la pandémie. Ainsi, Nicola Meda et ses collègues ont constaté que la symptomatologie dépressive observée durant les premières semaines de la crise sanitaire à l'université de Padoue était à nouveau comparable à la situation pré-pandémique une fois le confinement levé. Dans deux autres études menées auprès de différents échantillons d'étudiants américains, les niveaux globaux de stress et d'anxiété, particulièrement élevés en avril 2020, avaient aussi diminué pour la plupart des participants en juillet 2020 (à l'exception des étudiants issus de minorités sexuelles) [Hoyt, *et al.*, 2021], et les symptômes de troubles de l'humeur et de stress rapportés au printemps 2020 (supérieurs aux taux mesurés à l'automne 2019) étaient revenus aux niveaux pré-pandémiques à l'automne 2020 (Charles, *et al.*, 2021). En revanche, dans le contexte britannique, alors qu'une stabilisation de l'impact émotionnel de la pandémie est relevée en population générale, une altération persistante de la santé mentale des étudiants a été observée neuf mois après l'irruption de la pandémie (Savage, *et al.*, 2021). De la même manière, Margaret McLafferty et ses collègues ont révélé, dans une étude menée auprès d'étudiants d'Irlande du Nord et de République d'Irlande, une augmentation durable des symptômes dépressifs

à l'automne 2020 (McLafferty, *et al.*, 2021). Une enquête longitudinale chinoise, portant sur un large échantillon d'étudiants de la province du Guangdong, a montré pour sa part que la diminution des niveaux de stress aigu, d'anxiété et des symptômes dépressifs, relevée pour l'ensemble de l'échantillon étudié lors de la « phase de rémission » de la pandémie en avril 2020, n'était pas observée chez 10 % des participants présentant des problèmes de santé mentale persistants (Li Yuanyuan, *et al.*, 2021). En France, la poursuite de Confin jusqu'en janvier 2021 a mis en évidence des différences saisissantes dans les trajectoires de santé mentale des étudiants et des non-étudiants selon les périodes de restriction. Alors que, parmi les étudiants, la fréquence des symptômes dépressifs et de l'anxiété était nettement plus élevée durant les deux confinements (au printemps et à l'automne 2020) que durant la période intermédiaire sans restriction sociale, les non-étudiants ont rapporté des niveaux de santé mentale relativement stables à travers le temps (Macalli, *et al.*, 2021). Si ces résultats suggèrent que les mesures de confinement ont un effet négatif plus marqué dans la population étudiante, ils soulignent également la vulnérabilité particulière et persistante de ces jeunes adultes plusieurs mois après la phase aiguë de la pandémie.

Ces diverses données éclairent le vécu des populations étudiantes dans le contexte de la crise sanitaire, mais également de spécifier les sous-groupes les plus à risque en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques. Outre le surrisque clairement identifié chez les jeunes femmes (Aiyer, *et al.*, 2020 ; Amendola, *et al.*, 2021 ; Arsandaux, *et al.*, 2021 ; Batra, *et al.*, 2021 ; Bourion-Bédès, 2021 ; Debowska, *et al.*, 2020 ; Elmer, *et al.*, 2021 ; Essadek et Rabeyron, 2020 ; Hoyt, *et al.*, 2021 ; Kecojevic, *et al.*, 2020 ; Li Yang, *et al.*, 2021 ; Schlichtiger, *et al.*, 2020 ; Shanahan, *et al.*, 2020 ; Padrón, *et al.*, 2021 ; Wathelet, *et al.*, 2020), les étudiants issus de minorités sexuelles (Fruehwirth, *et al.*, 2021 ; Gratz, *et al.*, 2021 ; Hoyt, *et al.*, 2021 ; Wathelet, *et al.*, 2020), les étudiants ayant souffert du Covid-19 (DeVylder, *et al.*, 2020 ; Essadek et Rabeyron, 2020), les étudiants les plus jeunes (Copeland, *et al.*, 2021 ; Debowska, *et al.*, 2020 ; Kujawa, *et al.*, 2020 ; Labrague, *et al.*, 2020 ; Odriozola-González, 2020 ; Padrón, *et al.*, 2021) ou, au contraire, ceux proches d'obtenir leur diplôme (Amendola, *et al.*, 2021 ; Lee, *et al.*, 2021 ; Tang, *et al.*, 2020) paraissent ainsi spécifiquement concernés par l'augmentation des troubles mentaux depuis l'apparition de la pandémie de Covid-19.

3.3. Entre isolement social, bouleversements académiques, difficultés financières et craintes pour l'avenir : une intrication de facteurs provoquant une dégradation de la santé mentale

La pandémie de Covid-19 constitue une expérience unique dans l'histoire récente, compte tenu de la soudaineté de son apparition et de la rapidité avec laquelle elle s'est propagée dans le monde entier. Le caractère incertain et menaçant de son évolution, ainsi que l'ampleur et l'étendue des mesures de restriction sociale adoptées en conséquence, ont considérablement modifié les conditions d'existence des populations (Copeland, *et al.*, 2021). Ces perturbations de la vie quotidienne ont tout particulièrement affecté les jeunes

adultes ne bénéficiant pas encore d'une inscription professionnelle et familiale durable (Charles, *et al.*, 2021 ; Shanahan, *et al.*, 2020). Ainsi, non seulement les facteurs de détresse psychologique identifiés dans la population générale semblent avoir eu un retentissement plus profond dans cette catégorie de la population aux ressources sociales et financières limitées (López-Castro, *et al.*, 2021), mais celle-ci a, de plus, été impactée par les bouleversements liés à la suspension, en 2020, de l'enseignement et de l'apprentissage en présentiel (Padrón, *et al.*, 2021).

La peur du virus et de la contamination (pour soi-même, mais surtout pour ses proches)

Bien qu'ils soient jugés moins à risque de développer une forme sévère de Covid-19 que leurs aînés, les jeunes adultes ont pu nourrir une inquiétude à l'idée d'être contaminés. Ainsi, Aziz Essadek et Thomas Rabeyron ont observé, à partir d'un échantillon d'étudiants français, que le fait d'avoir été en contact avec des personnes ayant contracté la maladie augmentait les niveaux de détresse psychologique (Essadek, *et al.*, 2020). Les étudiants concernés étaient cependant beaucoup plus susceptibles de manifester un stress aigu à l'idée de transmettre le virus à des membres de leur famille, et particulièrement à des personnes âgées ou présentant des comorbidités exposant à des complications graves (Amendola, *et al.*, 2021 ; Coquard, *et al.*, 2021 ; Elmer, *et al.*, 2020 ; Husky, *et al.*, 2020 ; Lee, *et al.*, 2021 ; McLafferty, *et al.*, 2021 ; Wathelet, *et al.*, 2020). De même, dans une étude américaine, les étudiants les plus inquiets à la perspective de contracter le Covid-19 (pour eux et pour un proche), ou estimant que leur entourage ne faisait pas assez attention pour éviter l'infection, ont signalé des taux plus élevés de dépression, de colère, d'anxiété et de stress perçu que les autres participants (Charles, 2021). La médiatisation quotidienne des données relatives au taux d'infection et au nombre de décès a pu renforcer cette peur du virus (Coquard, *et al.*, 2021), puisque des niveaux élevés d'anxiété ont été relevés parmi les étudiants consacrant beaucoup de temps à chercher des renseignements sur le Covid-19, ou partageant de manière répétée des informations à ce propos dans un réseau social restreint (Kecojevic, *et al.*, 2020 ; Muyor-Rodríguez, *et al.*, 2021 ; Pramukti, *et al.*, 2020). Par ailleurs, il existe une corrélation significative entre les niveaux d'anxiété et le fait que des membres de l'entourage soient hospitalisés pour une infection au Covid-19 (Bourion-Bédès, *et al.*, 2021 ; López-Castro, *et al.*, 2021). Sans surprise, les jeunes adultes ayant été exposés à l'aspect le plus traumatisant de la pandémie, à savoir le décès d'un proche, d'un ami ou d'un parent en raison de la pandémie, ont connu une détresse psychologique beaucoup plus intense que ceux n'ayant pas subi la perte d'un être cher. Cette expérience dramatique a concerné près de 17 % des participants d'une étude menée par Teresa López-Castro et ses collègues auprès des étudiants d'une université de West Harlem à New York (López-Castro, *et al.*, 2021).

L'isolement et la solitude induits par les mesures de restriction sociale

Les sentiments d'isolement et de solitude associés aux mesures de confinement et de distanciation sociale, qui ont entraîné une réduction drastique de la communication interpersonnelle (Díaz-Jiménez, *et al.*, 2020), ont été identifiés dans plusieurs études comme un facteur prééminent de dégradation de la santé mentale parmi les étudiants (Arsандаux, *et al.*, 2021 ; Elmer, *et al.*, 2020 ; Lee, C., *et al.*, 2020 ; Hamza, *et al.*, 2021 ; McLafferty, *et al.*, 2021 ; Voltmer, *et al.*, 2021). Ces derniers ont été durement touchés dans leur vie quotidienne par de telles restrictions, car elles ont durablement entravé la majorité des expériences sociales relatives à la vie universitaire, notamment les moments de convivialité perçus comme inhérents à cette phase d'autonomisation (Arnault, 2021 ; Batra, *et al.*, 2021 ; Kohls, *et al.*, 2021 ; Lee, J., *et al.*, 2021 ; Marchini, *et al.*, 2021). Cette privation a ainsi pu être vécue comme une « régression forcée », par de jeunes adultes vivant une période de transition dans laquelle le développement identitaire repose avant tout sur un investissement croissant dans des relations sociales extrafamiliales (Parola, *et al.*, 2020). Il est possible d'explicitier davantage cette dimension en spécifiant les profils d'étudiants les plus fortement impactés par le confinement et la fermeture des campus. L'isolement semble, en premier lieu, avoir été particulièrement marqué chez les nouveaux entrants à l'université ayant quitté leur famille depuis peu, « qui n'ont pas eu l'occasion de tisser des liens avec leur promotion, qui n'ont pas eu le temps de découvrir leur faculté, leurs enseignants ; pour qui le sentiment d'appartenance à une communauté n'a pu se mettre en place, et pour qui les doutes et remises en question du choix d'orientation sont majeurs » (Arnault, 2021 ; Batra, *et al.*, 2021 ; Fruehwirth, *et al.*, 2021). Cet isolement paraît aussi particulièrement prégnant chez « les étudiants étrangers, dont la famille est loin, et pour lesquels les liens sociaux sont plus difficiles à tisser, alors même que les activités associatives sont stoppées (...), que les rencontres potentielles créées par les cours à la faculté n'ont pas lieu » (Arnault, 2021) et qu'ils sont susceptibles de ressentir un plus grand sentiment d'insécurité de par leur méconnaissance de l'environnement qui les entoure. Deux enquêtes, conduites en Chine et en Suisse, révèlent ainsi une prévalence plus élevée de troubles mentaux chez les étudiants internationaux qui demeuraient sur leur lieu d'étude pendant la phase initiale de la pandémie (Alam, *et al.*, 2021 ; Amendola, *et al.*, 2021). D'après une autre étude de cohorte réalisée en Suisse, les jeunes adultes issus de l'immigration présentaient un risque accru de stress perçu durant les premiers mois de la crise sanitaire. Pour ces étudiants, ce risque accru est lié – outre à la plus grande probabilité, pour eux, d'occuper des emplois en première ligne face au risque sanitaire – à la séparation avec les êtres qui leur sont chers en raison de la fermeture des frontières, mais aussi aux inquiétudes qu'ils pouvaient nourrir à leur sujet, lorsque ces derniers résidaient dans des pays fortement touchés par l'épidémie (Shanahan, *et al.*, 2020).

A contrario, dans une étude menée en France au printemps 2020, les participants qui sont retournés vivre chez leurs parents durant le premier confinement ont déclaré des niveaux significativement moins élevés de stress général grave par rapport à ceux demeurés dans leur logement d'étudiant, qu'ils aient été isolés dans une résidence universitaire ou en colocation (Husky, *et al.*, 2020). De ce point de vue, alors que le soutien social des proches semble

indéniablement constituer un facteur susceptible de réduire le risque de dégradation de la santé mentale chez ces jeunes adultes (Bourion-Bédès, 2021 ; Elmer, *et al.*, 2020 ; Voltmer, *et al.*, 2021), ceux d'entre eux qui entretiennent des rapports difficiles avec leur famille ou qui ne disposent pas des conditions matérielles leur permettant d'étudier au domicile parental, ont été davantage impactés dans les mois suivant l'irruption du Covid-19 (Arnault, 2021 ; Bourion-Bédès, 2021 ; Charles, *et al.*, 2021 ; Lee, J., *et al.*, 2021). La crise sanitaire a ainsi amplifié des inégalités sociales préexistantes parmi les étudiants, liées à leur situation financière et aux ressources pouvant être mobilisées dans leur sphère familiale (Husky, *et al.*, 2020).

La précarité économique

L'irruption de la pandémie a occasionné la disparition de nombreux « jobs étudiants » occupés de manière pérenne ou prévus pour l'été 2020, qui étaient une source de revenus essentielle pour beaucoup de jeunes adultes engagés dans des études supérieures. En France, cette perte d'emploi massive a entraîné une explosion des demandes d'aides sociales dès le mois d'avril 2020 (Arnault, 2021). Plusieurs études ont ainsi souligné que les difficultés financières affectant certains étudiants durant la première année de la pandémie ont constitué un facteur prééminent de déstabilisation et de détresse psychique (Batra, *et al.*, 2021 ; Kohls, *et al.*, 2021). Au contraire, le fait de bénéficier d'un revenu familial stable a été identifié comme un facteur de protection contre l'anxiété (Cao, *et al.*, 2020). Ainsi, bien que le ralentissement économique procédant de la crise sanitaire ait eu un retentissement sur les perspectives d'avenir des jeunes adultes dans leur ensemble (Shanahan, *et al.*, 2020), ces difficultés financières ont représenté une source de vulnérabilité particulière dans la population étudiante (Macalli, *et al.*, 2021), déjà fortement concernée par la précarité avant la pandémie.

L'incertitude de la situation universitaire et du devenir professionnel

L'impact de la crise sanitaire sur la poursuite des études et la capacité des diplômés à entrer dans la vie active a également provoqué de nombreuses inquiétudes parmi les jeunes adultes (Amendola, *et al.*, 2021 ; Arsandaux, *et al.*, 2021 ; Charles, *et al.*, 2021), qui se sont trouvés confrontés à la fermeture soudaine des campus, à la modification radicale des procédures d'évaluation et à la difficulté d'achever une recherche de stage ou d'en obtenir un (Hamza, *et al.*, 2021). Cette situation exceptionnelle a aussi soulevé chez eux une série de questionnements autour de la valeur d'un diplôme obtenu dans de telles conditions, et du risque de voir leurs études se transformer en « cursus au rabais » (Arnault, 2021). Quelle que soit la filière suivie, l'effet incertain de ces confinements successifs sur le déroulement de l'année universitaire, sur les conditions de validation des échéances académiques et, finalement, sur le devenir professionnel semble ainsi avoir suscité une détresse importante au sein de cette population (Batra, *et al.*, 2021 ; Elmer, *et al.*, 2020 ; Shanahan, *et al.*, 2020).

L'enseignement et l'apprentissage à distance

Au quotidien, l'organisation du travail a représenté une autre difficulté majeure pour les étudiants, puisqu'ils ont assisté au basculement soudain des cours en face à face vers le distanciel, ce qui a nécessité une adaptation très rapide à des formats essentiellement numériques (Voltmer, *et al.*, 2021). Or, cette généralisation du télétravail a eu des effets ambivalents, pouvant différer d'un individu à l'autre. Pour certains, il a représenté une « ressource de résilience pour donner du sens au quotidien et conserver un rythme structuré », pour d'autres, il a signifié « la perte d'un repère qui aidait à maintenir l'équilibre psychologique en temps normal », entraînant « une incapacité à travailler avec trouble de l'attention, trouble de la concentration et insomnie, en raison du stress que génère cette situation nouvelle » (Coquard, *et al.*, 2021). D'après une étude réalisée parmi un échantillon d'étudiants de premier cycle du New Jersey au printemps 2020, les difficultés telles que l'incapacité à se concentrer sur le travail universitaire étaient significativement associées à des niveaux accrus de dépression, d'anxiété, de somatisation et de stress (Kecojevic, *et al.*, 2020 ; Fruehwirth, *et al.*, 2021). À cet égard, les examens ont été particulièrement anxiogènes, soit parce qu'ils ont impliqué de nouvelles modalités d'évaluation jusqu'ici inconnues, soit parce que la supervision et le suivi à distance n'ont pas été suffisamment structurés et rassurants (Glowacz et Schmits, 2020). De plus, le manque d'interactions avec les pairs ne permettait pas, à travers le partage d'expérience, de pallier les insuffisances pédagogiques de certains enseignants. En outre, le « tout distanciel » a pu entraîner des rythmes de vie désordonnés et favoriser la survenue de troubles du sommeil, eux-mêmes significativement associés à l'apparition et à la chronicité des troubles mentaux (Evans, *et al.*, 2021 ; Wang, D., *et al.*, 2021). Certains étudiants ont rapporté l'impact positif de la crise sanitaire qui a réduit leur exposition à certains facteurs de stress du fait, par exemple, d'une diminution de leur charge de travail ou du sentiment de compétitivité avec les autres étudiants (Copeland, *et al.*, 2021 ; Elmer, *et al.*, 2020 ; Hamza, *et al.*, 2021 ; Shanahan, *et al.*, 2020). Ce faisant, les diverses difficultés rencontrées par la majorité des étudiants suggèrent que les bouleversements des conditions d'apprentissage peuvent avoir des répercussions à long terme sur la poursuite des études et, au-delà, sur le bien-être général de cette population (McLafferty, *et al.*, 2021).

4. Effets spécifiques de la pandémie chez les enfants et les adolescents

4.1. Une augmentation inquiétante des actes d'automutilation et des tentatives de suicide à partir du deuxième semestre de l'année 2020, notamment chez les adolescentes

Le suicide est la troisième cause de mortalité chez les adolescents âgés de 15 à 19 ans, après les accidents de la route et la violence interpersonnelle (OMS, 2019 ; Wasserman, *et al.*, 2021). Depuis une dizaine d'années, les décès par suicide sont en augmentation au sein

de cette population dans certains pays à revenu élevé, notamment au Royaume-Uni et aux États-Unis (Odd, *et al.*, 2021 ; HAS, 2021) et il en est de même de l'incidence des tentatives de suicide (Cousien, *et al.*, 2021). Les décès par suicide sont en revanche considérés comme peu fréquents parmi les enfants âgés de moins de 14 ans, mais il existe de fortes présomptions que leur occurrence soit nettement sous-estimée dans cette catégorie d'âge, en raison de fréquentes erreurs de catégorisation. En effet, nombre de ces décès sont sans doute attribués à des « accidents domestiques » ou à des « morts accidentelles » (HAS, 2021 ; Wasserman, *et al.*, 2021). Depuis l'émergence du Covid-19, les spécialistes des comportements suicidaires se sont inquiétés du retentissement de la crise sanitaire sur cette population (Gunnell, *et al.*, 2020 ; Holmes, *et al.*, 2020) car, bien qu'elle soit nettement moins susceptible de développer des complications graves des suites d'une infection au SARS-CoV-2, elle paraît, pour de multiples raisons, surexposée aux effets indirects de la pandémie sur la santé mentale.

Les informations relatives à la mortalité par suicide des mineurs depuis le déclenchement de la crise sanitaire sont plus ténues encore que celles dont nous disposons concernant les jeunes adultes (Ford, *et al.*, 2021). Cela tient notamment à la difficulté d'analyser statistiquement l'évolution d'un comportement demeurant rare parmi les enfants et les adolescents (Odd, *et al.*, 2021). Ainsi, au Royaume-Uni, des données préliminaires suggérant une possible augmentation de la mortalité par suicide des mineurs, pour la période du 23 mars au 17 mai 2020, ont soulevé certaines interrogations. Ces résultats, qui portaient sur un nombre limité de cas (25 décès), n'ont cependant pas été confirmés par la suite (Ford, *et al.*, 2021 ; Odd, *et al.*, 2021). De manière générale, à l'instar des constatations effectuées en population générale, aucune augmentation significative de la mortalité par suicide n'a été rapportée chez les mineurs en Europe et aux États-Unis (Canady, 2021 ; Odd, *et al.*, 2021 ; Yard, *et al.*, 2021). Les données obtenues au Japon sont en revanche moins rassurantes, puisqu'après la stabilité des taux de suicide observée chez les adolescents jusqu'en mai 2020 durant la phase aiguë de la pandémie (Isumi, *et al.*, 2020), une hausse inquiétante a été relevée parmi eux de juillet à octobre 2020, après la réouverture des écoles (Tanaka et Okamoto, 2021 ; Ueda, *et al.*, 2021).

En ce qui concerne les actes d'automutilation et les tentatives de suicide, deux intervalles temporels doivent être distingués, puisque la diminution qui est intervenue durant les tout premiers mois de la crise sanitaire a laissé place, à partir du deuxième semestre de l'année 2020, à une augmentation durable particulièrement préoccupante. Ainsi, au cours de la première période, les passages aux urgences pour geste suicidaire ont, de manière générale, fortement diminué dans la plupart des pays à revenu élevé. En France, Fabrice Jollant et ses collègues ont identifié une baisse très marquée des consultations pour automutilation chez les adolescents de 10 à 18 ans du 1^{er} janvier au 31 août 2020 à partir de la base de données nationale du PMSI, qui comprend une collecte exhaustive des résumés de sortie pour tous les patients hospitalisés dans les hôpitaux publics et privés (Jollant, *et al.*, 2021). Similairement, une étude menée à partir des données de surveillance recueillies à l'hôpital

Robert-Debré à Paris a montré une diminution de 36 % des admissions pour tentative de suicide chez les moins de 15 ans durant la phase aiguë de la pandémie (Cousien, *et al.*, 2021). Toujours dans le contexte français et pendant le premier confinement, une baisse de 50 % de l'incidence des comportements suicidaires chez les enfants et les adolescents âgés de 7 à 17 ans a été observée à l'hôpital Necker – Enfants malades de Paris (Mourouvyay, *et al.*, 2021). Au Royaume-Uni, Matthew J. Carr et ses collègues ont, de manière analogue, constaté une diminution des consultations en soins primaires pour automutilation chez les individus âgés de 10 à 17 ans au cours des premiers mois de la pandémie (Carr, *et al.*, 2021). Une étude de cohorte internationale rétrospective, dont les données ont majoritairement été obtenues en Angleterre, a quant à elle révélé que l'incidence mensuelle des consultations d'enfants et d'adolescents aux urgences hospitalières pour automutilation en mars et avril 2020 était numériquement inférieure à celle de l'année précédente, mais proportionnellement plus élevée au regard de l'ensemble des présentations (Ougrin, *et al.*, 2021). Aux États-Unis, selon les données du CDC, le nombre de visites hebdomadaires aux urgences pour des tentatives de suicide présumées a diminué durant le printemps 2020 par rapport à celui de 2019 chez les adolescents âgés de 12 à 17 ans (Yard, *et al.*, 2021). En Californie, notamment, les taux d'incidence des passages aux urgences liés au suicide chez les enfants âgés de 5 à 17 ans étaient significativement plus faibles de mars à mai 2020 par rapport à la même période en 2019 (Ridout, *et al.*, 2021b), et dans l'Oregon, le nombre de jeunes patients manifestant une conduite suicidaire au sein d'un service d'urgence pédiatrique a diminué de 65,2 %, entre avril 2020 et avril 2019 (Sheridan, *et al.*, 2021).

Une augmentation prononcée des comportements suicidaires à partir de l'été 2020, qui a tendu à s'accroître au cours de l'année 2021, a en revanche été identifiée dans la plupart des pays à revenu élevé. Ainsi, en France, Anthony Cousien et ses collègues ont remarqué un accroissement considérable, à partir de septembre 2020, des consultations pour tentative de suicide chez les moins de 15 ans aux urgences pédiatriques de l'hôpital Robert-Debré à Paris, et montré que cette « dynamique aberrante » était indépendante de la saisonnalité annuelle des passages à l'acte et de leur tendance sur une période de dix ans (Cousien, *et al.*, 2021). En Espagne, une analyse des données du registre des tentatives de suicide de Catalogne (CRSC) a permis de relever une évolution similaire, bien que nettement différenciée selon le sexe : si le taux de tentatives de suicide est resté pratiquement inchangé parmi les garçons, il a fortement augmenté chez les adolescentes, en particulier de septembre 2020 à mars 2021, période pendant laquelle la hausse a atteint 195 % par rapport aux six mois précédents, alors que l'augmentation annuelle des passages à l'acte faisant suite à la rentrée scolaire était de 54 % durant l'année pré-pandémique (Gracia, *et al.*, 2021). Au Royaume-Uni, Kim Pierson et ses collègues ont fait état d'un accroissement de 48 % du nombre de consultations de jeunes de moins de 16 ans pour comportement suicidaire en septembre 2020, relativement à septembre 2019, dans un hôpital général de la région de Londres. Similairement, Sarah Steeg et ses collègues ont constaté que le nombre d'épisodes d'automutilation chez les personnes âgées de 10 à 17 ans signalés dans les dossiers médicaux d'un grand réseau de soins primaires britannique était plus élevé entre août 2020

et mai 2021 que durant le même intervalle temporel en 2019 (Steeg, *et al.*, 2021). Aux États-Unis, une nette augmentation du taux d'incidence des visites aux urgences liées au suicide chez les filles âgées de 5 à 17 ans a été observée de juin à décembre 2020, alors que ce taux a diminué chez les garçons de septembre à décembre 2020 par rapport aux mois correspondants en 2019. Par ailleurs, chez les adolescents sans diagnostic antérieur lié à la santé mentale, ce taux a augmenté de façon disproportionnée (Ridouit, *et al.*, 2021b). Toujours dans le contexte américain, les données du CDC indiquent que le nombre hebdomadaire moyen de visites aux urgences pour des tentatives de suicide présumées était supérieur de 26,2 %, pendant l'été 2020 relativement à l'année précédente, chez les adolescentes âgées de 12 à 17 ans, et que celui-ci est resté élevé pendant le reste de la période d'étude (Yard, *et al.*, 2021). Ainsi, alors qu'une hausse prononcée des consultations a succédé, dès juin 2020, à la diminution survenue durant la phase initiale de la pandémie, cette tendance s'est révélée nettement plus marquée chez les filles, dont les passages aux urgences liés à un geste suicidaire étaient plus élevés de 50,6 % du 21 février au 20 mars 2021 par rapport aux mois correspondants de l'année précédente, alors qu'ils étaient plus élevés de seulement 3,7 % chez les garçons (Canady, 2021 ; Yard, *et al.*, 2021). Ces données sont corroborées par les conclusions de deux enquêtes indiquant une augmentation significative du volume global des passages aux urgences pour geste suicidaire entre la période pré-pandémique et la période pandémique, dans un hôpital pour enfants de Dallas pour la première (Miles et Zettl, 2021), et au sein de plusieurs établissements hospitaliers de la région de New York pour la seconde. Dans ces derniers, l'augmentation décrite est liée à une hausse des admissions subséquentes des jeunes suicidants en psychiatrie (Feuer, 2021). Dans une autre étude portant sur les dossiers médicaux électroniques d'un service d'urgence pédiatrique du Texas, les tentatives de suicide étaient plus nombreuses chez les adolescents âgés de 11 ans ou plus au cours des mois correspondant à des périodes où les facteurs de stress liés au Covid-19 et les mesures de lutte contre la pandémie étaient accrus, notamment en mars et en juillet 2020 (Hill, *et al.*, 2021). D'après deux recherches réalisées au Mexique, qui analysent des comportements suicidaires autodéclarés, les données concernant l'évaluation d'un risque plus important chez les adolescents sont plus contrastées, bien que concordantes. La première, conduite en ligne durant le confinement de novembre 2020 dans la région d'Aguascalientes auprès d'un échantillon de 8 033 lycéens, a montré que 21 % d'entre eux ont manifesté une conduite suicidaire (Hermosillo-de-la-Torre, *et al.*, 2021). La seconde, menée *via* l'administration de questionnaires en face à face sur l'ensemble du territoire mexicain, n'a pas mis en évidence de différence significative dans la prévalence des tentatives de suicide entre les périodes pré-pandémique et pandémique (1,8 % contre 2,1 %) chez des adolescents âgés de 10 à 19 ans (Valdez-Santiago, *et al.*, 2022). Enfin, en Chine, l'étude de cohorte menée par Lei Zhang et ses collègues auprès de 1 241 élèves d'écoles primaires et secondaires âgés de 9 à 15 ans a fait état d'une augmentation des tentatives de suicide entre novembre 2019 et mai 2020 (6,4 % contre 3 %), des projets de suicide (14,6 % contre 8,7 %) et des idées suicidaires (29,7 % contre 22,5 %) [Zhang, *et al.*, 2020].

Les enquêtes évaluant la prévalence des pensées suicidaires chez les enfants et les adolescents depuis l'irruption du Covid-19 – américaines pour la plupart – présentent de manière générale des résultats beaucoup moins homogènes que les études précitées, sans doute pour partie en raison de périodes et de modes de recueil de données disparates. Ainsi, une analyse transversale répétée des données des dossiers d'un grand réseau de soins primaires pédiatriques de la région de Philadelphie a révélé un accroissement des dépistages positifs du risque de suicide entre juin et décembre 2019 et la même période en 2020, avec une augmentation relative de 34 % des pensées suicidaires récentes chez les adolescentes (Mayne, *et al.*, 2021). En Pennsylvanie, dans une étude menée auprès de 93 adolescentes âgées de 12 à 17 ans, recrutées dans le cadre d'une étude longitudinale plus large, près de 40 % des participantes ont signalé des pensées morbides durant la phase aiguë de la pandémie, en avril et mai 2020, ce qui est plus élevé que les taux identifiés dans les travaux épidémiologiques prépandémiques pour cette même population (Hutchinson, *et al.*, 2021). Dans une autre enquête réalisée en ligne, 37 % des adolescents ont rapporté avoir eu des idées suicidaires depuis le début de la crise sanitaire, contre 16 % des participants adultes (Murata, *et al.*, 2021). En revanche, dans un échantillon de 55 personnes hospitalisées depuis peu pour des idées ou des comportements suicidaires, participant à une étude longitudinale intensive de six mois avant et après que la pandémie de Covid-19 a été déclarée comme une urgence nationale aux États-Unis, les adolescents ont signalé une augmentation significative de l'isolement mais pas des pensées suicidaires, contrairement aux adultes (Fortgang, *et al.*, 2021). Pour autant, une étude comparant un échantillon d'adolescents hospitalisés en psychiatrie pendant la période pandémique à celui d'une période correspondante en 2019 a, pour sa part, révélé des taux d'idéation suicidaire plus élevés en 2020 (Thompson, *et al.*, 2021). Au Royaume-Uni, le nombre de jeunes de moins de 16 ans présentant des pensées suicidaires lors de leur admission aux urgences pédiatriques d'un hôpital général de la région de Londres a augmenté de 133 % entre septembre 2019 et septembre 2020. Cette augmentation a été particulièrement prononcée chez les femmes (200 %) [Pierson, *et al.*, 2021]. Une enquête en ligne conduite en Autriche en février 2021 auprès de 3 052 lycéens a, quant à elle, identifié une prévalence élevée des idées suicidaires, au cours des deux semaines précédant l'interrogation des participants (36,9 %) et presque tous les jours (8,9 %) [Pieh, *et al.*, 2021]. Enfin, dans une étude longitudinale réalisée à Hong Kong auprès de 1 491 élèves âgés de 10 à 17 ans, la prévalence de l'idéation suicidaire parmi les participants a diminué entre septembre 2019 et juin 2020, passant de 24 % à 21 %. Cette dynamique, qui peut paraître surprenante, a été attribuée par les auteurs à la « pause » qu'a représentée la crise sanitaire relativement à la période prépandémique, marquée par de nombreuses manifestations et tensions sociopolitiques qui ont fortement affecté la santé mentale des jeunes hongkongais (Zhu, *et al.*, 2021).

4.2. Une détérioration importante de la santé mentale, particulièrement associée à certaines caractéristiques sociodémographiques

Des consultations en constante augmentation aux urgences

En octobre 2021, l'*American Academy of Pediatrics* (AAP), l'*American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (AACAP), et la *Children's Hospital Association* (CHA) se sont unies pour réclamer que la santé mentale des enfants et des adolescents soit élevée au rang d'urgence nationale²⁵. De la même manière, en France, des pédiatres et des spécialistes de santé publique ont publié, dès le mois de mai 2020, une tribune pour alerter sur les « conséquences psychiques et sociales du Covid-19 » chez les mineurs, qu'ils ont qualifiés de « victimes invisibles », et pour demander « une coordination des politiques sanitaires, médico-sociales et de protection sociale » en leur faveur²⁶. En effet, dans de nombreux pays, les professionnels intervenant auprès des mineurs ont observé une détérioration marquée de leur santé mentale, considérée par certains spécialistes comme une « pandémie parallèle » (Cardenas, *et al.*, 2020). La crise sanitaire semble par ailleurs avoir exacerbé des tendances déjà préoccupantes au sein de cette population depuis plus d'une décennie (Bignardi, *et al.*, 2021 ; Broomfield, *et al.*, 2021 ; Ford, *et al.*, 2021 ; Hafstad et Augusti, 2021 ; Thorisdottir, *et al.*, 2021).

Cette dégradation s'est notamment traduite par une augmentation spectaculaire des passages aux urgences dès l'automne 2020 (Benton, *et al.*, 2021 ; Purper-Ouakil et Kerbage, 2021) – à laquelle les professionnels peinent à faire face, « débordés par la demande » et le manque de ressources (Meyers, *et al.*, 2021) – qui s'est accentuée tout au long de l'année 2021. En effet, les urgences hospitalières sont souvent le premier lieu de prise en charge des enfants en situation de crise (présentant des troubles du comportement ou des conduites à risque, par exemple) ou montrant des troubles de l'humeur perçus comme aigus par leur entourage, notamment lorsque d'autres services d'accueil ne sont pas disponibles (Leeb, *et al.*, 2020). Ainsi, Bianca Cuellar et ses collègues ont constaté, au Royaume-Uni, par rapport aux quatre années précédentes, une hausse importante des consultations psychiatriques dans un service d'urgence pédiatrique pendant les deuxième (novembre-décembre 2020) et troisième (janvier-mars 2021) périodes de confinement, cette hausse étant associée à une tendance au rajeunissement des patients et à une augmentation de la gravité des cas (Cuellar, *et al.*, 2021). Ce dernier aspect est également mis en exergue par Alyssia S. Broomfield et ses collègues, qui rapportent une gravité accrue en 2020, relativement à 2019, des consultations pour détresse psychique chez les moins de 18 ans dans un hôpital général du Hampshire, puisque ces mineurs étaient bien plus nombreux à faire l'objet d'une hospitalisation cette année-là (Broomfield, *et al.*, 2021). Similairement, aux États-Unis, alors que le nombre moyen de visites mensuelles aux urgences d'un hôpital pédiatrique pour des problèmes de santé mentale a

25. Voir le site internet *Advocacy*, rubrique *Child and Adolescent Healthy Mental Development* : « Pediatricians, Child and Adolescent Psychiatrists, Children's Hospitals Declare National Emergency for Children's Mental Health ».

26. Voir le site internet du *Monde*, rubrique *Débats* : « Confinés ou déconfinés, les enfants victimes invisibles de la pandémie ».

diminué entre la période prépandémique et la période pandémique, leur proportion a fortement augmenté au regard de l'ensemble des passages aux urgences (Krass, *et al.*, 2021). Là encore, les auteurs soulignent que les enfants et adolescents concernés par ces consultations hospitalières d'avril à décembre 2020 ont souffert de troubles mentaux plus graves que pendant la période prépandémique, car ils étaient plus souvent admis en psychiatrie et hospitalisés pour des durées plus longues. Ces résultats corroborent une étude antérieure montrant, à partir des données des CDC recueillies dans les services d'urgence des hôpitaux de 47 États américains, que les consultations liées à la santé mentale se sont accrues à l'échelle nationale, de 24 % chez les enfants âgés de 5 à 11 ans, et de 31 % chez les adolescents âgés de 12 à 17 ans entre mars et octobre 2020, relativement à la même période en 2019. Cette étude a en outre révélé que la proportion de ces présentations psychiatriques était nettement plus élevée chez les filles que chez les garçons (Leeb, *et al.*, 2020).

Mesurer l'état de santé mentale des mineurs en contexte de crise sanitaire : difficultés et enjeux spécifiques

Si les travaux analysant les variations des admissions aux urgences constituent un révélateur privilégié des difficultés de santé mentale rencontrées par certains mineurs, la majorité des études publiées entre janvier 2020 et février 2021 évaluent l'impact général de la crise sanitaire sur la prévalence des symptômes dépressifs et d'anxiété, puisqu'il s'agit des troubles mentaux les plus couramment identifiés au sein de cette population (Racine, *et al.*, 2021). Cette fois encore, la majorité des enquêtes exécutées rapidement durant la phase initiale de la pandémie présentent d'« importantes lacunes méthodologiques ». Par exemple, un manque de clarté sur les conditions d'échantillonnage, l'inclusion d'échantillons de convenance et de très petite taille, ou l'utilisation d'outils psychométriques n'étant pas nécessairement validés ou adaptés à la jeunesse des participants (Nearchou, *et al.*, 2020 ; Ford, *et al.*, 2021 ; Hafstad et Augusti, 2021 ; Racine, *et al.*, 2021 ; Thorisdottir, *et al.*, 2021). La portée des résultats de ces enquêtes est aussi limitée par un recours généralisé à des modèles transversaux, ou par la mobilisation de modèles longitudinaux ne tenant pas suffisamment compte de la manière dont le bien-être des enfants peut varier au cours de l'année scolaire et, plus encore, selon les stades de développement distincts qu'ils traversent (Jensen et Reimer, 2021). Évaluer les conséquences de la crise sanitaire sur la santé mentale des mineurs présente, à cet égard, une complexité particulière. En effet, cela nécessite, d'une part, de tenir compte de l'augmentation attendue des problèmes de santé mentale au cours de l'adolescence, c'est-à-dire susceptible de faire partie d'un processus normatif de développement (Hawes, *et al.*, 2021 ; Magson, *et al.*, 2020) et, d'autre part, de parvenir à distinguer l'effet de la pandémie des autres tendances récentes en matière de santé mentale au sein de cette population, telle que la dégradation observée depuis plusieurs années. Enfin, il convient d'être en mesure de nuancer l'examen des données obtenues, en tenant compte de l'âge et du sexe des participants, étant donné les fortes variations associées aux changements biologiques et sociaux propres à cette population (Thorisdottir, *et al.*, 2021).

De surcroît, avec la fermeture des établissements scolaires durant les mois qui suivirent l'apparition du Covid-19, l'un des principaux lieux de recrutement des enquêtés n'était plus accessible (Niederkrötenthal, *et al.*, 2020), ce qui a pu susciter la mise en œuvre de protocoles de recherche peu usités ou maîtrisés. Par ailleurs, dans la phase initiale de la pandémie, nombre d'études ont cherché à mesurer l'état de santé mentale des enfants à partir de données déclaratives recueillies auprès d'adultes leur étant proches. Or, le fait que l'échantillon de répondants soit constitué d'enfants, de parents, voire d'enseignants, peut contribuer à la variabilité de la prévalence des troubles mentaux d'une enquête à l'autre, dans la mesure où, selon des recherches pré-pandémiques, les mineurs et les adultes rapportent différemment les symptômes de santé mentale (Bignardi, *et al.*, 2021 ; Racine, *et al.*, 2021). Les résultats de ces enquêtes sont donc à interpréter avec précaution (Hazo, *et al.*, 2021a), sans dissocier les taux de prévalence obtenus du contexte de l'étude dont ils émanent (Nearchou, *et al.*, 2020). Enfin, si, à l'instar des adultes, les conséquences de la pandémie sur la santé mentale semblent étroitement tributaires de la sévérité des taux d'infection et des restrictions imposées sur un territoire donné (Magson, *et al.*, 2020), elles sont aussi fonction, s'agissant des enfants, des conditions de poursuite de la scolarité. Or, selon les mesures adoptées en la matière (« distanciel complet », « semi-présentiel », « présentiel » restreint aux enfants rencontrant des difficultés scolaires, etc.), les élèves ont été placés dans une variété de configurations, susceptibles, en outre, de différer à l'échelle des régions ou des agglomérations. Ces diverses configurations ont eu des conséquences directes sur leur vie quotidienne et ont pu minorer ou, au contraire, majorer l'impact psychologique de la crise sanitaire. Le moment de la collecte des données a d'ailleurs, à ce titre, une incidence certaine sur les taux de prévalence obtenus et doit être considéré avec attention. Il est possible, en effet, que les sentiments de stress aient été plus prononcés au début des périodes de confinement, tandis qu'un isolement social prolongé a pu, à plus long terme, déclencher des problèmes de santé mentale (Racine, *et al.*, 2021).

Les enjeux méthodologiques spécifiques aux recherches se concentrant sur la situation des enfants et des adolescents contribuent à expliquer les écarts considérables relevés d'une étude à l'autre s'agissant de la prévalence de la détresse psychologique. Ainsi, entre deux enquêtes réalisées en Chine, pour la première, et en Grèce, pour la seconde, auprès d'enfants et d'adolescents de 18 ans ou moins, les taux de symptômes de dépression varient de 2,2 % à 63,8 %, et ceux des symptômes d'anxiété de 1,8 % à 49,5 % (Racine, *et al.*, 2021). Ces premières études épidémiologiques, malgré leur manque fréquent de robustesse méthodologique, ont cependant permis d'identifier certaines associations entre les réactions émotionnelles liées à la pandémie et les résultats de santé mentale pour cette population (Nearchou, *et al.*, 2020). La publication ultérieure de recherches de haute qualité sur un plan méthodologique nous permet désormais de disposer d'estimations plus fiables et précises, au-delà du seul constat, primordial mais pour autant insuffisant, d'une probable augmentation de la prévalence des troubles mentaux chez les mineurs à partir du déclenchement de la crise sanitaire.

Un accroissement des symptômes affectant davantage les filles, les adolescents plus âgés et les enfants issus de familles en situation de précarité

Publiée pendant l'été 2021 dans la revue *JAMA Pediatrics*, une méta-analyse de 29 études incluant 80 879 participants dans le monde (plus de la moitié provenaient d'Asie de l'Est, d'autres d'Amérique du Nord, d'Europe, d'Amérique centrale et du Sud, et du Moyen-Orient) a souligné l'augmentation considérable des troubles mentaux chez les enfants et les adolescents (Racine, *et al.*, 2021). Celle-ci a révélé des niveaux nettement plus importants, relativement aux mesures rapportées avant l'émergence du Covid-19, en ce qui concerne la prévalence combinée des symptômes dépressifs (25,2 % contre 12,9 %) et des symptômes d'anxiété (20,5 % contre 11,6 %) cliniquement élevés²⁷ chez les enfants et les adolescents. Ces données, qui équivalent à un doublement des estimations considérées dans leur ensemble au cours de la première année de la pandémie, paraissent d'autant plus préoccupantes que Nicole Racine et ses collègues ont en outre observé une hausse constante de ces taux en avançant dans l'année, bien que cette évolution puisse être en partie liée à la prédominance, durant les premiers mois, d'études menées en Asie du Sud-Est, où la prévalence autodéclarée des symptômes tend généralement à être plus faible. Le sexe féminin est par ailleurs, conformément aux connaissances accumulées sur les maladies mentales dans l'enfance et l'adolescence, associé à une prévalence plus importante des symptômes de dépression et d'anxiété, tandis que des taux plus élevés de dépression ont été identifiés chez les adolescents plus âgés. Ces résultats prolongent et affinent les conclusions d'une revue systématique antérieure explorant l'impact psychologique de la pandémie chez les enfants et les adolescents (Nearchou, *et al.*, 2020). Celle-ci a, de manière analogue, relevé des taux élevés de dépression et d'anxiété parmi cette population, tout en soulignant des différences relatives à l'âge et au sexe des participants, bien que ces modérateurs démographiques du risque n'aient pas été examinés en profondeur dans la plupart des enquêtes incluses. Cette étude a, par ailleurs, permis de mettre en exergue d'autres troubles mentaux associés à la crise sanitaire, tels que les troubles obsessionnels compulsifs (TOC) et les symptômes somatiques, une détresse psychologique et des difficultés comportementales. Une autre revue systématique parue à la fin de l'année 2020 a en outre évalué l'impact psychologique de l'isolement social sur les enfants et les adolescents dans le contexte de la pandémie, et a montré un lien clair avec les problèmes de santé mentale (Loades, *et al.*, 2020). Ainsi, non seulement les auteurs ont constaté que la solitude augmente le risque de dépression et probablement d'anxiété qui ont pu survenir pendant et après les périodes de confinement, mais ils ont de surcroît démontré que la durée de cette solitude était plus fortement corrélée aux symptômes de santé mentale que son intensité. Cette revue a également fait apparaître des associations positives entre, d'une part, l'isolement social et, d'autre part, les idées suicidaires, l'automutilation et les comportements à risque en matière de troubles alimentaires. Enfin, Marjolein Barendse et ses collègues ont analysé, dans une prépublication, douze études longitudinales (dix aux États-Unis, une aux Pays-Bas,

27. « C'est-à-dire dépassant un score de seuil clinique sur une mesure validée ou se situant dans la gamme des symptômes modérés à sévères d'anxiété et de dépression. » (Racine, *et al.*, 2021)

une au Pérou) utilisant des données obtenues avant et pendant les six premiers mois de la pandémie (Barendse, *et al.*, 2022). Menée auprès d'un échantillon collaboratif de plus de 1 300 mineurs âgés en moyenne de 15,4 ans, cette enquête a permis de constater une augmentation significative des symptômes dépressifs, en particulier chez les participants résidant dans des zones où les restrictions gouvernementales étaient les plus strictes, ce qui confirme les résultats de Maria E. Loades et ses collègues, qui montrent que l'isolement social pèse fortement sur la santé mentale de cette population (Loades, *et al.*, 2020).

Ces résultats ont été corroborés par la publication de diverses études longitudinales et transversales, qui ont en outre permis d'explorer avec davantage de précisions l'impact des facteurs démographiques (âge, sexe et statut socio-économique) ou socio-environnementaux (ampleur des restrictions scolaires, sévérité de la pandémie, contexte culturel, par exemple). Ainsi, une étude de cohorte menée en Islande auprès d'adolescents de 13 à 18 ans a révélé que les troubles dépressifs des jeunes Islandais se sont aggravés durant la pandémie (au-delà de l'accroissement attendu sur la base des tendances précédentes), bien que la consommation de substances ait diminué au sein de cette classe d'âge (Thorisdottir, *et al.*, 2021). En outre, l'augmentation des symptômes dépressifs et la diminution du bien-être mental ont été plus importantes chez les filles que chez les garçons pendant cette période. Les auteurs relèvent de surcroît que les adolescents âgés de 16 à 18 ans ont été les plus touchés par ces troubles de santé mentale. Ils attribuent pour partie ce constat aux différences dans les restrictions sociales mises en place selon le niveau scolaire²⁸, ainsi qu'au besoin plus prononcé d'autonomie se manifestant dans cette tranche d'âge. En Europe, une évaluation de la santé mentale de 168 enfants âgés de 7 à 12 ans résidant dans l'est de l'Angleterre, réalisée avant et durant le premier confinement (d'avril à juin 2020) à partir d'une combinaison de rapports émanant des parents, des enseignants et des enfants, a également permis de constater une augmentation substantielle des symptômes de dépression par rapport à des données de référence pré-pandémiques (Bignardi, *et al.*, 2021). Une autre enquête britannique, conduite à partir d'un échantillon de 2 673 parents recrutés par le biais des médias sociaux, fait état d'une détérioration de la santé mentale et d'une augmentation des problèmes de comportement chez les enfants âgés de 4 à 11 ans entre mars et mai 2020, particulièrement marquée au sein des ménages les plus défavorisés économiquement (Waite, *et al.*, 2021). Similairement, dans une étude menée auprès d'élèves socialement défavorisés, scolarisés dans le primaire au Pays de Galles, les auteurs ont montré que la détérioration de la santé mentale des enfants identifiée pendant la crise sanitaire, tout comme la forte prévalence des troubles mentaux relevée chez leurs parents, étaient significativement associées aux difficultés financières rencontrées par la famille (Adegboye, *et al.*, 2021). Par ailleurs, dans l'étude longitudinale en ligne *Covid-19 Supporting Parents, Adolescents and Children in Epidemics* (Co-SPACE), qui a suivi plus de 8 700 familles du Royaume-Uni durant un an à partir du début du confinement de mars 2020, une nette augmentation des troubles du comportement et de l'attention

28. Au moment de la collecte des données, seuls les mineurs de plus de 15 ans étaient contraints de suivre un enseignement à distance.

chez les enfants a été observée aux moments où les restrictions étaient les plus fortes, en juin 2020, notamment lors la fermeture des établissements scolaires. Cette augmentation a été suivie d'une diminution et d'une stabilisation de ces troubles lorsque les restrictions se sont assouplies, puis d'une nouvelle augmentation en janvier 2021, après l'instauration d'un nouveau confinement, et enfin d'une nouvelle diminution quand la plupart des enfants sont retournés à l'école en mars 2021 (Creswell, *et al.*, 2021). Dans cette étude, l'aggravation des symptômes de santé mentale a été rapportée par les parents chez les enfants âgés de 4 à 10 ans pendant la phase la plus aiguë de la pandémie, alors qu'eux-mêmes indiquaient souffrir de niveaux d'anxiété importants. D'autre part, ce sont les ménages disposant de faibles revenus qui ont rapporté les niveaux les plus élevés de symptômes de santé mentale dégradée chez leurs enfants, sans qu'une amélioration identique au reste de l'échantillon ait été observée, les concernant, en mars 2021. Une autre enquête en ligne, menée pendant l'été 2020 auprès de 11 765 adolescents scolarisés dans le sud de l'Angleterre, a montré que les filles, les élèves en situation de pauvreté et les plus âgés d'entre eux (se préparant à passer des examens nationaux au cours de l'année scolaire suivante) étaient également les plus exposés au risque de dépression, d'anxiété et de détérioration de leur bien-être (Mansfield, *et al.*, 2021). Toujours au Royaume-Uni, la série d'évaluations sur la santé mentale des enfants et des jeunes, intitulée *Mental Health of Children and Young People in England* (MHCYP)²⁹ constitue quant à elle une « ressource rare », car elle utilise un échantillonnage probabiliste et des mesures de base pré-pandémiques permettant des comparaisons pour mesurer avec précision les répercussions de la pandémie (Newlove-Delgado, *et al.*, 2021a). Cette enquête a révélé une augmentation des troubles mentaux probables de 10,8 % à 16 % entre 2017 et juillet 2020, tant chez les garçons que chez les filles âgés de 5 à 16 ans (Vizard, *et al.*, 2020 ; Ford, *et al.*, 2021). Les auteurs ont de surcroît montré que cette prévalence augmentait avec l'âge, avec une différence notable entre les sexes pour le groupe d'âge les plus élevés (17 à 22 ans), puisque 27,2 % des jeunes femmes et 13,3 % des jeunes hommes ont été identifiés comme ayant un trouble mental probable en 2020. Les conclusions de cette vaste enquête ont aussi permis de relever que les enfants présentant des problèmes de santé mentale probables étaient deux fois plus susceptibles de vivre dans des ménages rencontrant des difficultés financières, c'est-à-dire ayant mentionné un retard pris dans le paiement du loyer, des factures ou d'une hypothèque (Newlove-Delgado, *et al.*, 2021a). Les résultats de la deuxième vague de l'enquête, effectuée au printemps 2021, ont confirmé ces tendances : 17,4 % des enfants âgés de 6 à 19 ans ont été identifiés comme souffrant d'un trouble mental probable, associé à des problèmes de sommeil pour une large proportion d'entre eux (chez près de 60 % des 6-10 ans, 74 % des 11-16 ans et 87 % des 17-23 ans). Là encore, la détérioration de la santé mentale était plus marquée chez les adolescentes (Newlove-Delgado, *et al.*, 2021b). Des difficultés liées au sommeil, qui constituent un indicateur important des perturbations vécues par les jeunes mineurs, ont aussi été rapportées en France dans l'enquête EpiCov : durant le confinement du printemps 2020, 11,8 % des parents ont constaté l'apparition de ces troubles chez leur enfant. Parmi eux, 9,9 % ont par ailleurs estimé que ceux-ci

29. Incluant notamment la réalisation d'une enquête en face à face en 2017, et d'une enquête de suivi en ligne en deux vagues après le déclenchement de la crise sanitaire.

ont augmenté pendant cette période (Hazo, *et al.*, 2021a). Enfin, en Autriche, une enquête transversale en ligne menée en février 2021 auprès de 3 052 adolescents âgés de 14 à 20 ans a souligné que le bien-être mental et la satisfaction de vie de ces derniers étaient altérés un an après le début de la pandémie : les symptômes dépressifs et d'anxiété, l'insomnie et les troubles de l'alimentation étaient en effet significativement plus élevés parmi ces lycéens que lors d'une évaluation similaire effectuée en 2018 (Pieh, *et al.*, 2021).

Hors contexte européen, une étude longitudinale conduite auprès de 248 jeunes Australiens âgés de 13 à 16 ans, menée dans les douze mois précédant l'épidémie de Covid-19, puis deux mois après la mise en place des restrictions gouvernementales et de l'enseignement à distance, en mai 2020, a mis en évidence une augmentation des symptômes dépressifs et de l'anxiété, ainsi qu'une diminution significative du bien-être subjectif chez ces participants (Magson, *et al.*, 2020). Cette comparaison des niveaux prépandémiques et intrapandémiques a, de plus, fait ressortir un déclin nettement plus prononcé de la santé mentale chez les jeunes filles et chez les adolescents déclarant se sentir déconnectés socialement. Aux États-Unis, Mariah T. Hawes et ses collègues ont, pour leur part, montré que les mineurs résidant à Long Island, un épicode de la pandémie sur le territoire américain, et en particulier les adolescentes, manifestaient des troubles de santé mentale accrus en mars et mai 2020, relativement à deux mesures antérieures effectuées en décembre 2014 et juillet 2019 (Hawes, *et al.*, 2021). En effet, alors que parmi les participants, tous sexes confondus, 10,4 % ont souffert de symptômes de dépression et 40,4 % d'anxiété généralisée durant le confinement, le taux de dépression cliniquement élevée a presque triplé chez les jeunes filles entre la période prépandémique et la période pandémique, et 49 % d'entre elles présentaient une anxiété généralisée (Hawes, *et al.*, 2021). D'après une enquête réalisée en ligne auprès de participants âgés de 13 ans ou plus, les adolescents étaient par ailleurs significativement plus susceptibles que les adultes de rapporter des symptômes de dépression, d'anxiété et de troubles de stress post-traumatique, du stress et des problèmes de sommeil (Murata, *et al.*, 2021). En outre, une autre étude américaine, administrée en décembre 2020 à 2 324 parents, a permis de déceler une légère association entre la fermeture des établissements scolaires et la détérioration de la santé mentale des mineurs (Hawrilenko, 2021). Les auteurs ont de plus relevé que les enfants les plus âgés de l'échantillon, d'une part, et ceux issus de familles à faible revenu, d'autre part, connaissaient davantage de problèmes de santé mentale après la fermeture des écoles. Tali Raviv et ses collègues ont également constaté, dans une enquête par questionnaire menée auprès de plus de 30 000 parents d'élèves scolarisés dans les écoles publiques de Chicago, des perceptions négatives généralisées du bien-être psychologique des enfants dans le contexte de la fermeture des écoles, puisque près d'un quart d'entre eux ont été décrits comme étant en colère ou agités, anxieux et stressés après la mise en œuvre du confinement (Raviv, *et al.*, 2021). Sur le continent asiatique, l'étude de cohorte réalisée en Chine par Lei Zhang et ses collègues auprès de 1 241 élèves âgés de 9 à 15 ans a montré chez ces participants une augmentation significative des symptômes dépressifs entre novembre 2019 et mai 2020 (24,9 % contre 18,5 %) et une certaine stabilité des symptômes d'anxiété (15,9 % contre 13,5 %) [Zhang, *et al.*, 2020].

Dans une enquête transversale utilisant un échantillon de plus d'un million de mineurs scolarisés dans la province du Guangdong en mars 2020, la prévalence de la détresse psychologique autodéclarée était relativement élevée et supérieure à celle qui avait été identifiée au sein d'une population similaire dans une étude de 2017 (Qin, *et al.*, 2021). Par ailleurs, les élèves du secondaire, notamment en dernière année de lycée, présentaient un risque accru de détresse psychologique par rapport aux enfants scolarisés à l'école primaire. Les auteurs ont notamment attribué ce résultat à la culture chinoise, au sein de laquelle la réussite à l'examen d'entrée à l'université constitue un événement crucial, tant pour l'étudiant que pour sa famille. Une interprétation identique, qui soulignent la pression accrue subie par ces jeunes Chinois dans le contexte sanitaire face à « l'épreuve la plus importante de leur vie », a été formulée dans les conclusions de l'étude de Shuang-Jiang Zhou et ses collègues, réalisée auprès d'un échantillon en ligne de plus de 8 000 élèves âgés de 12 à 18 ans (Zhou, *et al.*, 2020). Les auteurs ont en effet constaté que plus le niveau scolaire des participants était élevé, plus la prévalence des symptômes de dépression et d'anxiété était prononcée. Zuguo Qin et ses collègues, dans leur enquête, ont aussi observé une détresse psychologique plus importante parmi les enfants et les adolescents résidant dans une région à haut risque de transmission du virus que parmi les mineurs scolarisés dans une zone à faible risque (Qin, Z., *et al.*, 2021). Ces résultats ont été corroborés par une autre étude menée dans la province du Hubei auprès de 1 784 enfants de deux écoles primaires situées pour la première à Wuhan, qui comptait le plus de cas de Covid-19 dans la province, et pour la seconde à Huangshi, ville dans laquelle les taux d'infection étaient plus bas. Les résultats révèlent que les élèves de la première école présentaient des scores de dépression significativement plus élevés que ceux inscrits dans la seconde école (Xie, *et al.*, 2020). Enfin, au Japon, une enquête administrée à un échantillon de 1 984 parents d'enfants et adolescents âgés de 6 à 15 ans a montré que la fermeture complète des établissements scolaires plutôt qu'une fermeture partielle était davantage associée à une augmentation des problèmes d'internalisation (troubles affectant le « soi ») du type anxiété ou dépression, par exemple) et d'externalisation (troubles affectant les personnes extérieures du type agressivité ou agitation, par exemple) chez les jeunes mineurs (Kishida, *et al.*, 2021).

En revanche, dans une étude longitudinale représentative de jeunes Norvégiens âgés de 13 à 16 ans réalisée entre février 2019 et juin 2020, les symptômes anxieux et dépressifs se sont légèrement accrus pendant cette période, sans que cette évolution puisse être imputée à la crise sanitaire, mais plutôt à l'augmentation de l'âge des participants (Hafstad, *et al.*, 2021). De même, dans une autre étude de cohorte menée en Norvège auprès de 2 536 collégiens et lycéens, aucun changement dans les résultats de santé mentale autodéclarés n'a été observé après l'irruption du Covid-19. Cependant, les adolescents manifestant une forte anxiété liée à la pandémie étaient plus susceptibles de présenter des symptômes de dépression élevés et une mauvaise santé physique que leurs pairs de la cohorte pré-pandémique (Burdzovic Andreas et Brunborg, 2021). De façon analogue, une enquête longitudinale menée en Suède³⁰ n'a permis de constater aucune augmentation pouvant être attribuée à la pandémie dans les niveaux

30. En Suède, les écoles ont été maintenues ouvertes pour les moins de 16 ans pendant la phase initiale de la pandémie.

de stress et de symptômes psychosomatiques au sein d'un échantillon de 1 316 adolescents âgés de 13 à 15 ans, puisque les participants du groupe témoin présentaient des résultats similaires (Chen, Y., et al., 2022). Ces trois études scandinaves ont été conduites auprès de mineurs ayant été soumis à des mesures de restriction sociale d'une ampleur relativement modérée, ce qui pourrait, selon les auteurs, expliquer le contraste important de leurs résultats avec les estimations réalisées dans des pays où la pandémie a atteint un niveau de gravité nettement plus important et où des confinements de grande envergure ont été ordonnés pour tenter de réduire le nombre de décès. Cette interprétation est aussi développée dans une étude longitudinale menée au Danemark³¹ auprès d'un échantillon de 123 932 enfants du primaire et du secondaire par Simon S. Jensen et David Reimer, qui ne constatent aucune incidence de la fermeture des établissements scolaires au printemps 2020 sur les niveaux de solitude déclarés par les élèves (Jensen et Reimer, 2021).

Les mineurs bénéficiant déjà d'un suivi psychiatrique ou souffrant de difficultés psychologiques antérieures moins impactés par la pandémie

Plusieurs auteurs ont en outre souligné que la détérioration de la santé mentale chez les mineurs depuis l'apparition de la pandémie est loin d'être uniforme. C'est notamment ce que suggèrent les résultats préliminaires de l'enquête *The OxWell School Survey*, menée pendant l'été 2020, qui rapportent qu'une proportion importante des 19 000 élèves de 8 à 18 ans scolarisés dans 237 écoles anglaises se sont sentis plus heureux après le déclenchement de la crise sanitaire (entre 25 % et 41 %, selon le groupe d'âge) [Ford, et al., 2021]. Si, à l'instar de la population générale, l'impact de la pandémie chez les enfants et les adolescents paraît tributaire des taux d'infection variables d'un pays à l'autre et de la nature des mesures de distanciation ou de confinement adoptées en conséquence, il semble également déterminé par les antécédents de santé mentale et la réactivité différentielle des mineurs à la crise sanitaire, en fonction par exemple de certains traits de personnalité. Ainsi, en Allemagne, une étude conduite à partir de données longitudinales fournies par 843 adolescents a révélé que les participants très extravertis ont connu une augmentation plus importante de la « dépressivité », corrélée à un accroissement de leur solitude (Alt, et al., 2021). Aux États-Unis, une enquête a été réalisée auprès d'un échantillon longitudinal composé d'adolescents identifiés comme dépourvus d'antécédent de trouble mental et d'adolescents à risque sur le plan de la santé mentale, c'est-à-dire ayant été, par le passé, exposés à des formes d'abus, de négligence ou de violence domestique. À partir de cette enquête, Zsofia Cohen et ses collègues ont, contre toute attente, observé une forte augmentation de la dépression et de l'anxiété chez les mineurs sans antécédent, tandis que les adolescents à risque présentaient des symptômes élevés mais stables dans le temps (Cohen, et al., 2021). Selon les auteurs, cette stabilité peut être attribuée à des ressources internes ou externes déjà établies, telles que le suivi d'une psychothérapie. Similairement, dans le cadre de l'enquête du MHCYP, plus d'un quart des mineurs âgés de 11 à 16 ans

31. Au Danemark, il n'y a eu ni couvre-feu ni restriction de sortie, et il a toujours été autorisé de se réunir à moins de dix personnes.

présentant des problèmes probables de santé mentale ont déclaré que le confinement avait « amélioré leur vie » (Newlove-Delgado, *et al.*, 2021a). Par ailleurs, d'après l'étude *School for Public Health Research* menée par le *National Institute for Health and Care Research* du Royaume-Uni, qui porte sur 1 047 mineurs de 13 à 14 ans résidant dans le sud-ouest de l'Angleterre, la santé mentale des adolescents qui avaient des problèmes d'anxiété, de dépression ou de bien-être, ou qui nourrissaient un faible sentiment d'appartenance à l'école et à leurs pairs en octobre 2019, s'est améliorée au printemps 2020 (Widnall, *et al.*, 2021). En France, Nathalie Lavenne-Collot et ses collègues ont observé qu'une très large majorité d'un échantillon de 354 enfants, suivis du 17 mars au 11 mai 2020 par le service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du centre hospitalier régional universitaire de Brest, ont connu un état clinique global inchangé par rapport à l'avant confinement, voire, pour certains, une légère amélioration durant cette période (Lavenne-Collot, *et al.*, 2021). *A contrario*, d'après l'étude de Cathy Creswell et ses collègues menée au Royaume-Uni, les parents de mineurs ayant des besoins éducatifs spéciaux ou des troubles du développement neurologique ont rapporté des niveaux très élevés de symptômes liés à un trouble de la santé mentale (Creswell, *et al.*, 2021). Karen L. Mansfield et ses collègues ont quant à eux observé que les élèves ayant antérieurement bénéficié d'un soutien en matière de santé mentale avaient presque quatre fois plus de chances d'atteindre les seuils cliniques de dépression et d'anxiété (Mansfield, *et al.*, 2021). Au Canada, une étude transversale menée auprès de parents et d'adolescents âgés de 10 à 18 ans a fait état d'une aggravation des symptômes de dépression et d'anxiété chez 67 % à 70 % des mineurs selon leur groupe d'âge, et d'une amélioration chez 19 % à 31 % d'entre eux (Cost, *et al.*, 2021). Les résultats concernant les participants avec des problèmes de santé mentale préexistants n'étaient par ailleurs pas homogènes, ce que les auteurs ont attribué à des différences, selon les profils, de symptômes spécifiques à chaque enfant. Enfin, dans une étude explorant l'impact psychologique du confinement sur 441 jeunes patients en ambulatoire d'un centre de santé mentale situé à Barcelone, les parents des adolescents concernés rapportaient une amélioration de certains symptômes (tels que les comportements d'automutilation ou les comportements régressifs) et une dégradation de certains autres (tels que l'irritabilité, les problèmes d'attention, les comportements d'opposition), associée à une augmentation du stress parental et à une baisse des revenus du foyer dans le contexte de la crise sanitaire (Lopez-Serrano, *et al.*, 2021).

De manière globale, les résultats des études menées en population clinique ou incluant un échantillon de participants présentant des antécédents de trouble mental sont donc contrastés. Il est possible que ces données parfois divergentes reflètent tout à la fois la fluctuation des symptômes en fonction de la nature et de la durée des restrictions, comme leurs effets variables selon les pathologies affectant les mineurs (Almeida, *et al.*, 2021). Dans l'ensemble, cependant, les enfants et adolescents bénéficiant d'un suivi psychiatrique ou souffrant de difficultés psychologiques antérieures paraissent avoir été moins impactés, comme le souligne une revue de littérature publiée pendant l'été 2021 (Purper-Ouakil et Kerbage, 2021). En effet, alors que des taux élevés de symptômes émotionnels, anxieux et dépressifs ont été relevés chez les mineurs en population générale, les résultats sont plus

mitigés s’agissant des populations cliniques, parmi lesquelles les conséquences de la pandémie ont possiblement été atténuées par les effets positifs du temps passé en famille et la diminution des interactions problématiques associées à la scolarité en présentiel. L’étude souligne, en conséquence, que la crise sanitaire paraît avoir davantage affecté une population inconnue des services de santé mentale, et que cette déstabilisation d’une proportion significative de jeunes qui, hors contexte pandémique, n’aurait pas eu besoin de consulter un service de soins en santé mentale, pourrait contribuer à expliquer la hausse importante des consultations psychiatriques dans les services d’urgence pédiatrique.

4.3. Des facteurs de risque principalement associés à la réduction des liens avec les pairs, aux difficultés intrafamiliales et à l’impact négatif des interactions numériques

Dès la phase initiale de la crise sanitaire, les établissements scolaires ont été parmi les premières institutions publiques à fermer pour enrayer la propagation du Covid-19. Selon les statistiques des Nations Unies, ces fermetures d’école ont touché la quasi-totalité (94 %) des élèves dans le monde, tous niveaux confondus. Cet événement n’a pas d’équivalent dans l’histoire récente, et il faut sans doute remonter à la Seconde Guerre mondiale pour observer un bouleversement de l’instruction scolaire d’une telle ampleur (Jensen et Reimer, 2021). En ce sens, les expériences vécues par la plupart des enfants et des adolescents depuis l’irruption de la pandémie sont inédites et différent en de nombreux points de celles vécues par les générations qui les ont précédés (Singh, *et al.*, 2020). Les périodes prolongées d’enseignement à domicile, mises en œuvre selon des modalités très hétérogènes d’un pays à l’autre, ont affecté de façon majeure tant la vie quotidienne de ces jeunes mineurs – s’agissant des habitudes alimentaires, des rythmes de sommeil, des activités de loisir ou de la pratique des sports (De Figueiredo, 2021) – que le processus éducatif. L’apprentissage à distance soulève en effet des défis importants (maîtrise des outils technologiques et accès à l’internet haut débit, dispositifs pédagogiques visant à pallier l’absence physique de l’enseignant, disponibilité et compétences parentales pour assurer une supervision, par exemple), susceptibles de constituer un obstacle à l’acquisition des connaissances et au progrès scolaire (Bartek, *et al.*, 2021). Plus encore, cette situation exceptionnelle a entraîné une série de retentissements sur le bien-être psychologique des enfants et des adolescents et a, en ce sens, engendré un dangereux cumul de facteurs favorisant l’apparition de troubles mentaux (Fegert, *et al.*, 2020).

L’impact prééminent de l’isolement social provoqué par les restrictions scolaires chez les adolescents

Plusieurs études – menées, par exemple, aux États-Unis (Hertz, *et al.*, 2021 ; Hawrilenko, *et al.*, 2021), au Royaume-Uni (Creswell, *et al.*, 2021) ou encore au Japon (Kishida, *et al.*, 2021) – ont objectivé l’impact de la fermeture des établissements scolaires sur la santé mentale des

mineurs en montrant notamment que les élèves ayant suivi un enseignement à distance ont présenté un risque accru de développer des symptômes d'anxiété, de dépression et d'irritabilité, par rapport à ceux qui ont bénéficié d'une instruction partiellement en présentiel et, *a fortiori*, en présentiel complet. Ce constat est d'autant plus préoccupant que l'environnement scolaire constitue précisément, dans de nombreux pays, un lieu d'accès privilégié aux services de santé mentale, en particulier pour les enfants les plus défavorisés (Golberstein, *et al.*, 2020 ; Lee, 2020 ; Viner, *et al.*, 2021). Plus généralement, de nombreux auteurs ont souligné que les mesures adoptées dans le but de contenir la propagation du virus – qui ont eu pour conséquence immédiate d'isoler physiquement et socialement les mineurs de leurs amis, de leur famille élargie et d'autres réseaux de soutien – les ont exposés à un risque élevé de présenter des troubles mentaux (Barendse, *et al.*, 2022 ; Loades, *et al.*, 2020 ; Racine, *et al.*, 2021 ; Rogers, *et al.*, 2021 ; Singh, *et al.*, 2020). Bien que l'impact négatif de la distanciation physique et sociale et des différents confinements soit également observable dans la population générale, celui-ci s'est en effet révélé saillant pour les adolescents et semble représenter un facteur prééminent de la détresse accrue identifiée au sein de cette classe d'âge. Ainsi, Natasha R. Magson et ses collègues ont constaté, dans leur enquête auprès de jeunes Australiens, que la réduction des interactions avec les pairs et la diminution des activités sociales habituelles constituaient les dimensions les plus pénibles pour ces jeunes mineurs dans le contexte de la crise sanitaire, suivies de près par la crainte qu'un proche ne développe une forme grave de Covid-19 et qu'il ne décède (Magson, *et al.*, 2020). Les inquiétudes liées à la perspective de contracter soi-même le virus et de tomber malade étaient en revanche très faibles. Dans une autre enquête réalisée au Canada, la majorité des enfants interrogés, scolarisés dans le secondaire, ont rapporté être surtout tourmentés par les effets de la pandémie sur leur scolarité et par le fait de se sentir déconnectés de leurs amis (Ellis, *et al.*, 2020). Le maintien des liens sociaux habituels constitue donc une préoccupation majeure chez ces adolescents. Ce constat contraste avec les résultats des études effectuées en population générale, qui révèlent une prédominance des inquiétudes relatives à la santé de la famille (Magson, *et al.*, 2020). Il diffère également des données relatives aux enfants scolarisés dans le primaire, c'est-à-dire chez les préadolescents, qui semblent pour leur part avoir davantage développé des symptômes d'anxiété directement liés à la peur du virus (Cost, *et al.*, 2021 ; Lopez-Serrano, *et al.*, 2021 ; Meade, 2021).

L'isolement provoqué par la crise sanitaire a particulièrement été préjudiciable pour la santé mentale des jeunes mineurs, car il est survenu à une étape charnière du développement de leur identité, où les relations amicales et les expériences sociales gratifiantes sont de la plus haute importance (Hutchinson, *et al.*, 2021 ; Almeida, *et al.*, 2021 ; Asarno et Chung, 2021 ; Kudinova, *et al.*, 2021 ; Thompson, *et al.*, 2021). En effet, parallèlement aux bouleversements physiologiques associés à la puberté, l'adolescence est une période de profonde transformation psychologique, caractérisée par un besoin accru d'interactions extrafamiliales et par une diminution de l'influence parentale au profit de celle des pairs et des amis, qui facilitent l'acquisition de l'indépendance et la transition vers l'âge adulte (Orben, *et al.*, 2020). Les confinements successifs ont donc souvent représenté une

brusque rupture des liens avec ces tiers, pourtant essentiels chez l'adolescent « en tant que contre-investissement des figures parentales », le privant « de figures identificatoires à visée émancipatrice tout autant que des potentialités d'investissements libidinaux, qu'ils soient amicaux ou amoureux » (Amar, 2021). Cette réduction drastique des relations interpersonnelles, qui s'est manifestée sur un plan tant qualitatif que quantitatif (amitiés de moindre qualité, réseaux plus limités, par exemple) [Hussong, *et al.*, 2021], a été ressentie de manière d'autant plus aiguë par ces jeunes mineurs que les changements hormonaux et neurologiques propres à l'adolescence favorisent également une émotivité accrue en réponse aux facteurs de stress, alors que le système d'autorégulation nécessaire pour gérer ces émotions demeure sous-développé jusqu'au début de l'âge adulte (Magson, *et al.*, 2020). La vulnérabilité de cette population aux effets négatifs des stratégies d'atténuation de la crise sanitaire procède par ailleurs des caractéristiques singulières de la situation pandémique, puisque « l'imposition d'une temporalité soudainement figée », tout comme l'incertitude d'un retour à une certaine normalité, renforcent « les sentiments de désespoir et d'impasse » à un âge où l'immobilisme paraît précisément insupportable (Amar, 2021). Plusieurs auteurs ont ainsi relevé que le sentiment d'être privé de certains événements sociaux, étapes ou rites de passage inhérents à la jeunesse, en raison des mesures de distanciation et de confinement, a pu accroître la détresse émotionnelle des adolescents (Magson, *et al.*, 2020 ; Almeida, *et al.*, 2021 ; Racine, *et al.*, 2021), en particulier les plus âgés, pour lesquels le besoin d'autonomie et d'interactions avec les pairs revêt une importance plus fondamentale encore (Thorisdottir, *et al.*, 2021 ; Barendse, *et al.*, 2022 ; Bartek, *et al.*, 2021).

Dans le même temps, en ce qu'elle a parfois entraîné une soudaine réduction des facteurs de stress qui peuvent accompagner la scolarisation en présentiel, par exemple, les brimades ou les conflits entre pairs, la fermeture prolongée des écoles semble avoir favorisé une augmentation substantielle du bien-être chez certains mineurs (Hoekstra, 2020 ; Hussong, *et al.*, 2021 ; Jensen et Reimer, 2021), qui transparait clairement dans les résultats de plusieurs études précédemment citées (Ford, *et al.*, 2021 ; Newlove-Delgado, *et al.*, 2021a). Une minorité d'enfants et d'adolescents vulnérables, souffrant notamment de phobie scolaire, semblent ainsi avoir connu une nette amélioration de leur santé mentale dans le cadre de l'enseignement à distance (Singh, *et al.*, 2021). L'expérience du confinement a en effet représenté pour cette population un soulagement, la préservant des interactions problématiques ou de situations de stress, qui occupaient auparavant une place centrale dans sa vie quotidienne (Fegert, *et al.*, 2020 ; Janssens, *et al.*, 2021 ; Szlyk, *et al.*, 2020 ; Zhu, *et al.*, 2021). Certains auteurs ont, pour cette raison, formulé l'hypothèse que la hausse des tentatives de suicide, observée dans différents pays dès l'été ou l'automne 2020, pouvait être en partie attribuée à une exacerbation du stress chez certains mineurs dans le cadre de la réouverture des établissements scolaires, après le répit durable ressenti pendant le confinement qui est intervenu au début de la pandémie (Gracia, *et al.*, 2021 ; Tanaka et Okamoto, 2021).

Le resserrement autour de la famille, à la fois facteur de risque et de protection

Une autre conséquence importante de l'irruption du Covid-19 pour les mineurs a été l'augmentation considérable du temps passé au sein de la famille (Hussong, *et al.*, 2021). Or, les facteurs de stress associés à la crise sanitaire qui affectent les adultes, tels que l'incertitude quant à la durée de la pandémie, la poursuite de l'activité professionnelle dans des conditions dégradées et l'incertitude économique, les responsabilités accrues liées à la scolarisation des enfants à domicile, le manque de contacts sociaux, la réduction des activités physiques et la perturbation des habitudes de sommeil, ont pu provoquer une désorganisation familiale se répercutant sur les plus jeunes (Almeida, *et al.*, 2021 ; Fegert, *et al.*, 2020 ; Rousseau et Miconi, 2020). Plusieurs études ont, en particulier, montré une dégradation de la santé mentale des parents durant la phase initiale de la pandémie et ses incidences importantes sur le bien-être des enfants (Gadermann, *et al.*, 2021 ; Nearchou, *et al.*, 2020 ; Patrick, *et al.*, 2020). Cette dégradation a très fortement touché les familles disposant de ressources financières et sociales limitées – qui, de surcroît, résident souvent dans des logements exigus avec un accès restreint à la technologie et à internet – les familles monoparentales, mais aussi les ménages élevant un enfant ayant des besoins éducatifs spéciaux ou des troubles du développement neurologique (Bartek, *et al.*, 2021 ; Creswell, *et al.*, 2021 ; Gadermann, *et al.*, 2021). En outre, en situation de crise, les enfants sont « essentiellement dépendants » de « figures référentes » comme les parents, les tuteurs ou les enseignants, par exemple, pour élaborer « leurs réponses émotionnelles et comportementales » (Gindt, *et al.*, 2021). C'est pourquoi l'augmentation du stress parental sur une durée prolongée – notamment associée, d'une part, à la menace que la pandémie fait peser sur la vie et la santé physique et mentale et, d'autre part, aux inquiétudes liées au chômage, à la perte de revenus et aux difficultés financières – a représenté une source importante d'anxiété pour les enfants, en particulier les plus jeunes, susceptibles de présenter des symptômes somatiques, un comportement régressif ou une dépendance accrue à l'égard de leurs parents (Lopez-Serrano, *et al.*, 2021 ; Meade, 2021 ; Nearchou, *et al.*, 2020). Par ailleurs, de nombreux mineurs – on estime qu'ils sont plus de 140 000 aux États-Unis³² – ont été confrontés au décès d'un parent proche ou éloigné des suites du Covid-19, après avoir assisté à sa souffrance, puis à sa perte dans des conditions extrêmement éprouvantes : avoir été témoin de l'essoufflement du malade avant qu'il ne soit emmené en ambulance, avoir visionné des vidéos où celui-ci était intubé, ne pas avoir pu, finalement, lui faire ses adieux pour des raisons sanitaires. À cela s'ajoute le fait que les restrictions sociales ont interféré avec les processus de deuil culturellement institués (Rousseau et Miconi, 2020). Les conditions anormales de ce deuil pourraient entraîner à l'avenir des problèmes d'adaptation, des troubles de stress post-traumatique, des épisodes dépressifs et une conduite suicidaire (Fegert, *et al.*, 2020 ; Gindt, *et al.*, 2021). Ce risque est d'autant plus grand que, hors contexte pandémique, le décès d'un parent, en particulier lorsqu'il survient dans l'enfance, est fortement associé à un comportement suicidaire à l'adolescence (Wassermann, *et al.*, 2021).

32. Voir sur le site de l'American Academy of Pediatrics : AAPAACAP-CHAA Declaration of a National Emergency in Child and Adolescent Mental Health.

Les bouleversements psychiques, individuels et collectifs qui ont provoqué des changements dans la dynamique familiale durant les périodes de confinement ont, d'autre part, été sources de tensions au sein du foyer. D'après une étude documentant les expériences subjectives de la pandémie au sein d'un échantillon d'adolescents américains, une importante minorité d'entre eux ont en effet connu une augmentation des conflits avec leurs parents, souvent associée à l'impression d'une diminution de leur soutien (Rogers, *et al.*, 2021). Les auteurs ont aussi observé que le resserrement contraint de la vie quotidienne autour de la cellule familiale, en ce qu'il s'est heurté au besoin d'autonomie de certains mineurs (ayant souffert, par exemple, d'un manque d'intimité et d'espace personnel), a provoqué une détresse psychologique importante. Similairement, dans l'enquête réalisée par Natasha R. Magson et ses collègues, un quart des jeunes Australiens interrogés ont rapporté une augmentation des conflits avec leurs parents, corrélée à une diminution de la satisfaction de vie (Magson, *et al.*, 2021). Par ailleurs, l'augmentation des conflits avec les pères était associée à davantage de symptômes dépressifs, tandis que les querelles interpersonnelles au sein de la fratrie, également en augmentation durant cette période, n'avaient pas occasionné de détresse supplémentaire. Il est donc possible de formuler l'hypothèse que ces disputes récurrentes avec les parents, parfois assorties de punitions, ont souvent procédé de la remise en question par l'adolescent du respect du confinement, vécu comme une « expérience régressive ». Le fait de se soumettre à l'obligation de se cantonner au domicile parental, tout en désapprouvant ces restrictions, a aussi pu engendrer une perte d'estime de soi (Rice et Sher, 2021). Ainsi, parmi de jeunes patients français ayant effectué une tentative de suicide pendant cette période, beaucoup ont rapporté « combien les impasses de cette communication devenue impossible dans ce contexte d'assignation à résidence aura renforcé leur sentiment de solitude et de devenir étranger », et finalement « contribué à leur passage à l'acte » (Amar, 2021). L'élargissement du temps passé en famille a également signifié une plus grande exposition des enfants aux conflits conjugaux, qui peuvent notamment s'être manifestés par des comportements violents, qu'ils soient liés à une détérioration des relations familiales au cours du confinement ou qu'ils aient préexisté à la crise sanitaire (Bartek, *et al.*, 2021 ; Longobardi, *et al.*, 2020). Certains mineurs se sont ainsi retrouvés « privés d'un soutien structuré » et « piégés dans des contextes familiaux dysfonctionnels » (Rousseau et Miconi, 2020), alors qu'ils ne pouvaient plus se tourner vers des représentants du monde scolaire ou des services sociaux et de la protection de l'enfance, qui, le plus souvent, ont dû restreindre leurs visites à domicile durant les phases aiguës de la pandémie (Grindt, *et al.*, 2021 ; Viner, *et al.*, 2021). Plusieurs auteurs ont par ailleurs souligné que le huis clos et l'exacerbation du stress parental ont probablement favorisé le développement de pratiques éducatives sévères, voire l'adoption de comportements maltraitants (Almeida, *et al.*, 2021 ; Bartek, *et al.*, 2021 ; Brown, *et al.*, 2020 ; Caci, 2021 ; Lee, 2020 ; Singh, *et al.*, 2021). Cette augmentation présumée de la maltraitance infantile durant le confinement tend à être accréditée par une étude française révélant une hausse de la fréquence relative des hospitalisations pour violences physiques chez les enfants de moins de 5 ans au printemps 2020 (Loiseau, *et al.*, 2021). En effet, les auteurs ont montré qu'en tenant compte de la diminution du nombre d'admissions hospitalières globales, le nombre d'enfants

exposés à des violences physiques était supérieur de 40 % au chiffre attendu relativement aux deux années antérieures.

L'élargissement du temps de présence au domicile parental paraît finalement avoir eu un impact variable sur la santé mentale des enfants en fonction de la dynamique intrafamiliale pré-pandémique et intrapandémique (Carosella, *et al.*, 2021). Adam A. Rogers et ses collègues ont pour leur part constaté que la majorité des adolescents de leur échantillon ont perçu une amélioration globale du soutien de leur famille et, pour certains, une diminution des tensions et des disputes durant les premiers mois de la crise sanitaire (Rogers, A. A., *et al.*, 2021). Une autre étude longitudinale conduite auprès de familles résidant en Italie, aux Philippines, en Suède, en Thaïlande et aux États-Unis a par ailleurs montré que l'accroissement des comportements d'intériorisation et d'extériorisation pendant le confinement a été atténué par un soutien parental plus important et par l'entretien de relations de meilleure qualité entre parents et adolescents antérieurement à la pandémie (Skinner, *et al.*, 2021). De façon générale, les mineurs ayant maintenu des rapports positifs avec leurs parents et leur fratrie ont été moins affectés par le confinement que leurs pairs ayant fait l'expérience de relations intrafamiliales conflictuelles (Orben, *et al.*, 2020 ; Janssens, *et al.*, 2021). Par ailleurs, la modification des routines familiales, une disponibilité plus importante des parents ayant bénéficié d'une réduction des facteurs de stress professionnels, ainsi que le sentiment de devoir faire front ensemble face à l'adversité a pu aussi favoriser la cohésion (Fegert, *et al.*, 2020 ; Achterberg, *et al.*, 2021). Ainsi, bien qu'il ait représenté pour certains enfants une source de vulnérabilités supplémentaire, le resserrement imposé autour du noyau familial a constitué pour d'autres un facteur de protection primordial dès le déclenchement de la crise sanitaire. En outre, il a été susceptible de renforcer la résilience de ces jeunes mineurs, car l'attention et les soins parentaux accrus, comme le rapprochement et la multiplication des échanges entre les membres de la famille, ont souvent permis de modérer leur détresse (Gadernann, *et al.*, 2021 ; Hussong, *et al.*, 2021 ; Jones, *et al.*, 2021 ; Nearchou, *et al.*, 2020).

L'effet ambivalent de l'utilisation accrue des médias sociaux

La pandémie a entraîné une augmentation considérable de l'utilisation de la technologie numérique et des plateformes de médias sociaux, qui ont offert aux enfants et aux adolescents la possibilité de communiquer virtuellement, afin de maintenir leurs liens et d'exercer un soutien mutuel en dépit de leur séparation physique (Ellis, *et al.*, 2020). Ces pratiques ont permis de restaurer une certaine forme de normalité en simulant des caractéristiques de la sociabilité « hors ligne ». Il est en effet établi que les composantes essentielles des interactions en face à face des mineurs – notamment l'échange d'informations, l'interactivité, le soutien et la récompense sociale – sont présentes dans cet usage des technologies de communication (Orben, *et al.*, 2020). Cette proximité virtuelle avec les pairs a d'autant plus joué un rôle protecteur sur le plan de la santé mentale que l'hypertexte est devenue aujourd'hui une caractéristique centrale de la sociabilité numérique chez les adolescents occidentaux, pour lesquels « l'estime de soi s'affirme [via les

réseaux numériques] à travers le regard et l'approbation de l'autre » (Deslande et Coutinho, 2020). Ainsi, dans le contexte de la crise sanitaire, une étude menée auprès d'adolescents belges a montré que les médias sociaux ont souvent constitué une ressource essentielle pour maintenir ou développer des relations sociales durant les périodes de confinement, et pour partager des contenus humoristiques ou divertissants susceptibles de favoriser leur bien-être (Cauberghe, *et al.*, 2021). Les auteurs de cette étude ont en effet estimé que l'utilisation des technologies numériques par les adolescents pendant la crise avait relevé d'une « stratégie d'adaptation constructive » leur permettant d'autoréguler leurs émotions et de faire face aux sentiments d'ennui, d'anxiété et de solitude. Une autre enquête longitudinale réalisée auprès d'adolescents péruviens a souligné que la majorité des mineurs ont rapporté, durant la pandémie, des expériences en ligne bien plus souvent positives (générant un soutien émotionnel, informationnel et d'appartenance) que négatives (provoquant un sentiment de rejet ou d'exclusion), qui ont participé à l'atténuation de l'isolement généré par les mesures de restriction (Magis-Weinberg, *et al.*, 2021).

Cependant, les conséquences de l'utilisation plus importante des médias sociaux, à partir de l'émergence de la crise sanitaire, sur la santé mentale des enfants et des adolescents sont fortement dépendantes de différences individuelles, notamment de l'existence de vulnérabilités antérieures. Les mineurs entretenant généralement des relations interpersonnelles positives semblent en effet bénéficier davantage de cette sociabilité à distance que ceux qui rencontrent, en temps habituel, des difficultés dans leurs relations sociales, ces derniers paraissant au contraire particulièrement exposés aux effets négatifs des interactions numériques (Orben, *et al.*, 2020 ; Magis-Weinberg, *et al.*, 2021). En d'autres termes, ceux qui tendent à être rejetés ou exclus de leurs groupes de pairs dans les espaces scolaires ou extrascolaires semblent vivre une dynamique similaire dans le monde virtuel : par exemple, les adolescents qui ont été harcelés en personne sont plus susceptibles d'être harcelés en ligne (Longobardi, *et al.*, 2020). Or, les effets négatifs des médias sociaux, notamment l'intimidation en ligne, qui peuvent avoir été amplifiés durant la pandémie, sont considérés comme des contributeurs potentiels de l'importance plus marquée de la dépression chez les filles (Mayne, *et al.*, 2021). De façon générale, la communication numérique paraît exacerber des mécanismes déjà identifiés : alors que le rejet ou l'acceptation par les pairs constitue au cours de l'adolescence un étalon pour guider les comportements, façonner son image personnelle et évaluer la valeur de chacun, des interactions négatives peuvent entraîner une baisse de l'estime de soi et une augmentation des symptômes d'anxiété et de dépression (Magson, *et al.*, 2020). Ainsi, les jeunes patients français ayant effectué une tentative de suicide dans les mois qui ont suivi la phase aiguë de la pandémie déclarent fréquemment avoir été victimes d'un harcèlement scolaire remontant parfois à de nombreuses années. Les « blessures ayant fragilisé les assises narcissiques » de ces adolescents ont ainsi été « réactualisées par la voie des réseaux sociaux » pendant la pandémie. Tandis que « la virtualisation des échanges trouvait à se relativiser » avant la crise sanitaire « par l'alternance de relations réelles », « le confinement a semblé agir comme une libération des processus primaires que la virtualisation facilite », puisque nombre d'adolescents

hospitalisés ont évoqué « la violence véhiculée dans des propos crus ou injurieux », qu'ils n'ont pas « su mettre suffisamment à distance » (Amar, 2021).

L'utilisation accrue des médias sociaux pendant la pandémie a également exposé plus fortement les adolescents à différentes formes d'abus ou d'exploitation, ainsi qu'à des contenus violents ou néfastes pour la santé mentale des jeunes mineurs (Singh, *et al.*, 2020), leurs parents n'ayant pas toujours les connaissances nécessaires pour contrôler ou superviser efficacement l'usage des technologies numériques (Hussong, *et al.*, 2021). Plusieurs auteurs ont également insisté sur les dangers liés à un effet de contagion à travers les groupes de discussion, ou d'une corumination entre amis pouvant favoriser les comportements suicidaires (Carosella, *et al.*, 2021 ; Hussong, *et al.*, 2021 ; Wasserman, *et al.*, 2021). Le fort potentiel anxiogène des messages pouvant circuler *via* les médias sociaux concernant la situation pandémique, qui ont parfois amplifié les émotions négatives par la désinformation, a aussi été mis en exergue (Cauberghe, *et al.*, 2021 ; Deslandes et Coutinho, 2020 ; Hussong, *et al.*, 2021). À cet égard, une étude chinoise réalisée auprès d'élèves d'une école primaire durant la phase aiguë de la pandémie a montré que plus le temps passé à s'informer sur le Covid-19 a été long, plus les niveaux d'anxiété et de symptômes de stress post-traumatique ont été élevés (Yue, *et al.*, 2020). Enfin, l'hyperconnectivité virtuelle et, de façon plus générale, l'usage intensif d'internet ou du web, peuvent avoir généré des formes d'addiction susceptibles, là encore, d'affecter le bien-être psychologique des mineurs (Deslandes et Coutinho, 2020 ; Longobardi, *et al.*, 2020 ; Singh, *et al.*, 2021).

Conclusion : des effets incertains sur les idéations suicidaires, les tentatives de suicide et les décès par suicide à long terme

Après le temps de l'urgence sanitaire, puis celui de la généralisation de l'accès à la vaccination, le nombre d'hospitalisations et de décès dus au Covid-19 a fortement décliné en Europe, tandis qu'une levée partielle mais prolongée des mesures de restriction s'est substituée à une succession de périodes de confinement et d'assouplissement des contraintes. Dans ce contexte, l'évolution de la situation sanitaire reste imprévisible, étant donné les risques pouvant être associés à l'apparition et à la circulation de nouveaux variants du SARS-CoV-2 au sein de la population. Alors que la « sortie de crise » paraît ainsi indéfiniment reportée, l'impact à long terme de la pandémie sur les comportements suicidaires demeure fondamentalement incertain (John, *et al.*, 2021), et il est probable qu'une vision globale de ses répercussions sur la santé mentale ne se dégage que très progressivement (Ayuso-Mateos, *et al.*, 2021 ; Paul et Fancourt, 2021). Les conséquences du Covid-19 sont d'autant plus incertaines que l'éloignement provisoire de la menace épidémique ne signifie pas nécessairement, à moyen terme, une amélioration du bien-être psychique et émotionnel. Les articles recensés ont ainsi fait état de la détérioration importante et durable de la santé mentale des mineurs et des jeunes adultes qui s'est produite dans les mois suivant le confinement du printemps 2020, qui a également entraîné une hausse significative des tentatives de suicide chez

les adolescents. En population générale, d'autres groupes vulnérables se sont distingués par la dégradation importante de leur condition mentale plus d'un an après le déclenchement de la crise sanitaire, notamment les personnes confrontées à des difficultés financières, et rien ne permet de savoir ce que sera, à l'avenir, l'évolution de leur trajectoire. Une vigilance particulière paraît tout aussi essentielle concernant les individus ayant été directement exposés aux manifestations des complications du Covid-19 (Dutheil, *et al.*, 2020). Parmi eux, les professionnels de santé, notamment, sont susceptibles d'avoir développé, à distance des événements, des troubles psycho-traumatiques. De même, les anciens malades hospitalisés peuvent avoir été fortement affectés par leur séjour en unité de soins intensifs et présenter un risque accru de séquelles neuropsychiatriques.

Nombre d'auteurs ont rappelé que les événements stressants à grande échelle ont généralement des effets néfastes prolongés sur la santé mentale (Daly et Robinson, 2021). C'est ainsi que la hausse des taux de suicides et de tentatives constatée par exemple à l'issue des deux guerres mondiales ou de catastrophes naturelles est survenue avec un effet de décalage (Zalsman, *et al.*, 2021). Le risque suicidaire lié à long terme à la pandémie de Covid-19 pourrait en particulier être étroitement associé aux conséquences économiques de la crise, et à ses répercussions en matière d'insécurité financière et d'évolution du chômage (Niederkrötenhaler, *et al.*, 2022). En effet, les crises économiques passées ont donné lieu à une augmentation de la mortalité par suicide, notamment dans les pays ne disposant pas de système de protection sociale permettant d'en limiter les conséquences délétères (Jollant, 2020). La complexité des facteurs intervenant dans le comportement suicidaire interdit cependant de formuler de quelconques prédictions dérivées de ces observations. Poursuivre la collecte de données de haute qualité concernant la santé mentale de l'ensemble de la population et des groupes vulnérables (Holmes, *et al.*, 2020) paraît donc indispensable pour quitter le registre de la conjecture éclairée et fournir les connaissances actualisées permettant de prévenir les conduites suicidaires dans nos sociétés.

Références bibliographiques

- Retrouvez la bibliographie relative à ce dossier dans la version numérique de l'ouvrage, sur le site internet de la DREES : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr>.

5. Recueil numérique « Covid-19 & Suicide » (mars 2020-juin 2022) – en complément de la présente revue de littérature et consultable sur le site Web de l’Observatoire national du suicide hébergé par la DREES

Monique Carrière (DREES)

Le Recueil numérique « Covid-19 & Suicide », relatif à l’impact de la pandémie de Covid-19 sur la santé mentale de la population et le risque suicidaire, propose plus de 1 000 références ciblées couvrant la période de mars 2020 à juin 2022. Il a servi de trame à la revue de littérature de Marion David.

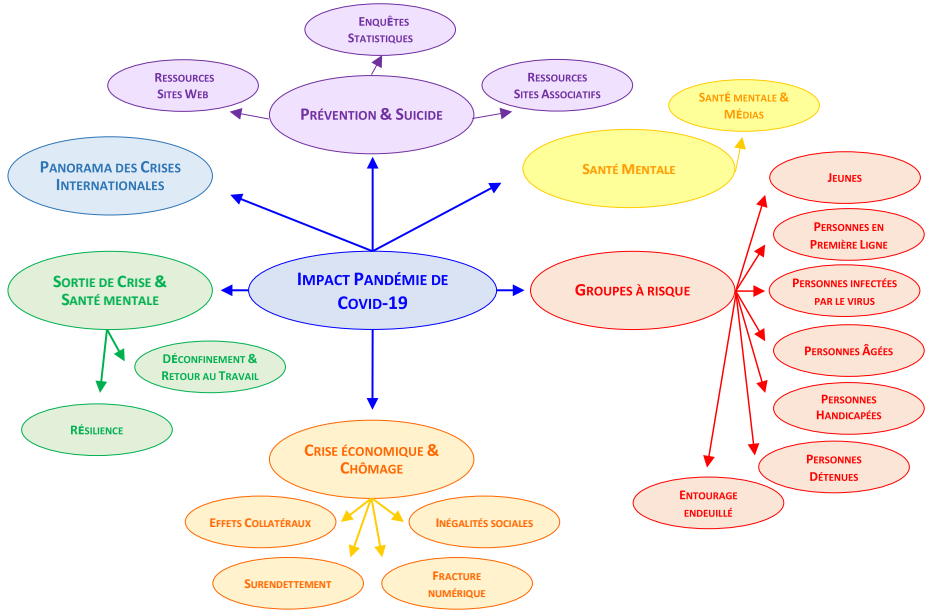
La richesse de son contenu résulte d’une vision systémique de la pandémie de Covid-19 et d’une recherche quotidienne d’informations sur le Web, couvrant aussi bien la presse que les principales bases de données internationales et les revues scientifiques. Le déclenchement de cette pandémie a provoqué la publication d’un nombre exponentiel de recherches internationales, exceptionnellement disponibles en accès gratuit. Le Recueil numérique en propose une sélection intelligente, dans le respect du droit d’auteur. Son intérêt réside notamment dans l’ampleur de la période de collecte des informations ayant servi à sa constitution, qui s’étend de mars 2020 à juin 2022 ; certaines références colligées sont datées de décembre 2022. Le Recueil offre ainsi une sélection d’articles scientifiques et d’informations jugées pertinentes, jusqu’à une date plus avancée que celle de la revue de littérature du présent rapport, qui s’est arrêtée en novembre 2021. Les deux travaux sont donc complémentaires et à forte valeur ajoutée l’un pour l’autre.

Une Veille stratégique est également disponible sur le site Web de l’Observatoire national du suicide hébergé par la DREES. Cette Veille porte sur l’actualité documentaire consacrée au suicide et est diffusée tous les deux mois environ, avec la possibilité de s’y abonner. Elle comporte, depuis le début de la crise sanitaire, un focus sur l’impact de la pandémie sur le suicide, qui a permis la constitution du Recueil numérique.

Le Recueil comporte six champs sémantiques relatifs à la pandémie, apparus au fur et à mesure du processus de recherche bibliographique, comme l’illustre sa **carte mentale**. Celle-ci est un miroir de ces concepts : Prévention & Suicide ; Santé mentale ; Groupes à risque ; Crise économique & Chômage ; Sortie de crise & Santé mentale ; Panorama des crises internationales.

Les références sélectionnées sont classées par ordre antéchronologique dans chaque champ sémantique. Lorsque cela a été possible – dans le respect du droit d’auteur – des liens électroniques ont été établis pour renvoyer vers le résumé ou le plein texte du document, accessible en cliquant sur le titre précédé de « @ ».

Carte mentale • Impact de la pandémie de Covid-19



Monique Carrière : mars 2020 / juin 2022

CONNAISSANCE ET PRÉVENTION DU SUICIDE DES JEUNES : LES APPORTS DE QUATRE NOUVELLES RECHERCHES ET LES RECOMMANDATIONS DE LA HAS

Ce dossier est consacré à la restitution de quatre recherches sur la prévention du suicide des jeunes, financées par la Mission Recherche de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) dans le cadre des travaux de l'Observatoire national du suicide (ONS). Il contient une courte synthèse de chacune des recherches, précédée d'une analyse transversale et d'une mise en perspective par Christian Baudelot, sociologue et membre de l'ONS. En fin de dossier, les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) de 2021, publiées sous le titre *Idées et conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent : prévention, repérage, évaluation, prise en charge*, sont également présentées de façon synthétique.

Dès 2016, l'ONS se penche sur la question du suicide des jeunes et plus particulièrement des adolescents, en y consacrant deux séances de travail pour identifier les pistes de recherche insuffisamment investiguées et les questionnements nécessitant d'être approfondis afin d'améliorer les dispositifs de prévention (ONS, 2018). En 2018, un appel à recherches, issu de ces réflexions, a été lancé par la DREES. Dix-neuf projets ont été reçus au total, dont quatre ont été retenus pour financement, après sélection par un conseil scientifique présidé par Christian Baudelot. Les quatre projets avaient pour point commun de proposer un changement de paradigme pour appréhender la souffrance psychique des jeunes. En effet, il ne s'agissait plus de réfléchir en partant des facteurs de risque, mais en fonction des trajectoires et des contextes de vie des jeunes. Ce changement de regard visait à étudier les moyens les plus adaptés à mettre en œuvre aux moments les plus propices pour la prévention du suicide et l'accompagnement des jeunes, en tenant compte de leur environnement de vie.

Ces recherches ont démarré avant la pandémie de Covid-19 et ont abouti pendant la crise, entre 2020 et 2021. L'enjeu de la prévention des conduites suicidaires des jeunes préexistait évidemment à la crise sanitaire, mais ces travaux prennent toute leur importance dans ce contexte.

Les recherches soulignent notamment les conditions d'une prévention réussie et optimale du suicide. Elles se rejoignent sur le fait que le système de prise en charge et de soins ne

doit pas se centrer uniquement sur le jeune mais doit tenir compte de son environnement, notamment de sa famille. La prévention du suicide fonctionne quand elle est systémique, c'est-à-dire quand les différentes ressources s'articulent, se renforcent, tandis que le parcours des jeunes est, lui, constitué d'actions souvent conduites de façon discontinue. Les résultats de ces recherches invitent également à inscrire le geste auto-infligé dans la trajectoire de l'individu plutôt qu'en le considérant comme un acte isolé.

Les résultats de ces recherches coïncident avec les recommandations de la Haute Autorité de santé. En particulier, ils confirment que le caractère complexe, multifactoriel et spécifique des conduites suicidaires des jeunes nécessite que leur accompagnement tienne compte de leur environnement, notamment familial. Ils rappellent également la nécessité d'adopter une approche consistant à « aller vers » les jeunes en souffrance afin de suppléer leur déficit de demande d'aide. Enfin, ils mettent en avant la nécessité du partage des informations entre les acteurs intervenant auprès des jeunes, et de l'articulation de leurs actions.

1. Connaissance et prévention du suicide des jeunes, le primat de l'enquête et du lien

Christian Baudelot (École nationale supérieure)

Deux grands ensembles de disciplines traitent du suicide : d'un côté, la psychiatrie, la psychologie, la psychanalyse ; de l'autre, la sociologie, la démographie et les statistiques. Les premières, centrées sur le soin, ont affaire à des individus ; les secondes, ignorant les individus, raisonnent sur une grandeur statistique : le taux de suicide. Leur objectif n'est pas le même : soigner, comprendre et prévenir le geste suicidaire pour les unes, mesurer, observer et analyser une réalité sociale pour les autres. Leurs savoirs se complètent sans réellement communiquer, d'où souvent l'impression qu'il ne s'agit pas, ici et là, du même phénomène.

Cette séparation des savoirs n'est pas une fatalité. Quatre travaux retenus dans le cadre de l'appel d'offres initié par l'ONS en 2018 sur les « comportements suicidaires chez les adolescents et leur prévention » ont été l'occasion de rapprocher les différentes disciplines, et d'entrecroiser les méthodologies déployées et les résultats obtenus.

Réunis autour d'un même objet, ces travaux recourent à une même procédure d'investigation : l'enquête auprès d'adolescents. Ils proposent également un changement de paradigme pour appréhender la souffrance psychique des jeunes. En effet, il ne s'agit plus de réfléchir en se concentrant sur les facteurs de risque, mais en tenant compte des trajectoires et des contextes de vie, l'objectif étant d'identifier les moments les plus propices à l'accompagnement et à la prévention du suicide.

Ainsi, des cliniciens réunis autour de Charles-Édouard Notredame ont conduit des entretiens approfondis auprès de jeunes dans un contexte de soin et auprès de l'un de leurs proches, afin de reconstituer de façon détaillée la trajectoire les ayant conduits au geste suicidaire. Ces entretiens retracent des histoires d'accumulation de souffrances, dont certaines sont ancrées dans la personne depuis l'enfance et d'autres sont plus récentes, jusqu'à l'apparition d'un événement déclencheur. Un psychiatre (Fabrice Jollant) et des épidémiologistes (Catherine Quantin et son équipe) ont conduit une analyse statistique longitudinale des parcours de soins de jeunes après une hospitalisation, à partir du système national des données de santé (SNDS). Des sociologues (Philippe Lemoigne et Margot Morgiève) ont quant à eux tenté de restituer les contextes de vie de jeunes ayant tenté de mettre fin à leurs jours, à partir de la consultation de comptes rendus d'hospitalisation et de l'interview de soignants. Enfin, d'autres sociologues regroupés au sein de la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (FNORS) [Cynthia Morgny, Bérénice Lambert et Pierre Chalmeton] ont conduit des entretiens qualitatifs approfondis avec des adolescents rencontrés à partir de structures de soins, de prévention, du secteur social et, dans une moindre mesure, de groupes d'entraide sur internet et de relations interpersonnelles. Ces entretiens permettent de remonter à des traumatismes vécus au cours de l'enfance, et ainsi de reconstruire des parcours singuliers et d'identifier les ressources d'aide et actions de prévention dont les jeunes ont bénéficié dans leur parcours.

Ces enquêtes apportent aux savoirs existants sur le suicide des jeunes des connaissances nouvelles et ouvrent des pistes utiles en matière de prévention. Leur ensemble constitue, à ce double titre, un apport d'un type nouveau commun aux sociologues et aux psychiatres. Parcours, trajectoires, itinéraires, ces recherches confirment que la vision chronologique et dynamique des histoires de vie apporte beaucoup à l'explication du phénomène. L'enquête de Charles-Édouard Notredame met en évidence, parmi les jeunes ayant tenté de se suicider, une grande fréquence des violences psychologiques dans l'enfance, ainsi qu'une surreprésentation tendancielle des troubles de la personnalité évitante, de l'impulsivité et de l'anxiété parmi les modèles d'attachement. Ces données révèlent une séquence chronologique inattendue : l'augmentation progressive des expériences d'adversité dans l'année qui précède le geste suicidaire, jusqu'à un seuil qui se maintient durant quelques mois ou semaines, suivie d'une précipitation du geste suicidaire en lien souvent avec une rupture sentimentale, un conflit interpersonnel ou une violence psychologique.

Philippe Lemoigne et Margot Morgiève interrogent, dans leur étude, la situation des adolescents pris dans un double mouvement contradictoire : d'une part, la pression à l'individualisation, c'est-à-dire un ensemble de processus poussant vers l'affirmation de l'indépendance de l'individu, de sa singularité et de son autonomie ; d'autre part, l'affiliation primaire et l'attachement fort à un collectif, à une communauté structurante comme sa famille. Les sociologues réactualisent les constats d'Émile Durkheim sur la perte de lien conduisant au suicide, en éclairant les situations de vulnérabilité auxquelles sont confrontés les adolescents dans une société mettant visiblement en péril l'équilibre entre affiliation et affirmation de soi.

La recherche portée par la FNORS rend compte de la connaissance qu'ont les jeunes des ressources disponibles pour lutter contre le suicide et des représentations qu'ils en ont. Les chercheurs précisent qu'il est nécessaire de privilégier la qualité de l'écoute et la relation avec les jeunes pour apaiser leurs souffrances et garantir l'empathie nécessaire à un travail efficace. Si l'identification de quelques bonnes modalités de prévention est le résultat le plus opérationnel, le travail accompli montre à quel point le repérage du mal-être est rendu délicat par les jeunes qui dissimulent leurs souffrances à leur entourage, comme sous un « masque », et à quel point ce phénomène empêche la détection et l'aide. À ce titre, les conclusions de l'enquête de terrain amènent à penser des modalités de prévention et d'accompagnement plus larges et systémiques.

Enfin, l'étude menée par Catherine Quantin et Fabrice Jollant s'intéresse spécifiquement aux hospitalisations consécutives à des gestes auto-infligés et à la mortalité des adolescents. L'approche épidémiologique s'appuie sur l'identification de six cohortes à risque permettant d'établir les taux de suicide ainsi que les taux de mortalité des jeunes, et d'identifier finement leurs variations au sein de ces populations (par exemple, les jeunes hospitalisés en psychiatrie pour une maladie mentale, les jeunes femmes enceintes, etc.). Au-delà des résultats statistiques, les auteurs de l'étude confirment les liens de causalité forts entre dégradation de la santé mentale et passage à l'acte. La mauvaise santé mentale apparaît même comme le principal facteur du risque suicidaire. Ces constatations amènent à prendre très au sérieux le geste auto-infligé, en l'inscrivant dans la trajectoire de l'individu plutôt qu'en le considérant comme un acte isolé. Les auteurs insistent sur la nécessité de se saisir de ces informations en considérant l'histoire des patients comme un processus, et prônent des interventions médicales holistiques pour mieux prévenir l'acte suicidaire ou sa récurrence.

1.1. Enquêtes nécessaires, mais difficiles

Très instructives, on le voit, ces enquêtes auprès des jeunes ne sont pourtant pas simples à mener. La reconstitution des parcours suicidaires des jeunes s'est révélée constituer un objet d'étude hérissé de difficultés. Les quatre recherches ont toutes buté sur des obstacles importants. Au-delà des difficultés classiques de ce type d'investigation (délais administratifs souvent très longs pour obtenir les autorisations nécessaires, difficultés liées à l'extraction des données à partir de bases administratives) et de celles liées à la pandémie de Covid-19 en 2020, les enquêteurs se sont heurtés à des obstacles spécifiques. Beaucoup de soignants et de parents se sont opposés au recueil de la parole des jeunes par des tiers, au motif que les faire parler de leurs tentatives ou de leurs idées suicidaires risquait de raviver leurs souffrances. Ces obstacles ont contraint les chercheurs à réduire sensiblement le nombre des personnes qu'ils avaient projeté d'interroger. Philippe Lemoigne et Margot Morgiève ont préféré l'étude de comptes rendus d'hospitalisation aux observations participantes lors de consultations de soins psychiatriques initialement prévues, tant une approche ethnographique semblait difficile à tenir. Charles-Édouard Notredame a dû

diversifier les lieux de recrutement des jeunes, ce qui a nécessité un délai supplémentaire pour finaliser la recherche.

Ces contraintes et les bifurcations méthodologiques qu'elles ont entraînées témoignent de la difficulté d'approcher une population à risque suicidaire, surtout lorsqu'elle est jeune. Caractérisées par un très haut niveau de souffrance morale, les pensées suicidaires et les tentatives de suicide touchent en effet aussi les proches. Une fois les difficultés méthodologiques levées, de nouveaux obstacles ont par ailleurs surgi : le mutisme complet de certains adolescents ; les grandes difficultés qu'éprouvaient les garçons et les filles concernés à trouver les mots pour parler des maux qui les accablaient ; ou au contraire une mise en spectacle destinée à donner le change et à dissimuler le haut niveau de souffrance qui était le leur ; les réticences à mettre en cause les parents ou l'entourage immédiat ; le désir, enfin, de tourner la page une fois pour toutes.

L'attitude la plus féconde a consisté à considérer que ces refus et dissimulations faisaient partie intégrante de la souffrance des jeunes et de leur processus suicidaire ; ils en étaient des symptômes. Identifier les émotions, y associer les mots, comprendre et pouvoir mettre à distance son vécu ne vont pas de soi. La prise de conscience, la compréhension de son mal-être et son expression verbale par le jeune nécessitent du temps. Ces obstacles deviennent alors des objets de connaissance à explorer. Ils permettent de comprendre que l'identification du mal-être, par le jeune comme par ses proches, est une opération complexe, rendue parfois difficile par des comportements qui trompent les personnes qui pourraient les aider.

Cette démarche délibérément adoptée par l'équipe de la FNORS lui a permis de tirer le meilleur parti de ces difficultés en incitant, par une écoute bienveillante, les jeunes à en parler. La crise suicidaire apparaît alors constituée d'étapes peu ou mal identifiées par les jeunes, non linéaires, peu planifiées, avec une dégradation rapide et une impulsivité de la tentative de suicide. Leur histoire suicidaire est souvent marquée par de nombreuses manifestations qui pourraient conduire au repérage de la souffrance par l'entourage, mais aussi par des occasions manquées de lui venir en aide. La crainte d'être perçu comme faible, d'être « enfoncé » par les proches, d'exposer des événements qui peuvent avoir des conséquences pour leur famille (plainte, séparation) sont autant de facteurs qui expliquent cette difficulté à dire. Un entourage inattentif ou malveillant (sujet à des difficultés par ailleurs), qui minimise le mal-être du jeune (c'est une crise d'adolescence qui va passer) et a du mal à prendre conscience de la situation, ne se rend souvent compte de la gravité de celle-ci qu'au moment de la tentative de suicide. La stabilité apparente de la souffrance du jeune dans les semaines ou les mois qui précèdent le geste suicidaire, mise en évidence par Charles-Édouard Notredame, contribue à masquer le risque de crise suicidaire.

1.2. Des voies nouvelles à la prévention

Les entretiens permettent aussi de recenser l'ensemble des personnes ressources qui ont pu ou auraient pu aider les jeunes interrogés, de détecter les failles à leur accompagnement, la cécité des proches, la surdité de certains professionnels, l'invisibilité pour les jeunes d'aides pourtant disponibles, leur propension à masquer leurs souffrances, leurs représentations désenchantées d'aides possibles à leur mal-être, les grands risques d'un retour à domicile après une hospitalisation, et autant d'informations précieuses pour améliorer la prévention.

La plupart des jeunes interrogés ignorent la palette des ressources disponibles pour leur venir en aide en dehors des soins classiques assurés par le médecin généraliste, le psychiatre et l'hôpital. Les maisons d'adolescents ne font pas partie de leur répertoire d'acteurs connus, ils ne savent pas que des réseaux d'écoute existent, ni que des psychologues exercent dans des structures qui leur sont dédiées. Améliorer cette identification doit passer par des canaux, tels que l'école, les lieux de fréquentation des jeunes ou leurs outils de communication (internet et les réseaux sociaux). Pour ceux qui en ont besoin, une personne référente est à identifier pour assurer le rôle de fil rouge auprès du jeune et de relais auprès des ressources d'aide et de soins nécessaires. Point important : l'observation des relations entre participants des groupes de soutien sur Facebook montre qu'une relation virtuelle d'aide semble être aussi efficace qu'un lien établi dans la vie réelle. Ces groupes leur apparaissent comme un espace sécurisant et fiable, où se mobilisent des pairs qui rencontrent les mêmes situations ou connaissent des souffrances comparables. Dans le dialogue avec un pair, ils trouvent une réponse rapide à leurs sollicitations, des encouragements et de la compassion, la préservation du secret et la mise en place d'un échange, d'une relation à deux en mode privé, l'incitation à ne pas se suicider.

Reconstituer les parcours de vie, identifier les souffrances qu'ils ont vécues, les événements douloureux qu'ils ont traversés, écouter leurs silences, analyser les mots qui leur servent à décrire leur état ont en effet le grand mérite d'indiquer des voies nouvelles à la prévention. Selon la recherche de Charles-Édouard Notredame, la discordance entre l'intensité des idées suicidaires d'un jeune et le caractère apparemment stable ou modéré des événements douloureux qu'il rencontre ne doit pas être prise à la légère. Elle doit alerter le personnel soignant sur le risque d'un passage à l'acte et l'inciter à se montrer plus attentif au vécu subjectif du jeune au regard de cette adversité.

Ces quatre recherches esquissent le tableau d'une prévention réussie et optimale du suicide. Elles convergent sur un point capital : la prévention du suicide est le plus efficace lorsqu'elle est systémique. C'est dans une articulation cohérente des différentes interventions de soutien et de traitement que les différentes actions doivent être pensées. Nombreuses sont en effet les personnes auxquelles peut avoir affaire un jeune en difficulté au cours de son parcours : parent, ami, camarade, enseignant, infirmière d'établissement scolaire, conseiller d'éducation, médecin généraliste, psychologue, éducateur, psychiatre, sans

compter toutes les rencontres sur internet et les réseaux sociaux, qui jouent souvent un rôle très positif. Chacun de ces contacts peut exercer une action bénéfique – des liens faibles peuvent devenir des liens forts – ou négative, selon la façon dont il répond aux difficultés que rencontre le jeune. Les sociologues de la FNORS évoquent très justement la métaphore du filet développée par Norbert Elias ; elle est très éclairante. Chaque intervenant est un fil dont l'efficacité sera d'autant plus forte qu'il sera l'élément d'un maillage collectif et cohérent.

Idéal, un tel cumul de personnes ressources est plutôt rare dans les expériences relatées dans les enquêtes. Chacun ne devient pas « la bonne personne » d'un coup. Tentatives de suicide et idées suicidaires suscitent des réactions de blocage multiples de la part des proches. Beaucoup des personnes potentiellement ressources ne réalisent pas l'ampleur du mal-être, elles ne s'entendent pas entre elles pour décider quoi faire, la circulation des informations entre ces personnes et les personnels de santé mentale est difficile, les médecins généralistes ne sont pas toujours assez formés pour écouter la souffrance mentale et orienter au mieux les jeunes qui vont les trouver. Il est bon de le savoir.

Il faut alors sensibiliser et former un maximum d'intervenants potentiels à répondre au besoin d'une écoute bienveillante que ressentent tous ces jeunes sans toujours pouvoir le dire, ni même le savoir. Des parents tentés de surprotéger leur enfant doivent comprendre que des amis, réels ou virtuels, peuvent être de précieux relais. Chacun, de sa place, peut avoir un rôle efficace à jouer face à un jeune en grande souffrance.

Les quatre recherches rappellent, une fois de plus, une vérité bien connue des psychiatres, des sociologues et de tous ceux qui ont eu affaire au suicide, mais toujours nécessaire à avoir en tête : c'est toujours d'une manière ou d'une autre la rupture d'un lien avec l'autre qui provoque idées suicidaires, tentatives de suicide et passages à l'acte. D'où le rôle primordial que doivent jouer, dans les actions de prévention du suicide, la bienveillance et la relation de confiance. Quel que soit son âge, son genre ou son statut social, une personne qui envisage de mettre fin à ses jours a besoin, selon la formule de Serge Paugam, qu'on lui signifie à la fois qu'elle peut « compter sur » l'autre et qu'on lui assure aussi qu'elle « compte pour » lui. Le primat du réseau, du lien social et de l'écoute compréhensive est ainsi bien rappelé dans les quatre recherches et constitue un acquis commun à la psychiatrie et à la sociologie.

L'appel d'offres sur le sujet a été lancé avant l'épidémie de Covid-19. Or les jeunes constituent l'une des catégories de la population qui ont le plus souffert de la pandémie et des divers confinements. Si suicides et tentatives de suicide ont diminué au début de l'épidémie, notamment pendant le premier confinement, y compris chez les jeunes, le mal-être, les troubles psychiques et la déprime en ont frappé beaucoup. Ce dont ils ont le plus souffert est la rupture des liens avec leurs camarades, dont ils ont le plus grand besoin, à l'école ou ailleurs. Ces enquêtes permettent de mieux comprendre les difficultés que ces jeunes ont

rencontrées pendant ces deux années où ils ont été privés de tous ces liens. Elles confirment en effet leur immense besoin de relations avec les autres, propre à cet âge de la vie, et leur extrême fragilité lorsqu'elles viennent à manquer.

Ces travaux indiquent les meilleures conditions de faisabilité d'enquêtes qualitatives sur le suicide, notamment auprès de jeunes. L'attitude bienveillante, le témoignage d'empathie, le contexte de soins facilitent la démarche. L'interrogation des proches, souvent eux-mêmes « embarqués » dans la problématique de vie qui a conduit au geste suicidaire, semble plus difficile, surtout lorsqu'il s'agit des parents. L'interrogation de soignants ayant accompagné des personnes hospitalisées pour un geste suicidaire est une autre piste.

Ces quatre enquêtes, centrées sur les idées et comportements suicidaires des jeunes, invitent aussi à reconsidérer les relations entre tentatives de suicides et suicides accomplis. Démographes et sociologues tendent, à partir de leurs propres données, à les considérer comme des phénomènes distincts. Il ne s'agit ni des mêmes populations ni des mêmes gestes : la tentative est majoritairement le fait de filles et de jeunes femmes, qui passent à l'acte surtout le week-end en absorbant des médicaments. C'est exactement l'inverse pour les suicides d'hommes, âgés en grande majorité, qui passent à l'acte un jour de semaine (le lundi plus que les autres) en recourant à des moyens plus violents et moins réversibles que le poison (pendaison, arme à feu, défenestration, par exemple). De là peut-on considérer la tentative non pas comme une action animée par l'intention de mourir, mais plutôt comme un appel à la vie, le message étant : « Retenez-moi ou je fais un malheur ! »

De leur côté, les psychiatres ont toujours considéré la tentative de suicide comme un facteur de risque primaire très préoccupant et disposent de nombreuses données établissant que beaucoup de suicides ont été précédés par une ou plusieurs tentatives. Fabrice Jollant et Catherine Quantin confirment, à partir de leurs données, l'importance d'un passé de geste auto-infligé comme facteur de risque suicidaire indépendant dans chacune des six cohortes qu'ils ont étudiées. Cette information doit être systématiquement collectée au niveau médical et prise en compte dans l'évaluation du risque suicidaire.

Les résultats de nos enquêtes sont loin de pouvoir trancher la question de la différence entre la tentative de suicide et le suicide, mais elles obligent à nuancer fortement l'idée selon laquelle il s'agirait de phénomènes radicalement différents. Dans les deux cas, le poids de la souffrance ou du fardeau d'adversité est énorme, et l'idée que la mort est le moyen d'y échapper est présente. Les entretiens menés par Philippe Lemoigne et Margot Morgiève avec des infirmières dans des services psychiatriques montrent que les tentatives de suicide ou les menaces de passer à l'acte sont loin de constituer un ensemble homogène, les garçons et les filles qui s'y livrent n'étant pas tous animés des mêmes intentions. Les fardeaux d'adversité ne sont pas de même intensité, les origines des souffrances ne sont pas les mêmes, ce ne sont pas les mêmes liens sociaux qui sont rompus. Certains en appellent à la vie et d'autres à la mort. Ces auteurs proposent ainsi de distinguer les menaces de

suicide qui visent à contenir une angoisse ou à manifester une attente de changement ou un désaccord et doivent appeler l'entourage à la vigilance, et les passages à l'acte réitérés et les prises de risque répétées et diversifiées, qui ne sont pas accompagnés d'une mise en scène, mais dont l'acharnement doit alerter. Il serait intéressant que de nouvelles enquêtes qualitatives cherchent à en savoir plus sur cette question. Le grand mérite des travaux réalisés sur les comportements suicidaires des jeunes est de montrer que ces enquêtes sont à la fois possibles et très riches de connaissances nouvelles pour ouvrir des voies à la prévention.

2. Recherche 1 – Trajectoires d'adversité proximales chez l'adolescent suicidant

Nathan Storme (CHU de Lille) et Charles-Édouard Notredame (CHU de Lille, Inserm)

2.1. L'étude des trajectoires de vie pour mieux comprendre le processus suicidaire

Quelle est la séquence d'événements de vie – *a priori* douloureux – susceptible d'amener les adolescents à faire une tentative de suicide? Quelle dynamique s'installe entre l'adolescent et son environnement, qui le conduit à la précipitation du passage à l'acte? Pour simples qu'elles puissent paraître, les réponses que la littérature apporte à ces questions restent pour le moment parcellaires. Pourtant, leur portée est essentielle pour la prévention. Au moment d'évaluer l'imminence d'un passage à l'acte, elles permettraient au clinicien de fonder son estimation non seulement sur les caractéristiques des idées suicidaires, mais aussi sur la dynamique relationnelle dans laquelle le jeune est engagé. Plus précocement, elles aideraient à guider des interventions propres à enrayer les trajectoires de vie dont on connaîtrait le risque suicidogène. À l'échelle d'une population, enfin, elles permettraient de penser des politiques de prévention de précision, fondées non pas seulement sur une série de facteurs de risque isolés, mais aussi sur leurs interactions ou leurs circonstances de survenue.

C'est à ces questions que nous avons tenté de répondre à travers l'étude « Trajectoire d'adversité proximale chez l'adolescent suicidant » (TAPAS). À partir du récit de jeunes de 15 à 24 ans et de leurs proches, nous avons travaillé à reconstituer des trajectoires de fardeau d'adversité au cours de l'année écoulée. Selon une perspective systémique, appréhendant l'individu et son environnement comme un ensemble dynamique, le fardeau d'adversité est censé refléter la somme des événements de vie douloureux traversés et incorporés, mais aussi, et indissociablement, les stratégies d'adaptation adoptées par l'individu pour y faire face. En comparant des adolescents suicidants à des adolescents témoins, notre objectif était de décrire les spécificités des trajectoires d'adversité types qui précèdent une tentative de suicide à l'adolescence.

Après l’interrogation de 11 adolescents cas et de 10 adolescents témoins (contre 30 visés pour chaque groupe au départ), les conclusions de TAPAS sont pour le moment très préliminaires. Néanmoins, les esquisses de résultats obtenus recèlent déjà quelques enseignements, dont certains inattendus.

2.2. L’évolution du facteur d’adversité

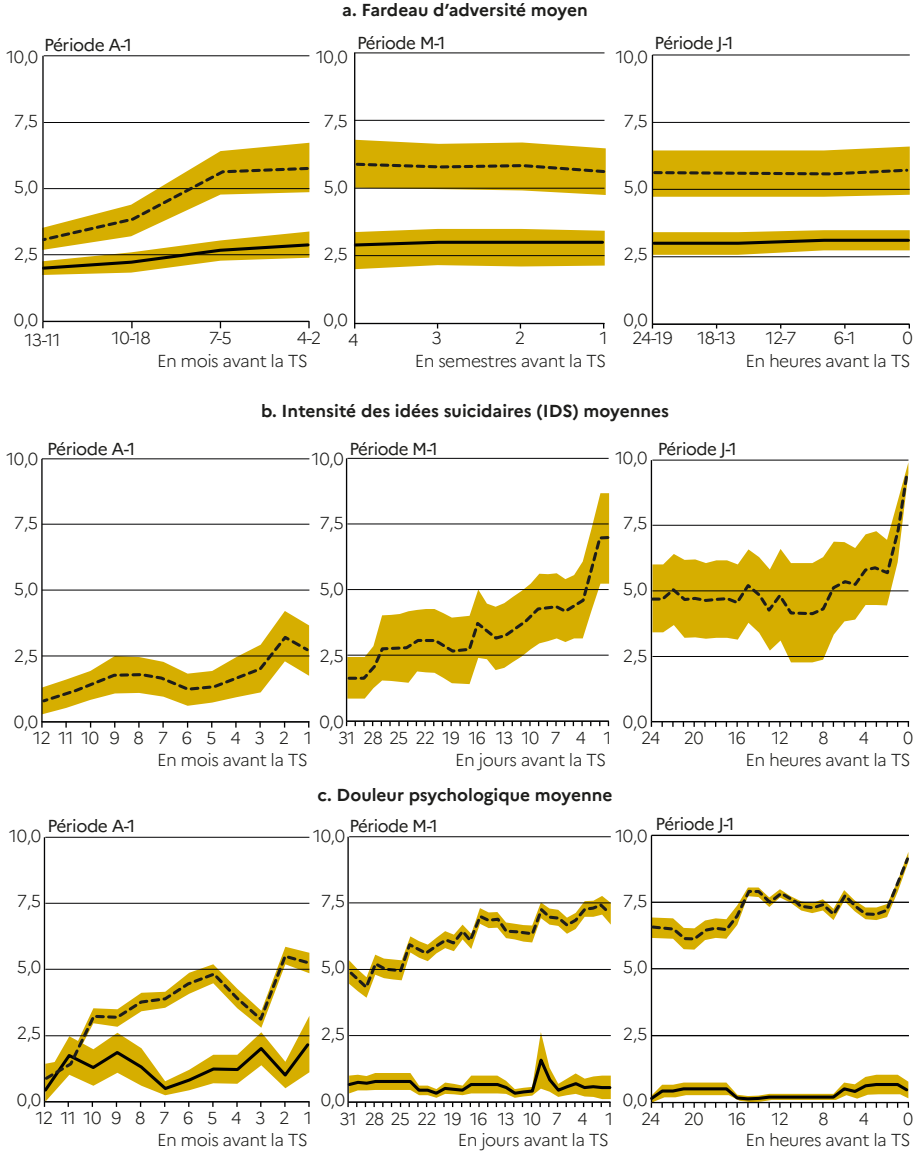
Les résultats prévisibles sont ceux qui témoignent de la plus grande vulnérabilité des adolescents suicidants par rapport à leurs homologues témoins. Cette plus grande vulnérabilité se caractérise par une plus grande fréquence des violences psychologiques éprouvées dans l’enfance, par une surreprésentation tendancielle des troubles de la personnalité évitante¹, et enfin par davantage d’impulsivité et d’anxiété parmi leurs modèles d’attachement². De même, et comme nous pouvions nous y attendre, les adolescents suicidants sont plus nombreux à présenter un trouble thymique (trouble affectif de l’humeur) de façon générale, et dépressif de façon plus particulière.

Là où les résultats sont plus surprenants, c’est qu’ils dérogent aux prédictions de trajectoires d’adversité. En effet, d’après les modèles cliniques de la crise suicidaire de Monique Séguin et ses collègues, nous aurions pu anticiper une augmentation des niveaux de fardeau d’adversité à mesure que les adolescents du groupe cas s’approchaient de la tentative (Séguin, *et al.*, 2012). Cette augmentation aurait témoigné de l’accumulation de la charge adverse, de l’épuisement progressif des stratégies d’adaptation efficaces, du recours de plus en plus important aux stratégies d’adaptation dysfonctionnelles, et donc de l’exposition de plus en plus fréquente à l’adversité. À la place de ces résultats attendus, nous avons mis en évidence, chez les adolescents suicidants, une trajectoire de fardeau d’adversité certes initialement ascendante, mais qui se stabilisait à partir du sixième mois avant la tentative de suicide jusqu’au moment du passage à l’acte. En parallèle, l’intensité des idées suicidaires et la douleur psychologique dont témoignaient les adolescents du groupe cas augmentaient progressivement jusqu’au dernier jour avant la tentative de suicide, se stabilisait dans les dernières 24 heures pour finalement augmenter soudainement à nouveau dans les toutes dernières heures avant le passage à l’acte (**graphique 1**).

1. Trouble de la personnalité caractérisé par un sentiment de tension et d’appréhension, d’insécurité et d’infériorité. Il existe un désir perpétuel d’être aimé et accepté, une hypersensibilité à la critique et au rejet, une réticence à nouer des relations et une tendance à éviter certaines activités en raison d’une exagération des dangers ou des risques potentiels de situations banales. (Définition de la 10^e révision de la classification internationale des maladies.)

2. La théorie de l’attachement est la théorie développementale qui s’intéresse au besoin fondamental de sécurité affective des individus, ainsi qu’au système de comportement qui permet cette sécurité *via* le rapprochement réel ou symbolique avec une ou plusieurs personnes spécifiques.

Graphique 1 • Évolution moyenne des valeurs de fardeau d'adversité, d'intensité des idées suicidaires et de douleur psychologique sur les périodes A-1, M-1 et J-1



A-1, M-1, J-1 : respectivement l'année, le mois et le jour qui précèdent la tentative de suicide pour les cas, et l'entretien pour les témoins.

Note • Les traits en pointillés représentent le groupe des adolescents suicidants, les traits pleins celui des adolescents témoins. L'ombre représente les valeurs d'erreur standard autour de la moyenne. Le groupe témoin ne présentant pas d'idées suicidaires, il n'est pas représenté dans les graphiques correspondants (b).

Source • Enquête TAPAS.

2.3. Des pistes d'interprétation

Conformément aux hypothèses développementales et aux modèles cliniques de Monique Séguin et ses collègues, l'augmentation du fardeau d'adversité observée entre les douzième et sixième mois avant le passage à l'acte des adolescents suicidants pourrait être interprétée comme une déstabilisation de leurs interactions avec l'environnement. Cette déstabilisation pourrait être en lien avec l'adoption de stratégies visant à apaiser la détresse psychique dans le court terme, mais dont le caractère dysfonctionnel augmente le risque de survenue de nouvelles expériences de vie adverses (la consommation d'alcool ou le refus scolaire, par exemple). Plus surprenante est la stabilisation du fardeau d'adversité observée chez les jeunes suicidants jusqu'au moment du passage à l'acte. Cette stabilisation pourrait témoigner d'un retour à une forme d'équilibre où la survenue des expériences de vie adverses et l'adoption de nouvelles stratégies adaptatives se compenseraient. Néanmoins, cet équilibre serait à la fois dysfonctionnel, psychopathologique et précaire : dysfonctionnel, car il serait associé à un niveau de fardeau d'adversité constamment non nul ; psychopathologique, car il s'accompagnerait d'un épuisement psychique, dont les niveaux croissants de douleur psychologique et d'idées suicidaires seraient l'expression ; et précaire, car il serait davantage sujet à une nouvelle déstabilisation prenant la forme d'une crise suicidaire aiguë. Dans les théories systémiques, un tel état est qualifié de « métastable » : en apparence à l'équilibre, une simple perturbation suffit rapidement à déstabiliser à nouveau le système. Dans nos résultats, cette déstabilisation pourrait correspondre au passage à l'acte, que précède de très peu un dernier événement adverse, et qui s'accompagne d'un surcroît subit d'idées suicidaires et de douleur psychologique.

Néanmoins, ces pistes dynamiques ne suffisent pas à résorber deux difficultés d'interprétation de nos résultats :

- Comment expliquer que les niveaux de douleur psychologique et d'intensité des idées suicidaires continuent à augmenter malgré une stabilisation des niveaux de fardeau d'adversité ?
- Pourquoi un événement mineur, auparavant toléré par l'adolescent, viendrait-il soudainement précipiter le passage à l'acte ?

L'un et l'autre de ces constats semblent suggérer un processus interne aux adolescents suicidants, que la mesure du fardeau d'adversité ne capturerait pas. La théorie de l'impuissance apprise postule un mécanisme psychologique qui permettrait d'appréhender ce pendant intrapsychique de la déstabilisation des interactions entre l'individu et son environnement.

Selon cette théorie, un individu exposé de façon répétitive à un stimulus aversif³ auquel il ne peut échapper fixerait dans ses représentations subjectives le constat d'une absence de prise sur la réalité, sur le cours des événements ou sur son environnement. Dans notre étude, l'augmentation progressive de la douleur psychologique et de l'intensité des idées suicidaires est compatible avec une telle internalisation par apprentissage de l'inefficacité des mécanismes adaptatifs des adolescents suicidants devant un fardeau d'adversité constamment élevé. Contraints à des tentatives inefficaces, voire contreproductives, d'échapper à de fréquentes expériences de vie adverses, ces derniers ont pu intégrer progressivement l'impression subjective de ne plus avoir prise sur leur vie. C'est ce sentiment d'impuissance qui a pu conduire au désespoir et au découragement. Le geste suicidaire serait alors à interpréter comme la forme ultime de lâcher-prise face à un événement douloureux, même mineur.

2.4. Perspectives

Si les résultats préliminaires de TAPAS se vérifiaient, leur implication en matière de prévention pourrait être concrète et directe. Ils encourageraient à intégrer pleinement la discordance possible entre l'intensité des idées suicidaires d'un jeune et le caractère apparemment stable ou modéré des événements douloureux qu'il rencontre pour évaluer l'imminence d'un passage à l'acte. Autrement dit, ils inviteraient le praticien confronté à un adolescent suicidaire à ne pas se rassurer devant une période de stabilisation dans une adversité « objectivement » constatée, mais davantage à s'appuyer sur le vécu subjectif du jeune en regard de cette adversité. Les stratégies de prévention qui en découleraient seraient alors de deux ordres. Selon une perspective systémique, il s'agirait d'intervenir de façon proactive pour restaurer un équilibre plus stable et fonctionnel entre le jeune et son environnement, avant que ne survienne l'épuisement psychique. Une telle intervention pourrait relever de la médiation ou de la thérapie familiale, dont l'intérêt a été montré pour la prévention des conduites suicidaires à l'adolescence (Henggeler, *et al.*, 2004). Elle pourrait également se traduire par davantage de diligence dans la mise en place de mesures destinées à protéger le jeune des violences, y compris larvées, auxquelles il aurait à faire face. De façon complémentaire à cette perspective systémique, une intervention davantage psychologique consisterait à renforcer les capacités adaptatives des jeunes suicidaires face aux expériences de vie adverses qu'ils rencontreraient. À ce titre, le paradigme de l'écriture expressive, dont l'objet est de décrire par écrit ses pensées et émotions à propos d'un événement difficile, pourrait être utilement mis à profit (Baikie, *et al.*, 2005). Inscrite dans un travail individuel ou de groupe, sa combinaison avec les méthodes de reconstitution des trajectoires de vie adverses, développées dans TAPAS, permettrait de réinscrire les

3. Aversif : caractéristique d'un stimulus qui diminue la probabilité d'apparition du comportement entraînant sa présentation, ou qui augmente la probabilité d'apparition du comportement conduisant à éviter, retarder ou échapper à la présentation de ce stimulus (dans le cas du processus et de la procédure de renforcement négatif). La qualité aversive d'un stimulus n'est donc pas essentiellement fonction de sa dimension affective et subjective, mais de son influence sur la probabilité ultérieure d'apparition d'un comportement. Nous utiliserons les termes « stimulus aversif » au lieu de « renforçateur négatif ». Définition tirée de Magerotte, G., Willaye, É., Forget, J., *et al.* (2010). Lexique. Dans Forget, J., Rivard, M., *Intervention comportementale clinique : Se former à l'A.B.A.* Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur, p. 295-312.

événements vécus dans une dynamique plus globale et interactive (donc moins déterministe). Elle favoriserait une meilleure compréhension cognitive de cette séquence de vie, le redéploiement de l'éventail des stratégies adaptatives fonctionnelles et, au final, la réduction de la probabilité de survenue de nouvelles expériences de vie adverses.

Références bibliographiques

- **Baikie, K. A., Wilhelm, K.** (2005). Emotional and physical health benefits of expressive writing. *Advances in psychiatric treatment*, 11(5), p. 338-346.
- **Henggeler, S. W., Rowland, M. D., Schoenwald S. K., et al.** (2004). Multisystemic therapy effects on attempted suicide by youths presenting psychiatric emergencies. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(2), p. 183-190.
- **Séguin, M., Brunet, A., Leblanc, L.** (2012). Contexte, typologie de la crise et intervention. Dans *Intervention en situation de crise et contexte traumatique* (2^e édition, 4-31). Montréal, Canada : Gaëtan Morin.

3. Recherche 2 – Hospitalisation pour geste auto-infligé et mortalité durant les trois ans de suivi de six cohortes d'adolescents et de jeunes adultes

Fabrice Jollant (université de Paris et GHU Paris psychiatrie et neurosciences),
Karine Goueslard (CHU de Dijon), Catherine Quantin (CHU de Dijon et Inserm)

3.1. Contexte

En France, comme dans le monde, le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les adolescents et chez les adultes jeunes après les accidents de la route (Mokdad, 2016). Le nombre d'actes auto-infligés est également très important chez les jeunes, et notamment les jeunes filles autour de 16 ans, en France (Vuagnat, 2019). De nombreux actes auto-infligés ne sont en outre pas comptabilisés dans les statistiques (avant tout hospitalières en France, à ce jour), car n'ayant pas conduit à un passage à l'hôpital : de l'ordre de 40 % depuis plusieurs années, et jusqu'à 53 % chez les 18-24 ans (Jollant, 2020). Par ailleurs, dans le contexte de la pandémie de Covid-19, une forte augmentation des gestes auto-infligés des jeunes a été observée à partir de la rentrée 2020.

Le devenir des jeunes ayant effectué un acte auto-infligé est un motif de souci. Même si beaucoup d'entre eux s'en sortiront bien ou très bien, un certain nombre présenteront une évolution défavorable, voire dramatique. Une étude canadienne portant sur plus de 20000 adolescents suivis en moyenne 7 ans après une intoxication médicamenteuse

volontaire révèle un taux de décès de 1 % parmi eux, dont la moitié par suicide, ce qui est très supérieur au taux constaté dans la population générale (Finkelstein, 2015). En outre, plusieurs études mettent en avant une évolution psychosociale défavorable de beaucoup de jeunes à la suite d'une autoagression. Notamment, une étude australienne menée auprès de plus de 1600 adolescents ayant réalisé un geste auto-infligé et suivis jusqu'à l'âge de 35 ans révèle, comparativement aux personnes n'ayant pas réalisé un tel geste à l'adolescence, une fréquence plus importante de chômage, de difficultés financières, de maladies mentales, de consommation de substances et de dépendance tabagique (Borschmann, 2017).

La question des conduites suicidaires chez les adolescents et chez les jeunes adultes est intriquée à celle de la maladie mentale, qui représente un facteur de risque majeur de geste suicidaire. De nombreuses maladies mentales commencent à s'exprimer cliniquement entre 15 et 30 ans, tels le trouble bipolaire, la schizophrénie, les consommations de substances, et les troubles de l'anxiété (Kessler, 2007). L'âge moyen de la première dépression est habituellement plus tardif, mais près de 30 % débutent avant 30 ans. À ces premiers troubles dépressifs s'ajoutent en outre le poids des maladies mentales chroniques débutant durant l'enfance, tels que le retard mental, les troubles autistiques ou les troubles de l'attention, dont on sait aujourd'hui qu'ils sont aussi à risque suicidaire (Zahid, 2017). Le poids du handicap global causé par les maladies mentales est ainsi maximal chez les 10-29 ans (Whiteford, 2013).

Enfin, soulignons que la maladie somatique grave, notamment douloureuse et invalidante, augmente le risque de geste suicidaire en interaction avec la dépression. En outre, plusieurs études ont montré que le risque de décès prématuré chez les suicidants n'était pas que le fait du suicide, mais aussi de décès par mort dite « naturelle » (Bergen, 2012), ce qui suggère une fragilité globale, psychique et physique chez les personnes à risque suicidaire. C'est pourquoi, même si les maladies somatiques sont plus rares avant 30 ans qu'à des âges plus avancés, elles font partie des points particuliers d'attention à prendre en compte dans le dépistage du risque suicidaire chez les jeunes.

3.2. Objectif de l'étude

L'objectif de cette étude est d'utiliser les données du système national des données de santé (SNDS) afin de mesurer, d'une part, le risque de geste auto-infligé conduisant à une hospitalisation et, d'autre part, la mortalité, notamment par suicide, de six cohortes de jeunes âgés de 12 à 25 ans en France :

- Jeunes hospitalisés en psychiatrie pour une maladie mentale.
- Jeunes hospitalisés pour un trouble des conduites alimentaires.
- Jeunes hospitalisés pour un geste auto-infligé.
- Jeunes femmes enceintes.

- Jeunes hospitalisés pour une chirurgie bariatrique.
- Jeunes hospitalisés pour intoxication alcoolique ou aux substances, ou pour traumatismes jugés d'origine non suicidaire.

Ces six cohortes nous ont semblé pertinentes au regard soit de la littérature internationale déjà disponible afin d'avoir des données similaires en France, soit du manque de données disponibles dans la littérature internationale. Elles couvrent par ailleurs différents facteurs de risque suicidaires : la maladie mentale, les gestes auto-infligés, la grossesse adolescente comme marqueur de condition psychosociale difficile, une condition médicale et son traitement (chirurgie bariatrique), des marqueurs d'impulsivité (intoxication et traumatismes sévères). Enfin, ces populations à risque sont susceptibles d'être identifiées dans des structures différentes : services de psychiatrie, d'endocrinologie ou de chirurgie, d'urgence, d'obstétrique ou services sociaux (**encadré**).

Encadré – Méthodologie

La méthodologie est similaire pour toutes les cohortes, et contrainte par les données disponibles. Chaque cohorte est constituée d'un groupe cas et de un à deux groupes témoins. Les groupes cas ont été recrutés du 1^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2014. À chaque cas correspond une date d'hospitalisation index (correspondant à un premier séjour dans l'année). Selon la cohorte, chaque groupe de cas a été comparé à un ou deux groupes témoins (un groupe de témoins « sains » et un groupe de témoins « patients »), dont la date fictive d'hospitalisation index a été fixée au 1^{er} janvier 2008. Nous avons en outre identifié une période d'antécédents s'étendant du 1^{er} janvier 2008 à l'hospitalisation index, et une période de suivi de trois ans à compter de l'hospitalisation index.

Les critères définissant les groupes cas et témoins peuvent être obtenus en contactant les auteurs. Attention, les groupes témoins ne sont pas similaires entre cohortes. Notons également que les données des causes de mortalité du SNDS n'étaient disponibles au moment des analyses que jusqu'à fin 2015. Pour ces données, le suivi est donc de un à trois ans. Les mêmes variables confondantes ont par ailleurs été prises en compte dans toutes les analyses par régression logistique : âge, sexe, antécédent d'hospitalisation pour geste auto-infligé, pour maladie mentale ou pour maladie somatique.

3.3. Résumé des résultats

Cohorte Hospitalisation en psychiatrie pour maladie mentale

- Dans cette cohorte, la population étudiée est composée de 73 300 personnes hospitalisées en psychiatrie avec un diagnostic de maladie mentale entre 2013 et 2014. Le groupe

de témoins « sains » est constitué de 219900 personnes non hospitalisées en raison d'une maladie mentale entre 2008 et 2014, et appariées selon l'âge et le sexe avec les personnes du groupe de cas. Le groupe de témoins « patients » est constitué de 9751 personnes présentant un diagnostic de maladie mentale entre 2008 et 2012, mais non hospitalisées en psychiatrie entre 2013 et 2014.

- À la date d'hospitalisation index, 53,6% des cas étudiés sont des hommes ; 57 % des diagnostics relèvent d'un trouble de l'anxiété, d'un trouble de l'humeur ou d'une schizophrénie ; 12,5 % des cas ont déjà été hospitalisés pour un geste auto-infligé, et 39,0 % l'ont été pour un trouble somatique.
- Durant le suivi, on mesure une augmentation significative du risque de geste auto-infligé, de maladie somatique et de décès toutes causes confondues et par suicide (**tableau 1**). Une hospitalisation pour maladie mentale est associée à un risque ultérieur élevé de ces quatre variables indépendamment des variables d'ajustement, et quel que soit le groupe témoin (**tableau 2**).

Cohorte Hospitalisation pour trouble des conduites alimentaires

- Dans cette cohorte, la population étudiée est composée de 5452 personnes hospitalisées avec un diagnostic d'anorexie mentale ou de boulimie entre 2013 et 2014. Les témoins sont 16356 personnes sans hospitalisation pour trouble alimentaire entre 2008 et 2014 et appariées sur l'âge et le sexe.
- À la date d'hospitalisation index, 93,6 % des cas étudiés sont des femmes ; 50,0 % ont moins de 18 ans ; 77,7 % sont hospitalisés pour anorexie et 25,2 % pour boulimie.
- Durant le suivi, on mesure une augmentation significative du risque de geste auto-infligé, et de décès toutes causes confondues et par suicide (**tableau 1**). Une hospitalisation pour trouble des conduites alimentaires est associée à un risque ultérieur élevé de geste auto-infligé et de décès indépendamment des variables d'ajustement (**tableau 2**).

Cohorte Hospitalisation pour geste auto-infligé

- Dans cette cohorte, la population étudiée est composée de 34533 personnes hospitalisées pour geste auto-infligé entre 2013 et 2014. Les témoins sont 103599 personnes non hospitalisées pour geste auto-infligé entre 2008 et 2014 et appariés sur l'âge et le sexe.
- À la date d'hospitalisation index, 70,8 % des cas étudiés sont des femmes ; 50,1 % ont moins de 18 ans ; 79,6 % des gestes auto-infligés ont été réalisés par overdose de médicaments et 11,4 % par utilisation d'un objet tranchant ; 9,6 % des cas étudiés ont un passé de geste auto-infligé ; 91,9 % ont une mention d'hospitalisation avec un diagnostic passé de maladie somatique.
- Durant le suivi, on mesure une augmentation significative du risque de geste auto-infligé, de maladie somatique et de décès toutes causes confondues et par suicide (**tableau 1**). Une hospitalisation pour geste auto-infligé est associée à un risque ultérieur élevé de ces variables indépendamment des variables d'ajustement (**tableau 2**).



Tableau 1 • Taux d'hospitalisation pour geste auto-infligé ou pour maladie somatique, et taux de mortalité toutes causes confondues ou par suicide durant les 3 ans de suivi de 6 cohortes d'adolescents et de jeunes adultes (cas et témoins) recrutés entre 2013 et 2014

En %

Cohorte	Geste auto-infligé	Maladie somatique ¹	Décès (toutes causes)	Suicide
Hospitalisation pour maladie mentale				
Cas	9,9	28,8	0,8	0,2
Témoins « sains »	0,1	6,2	0,05	0,003
Témoins « patients »	6,8	21,7	0,4	0,1
Hospitalisation pour trouble des conduites alimentaires				
Cas	13,0 ²	50,3	0,8	0,2
Témoins	0,3	10,2	0,03	0,0
Hospitalisation pour geste auto-infligé				
Cas	20,9	32,4	0,6	0,2
Témoins	0,1	9,9	0,05	0,009
Grossesse				
Cas	1,2	17,4	0,07	0,0
Témoins non enceintes, appariées au groupe cas selon l'âge	0,3	7,0	0,04	0,003
Témoins enceintes, âgées de 19 à 25 ans	0,5	20,6	0,04	0,005
Chirurgie bariatrique				
Cas	1,5	64,1	0,3	nd
Témoins « sains »	0,3	17,4	0,07	nd
Témoins « patients »	1,1	-	0,2	nd
Hospitalisation pour intoxication ou traumatisme non suicidaires				
Cas	7,4	31,2	0,5	0,09
Témoins	0,1	8,0	0,06	0,008

nd : non donné (faible effectif).

1. Attention, la définition varie en fonction des cohortes. Par exemple, les lésions ne sont pas incluses dans la cohorte « Hospitalisation pour intoxication ou traumatisme non suicidaires », les grossesses ne sont pas incluses dans la cohorte « Grossesse ».

2. 14 % pour anorexie, 19 % pour boulimie.

Cohorte Grossesse adolescente

- Dans cette cohorte, la population étudiée est composée de 35 449 femmes enceintes de moins de 18 ans ; les témoins qui ne sont pas enceintes sont 70 898 femmes appariées sur l'âge ; les témoins enceintes sont 233 406 femmes enceintes âgées de 19 à 25 ans.
- À la date d'hospitalisation index, 3 % des cas étudiés ont un antécédent de geste auto-infligé ; 49,6 % choisiront une interruption volontaire de grossesse et 36,0 % iront à terme (15 % non connu).
- Durant le suivi, on mesure 1,2 % de gestes auto-infligés dans la population étudiée (tableau 1). Une grossesse durant l'adolescence est associée à une augmentation

significative du risque ultérieur de geste auto-infligé et de décès (50,0 % de cause accidentelle ; le suicide est non calculé, car très rare) [tableau 2]. Toutefois, les facteurs ayant le plus fort poids sur le risque de geste auto-infligé sont les troubles mentaux antérieurs et un antécédent de geste auto-infligé.

Tableau 2 • Risque ajusté⁴ de geste auto-infligé ou de maladie somatique, et taux de mortalité toutes causes confondues ou par suicide durant les 3 ans de suivi de 6 cohortes d'adolescents et de jeunes adultes (cas et témoins) recrutés entre 2013 et 2014

En %

Cohorte	Geste auto-infligé	Maladie somatique ¹	Décès (toutes causes)	Suicide
	HR (95 % IC)	HR (95 % IC)	HR (95 % IC)	HR (95 % IC)
Hospitalisation pour maladie mentale				
Cas (versus témoins « sains »)	105,5 (89,5-124,4)	4,0 (3,9-4,1)	13,3 (10,6-16,7)	9,2 (4,2-19,8)
Cas (versus témoins « patients »)	1,5 (1,4-1,6)	1,4 (1,4-1,5)	2,1 (1,5-3,0)	1,7 (1,0-2,9)
Hospitalisation pour trouble des conduites alimentaires				
Cas (versus témoins)	26,6 (19,6-36,1)	5,7 (5,3-6,1)	8,9 (3,2-24,9)	nd
Hospitalisation pour geste auto-infligé				
Cas (versus témoins)	77,1 (61,7-96,3)	1,0 (1,0-1,1)	4,2 (2,5-7,2)	11,4 (4,7-28,1)
Grossesse				
Cas (versus témoins non enceintes, appariées au groupe cas selon l'âge)	3,1 (2,6-3,7)	2,4 (2,3-2,5)	1,6 (0,9-2,8)	nd
Cas (versus témoins enceintes, âgées de 19 à 25 ans)	2,4 (2,1-2,7)	0,8 (0,8-0,9)	1,7 (1,1-2,7)	nd
Chirurgie bariatrique				
Cas (versus témoins « sains »)	3,6 (1,7-7,8)	4,4 (3,9-4,9)	nd	nd
Cas (versus témoins « patients »)	1,3 (0,7-2,3)		nd	nd
Hospitalisation pour intoxication ou traumatisme non suicidaires				
Cas (versus témoins)	62,8 (55,8-70,8)	4,0 (3,9-4,0)	5,7 (4,8-6,8)	7,1 (4,6-11,2)

nd : non donné (faible effectif) ; HR : Hazard Ratio ; IC : intervalle de confiance.

Cohorte Chirurgie bariatrique

• Dans cette cohorte, la population étudiée est composée de 1984 personnes hospitalisées entre 2013 et 2014 pour une chirurgie bariatrique. Le groupe de témoins « sains » est constitué de 5952 personnes sans diagnostic d'obésité ou de chirurgie bariatrique entre 2008 et 2014, appariées au groupe de cas selon l'âge et le sexe. Le groupe de témoins « patients »

4. L'ajustement est variable d'une cohorte à l'autre, mais inclut systématiquement et au moins l'âge, l'histoire passée d'hospitalisation pour geste auto-infligé, maladie mentale et maladie somatique + délivrance d'un traitement psychotrope pour les cohortes Troubles alimentaires et Grossesse.

est constitué de 2060 personnes avec diagnostic d'obésité durant une hospitalisation et sans hospitalisation pour chirurgie bariatrique.

- À la date d'hospitalisation index, 91,6 % des cas étudiés sont des femmes ; une très faible proportion sont mineurs ; la population étudiée présente des taux élevés de comorbidité somatique et psychiatrique en comparaison des témoins « sains » ; 2,4 % ont un passé de geste auto-infligé.
- Durant le suivi, on observe une augmentation significative du risque de geste auto-infligé, de maladie somatique et de décès toutes causes confondues (le décès est rare) par rapport aux témoins « sains », mais pas par rapport aux témoins « patients » (**tableau 1**). Une hospitalisation pour maladie mentale est associée à un risque ultérieur élevé de geste auto-infligé indépendamment des variables d'ajustement, mais pas en comparaison des témoins « patients » (**tableau 2**). Le risque suicidaire semble moins en lien avec la chirurgie bariatrique que l'obésité et les pathologies psychiatriques et somatiques associées.

Cohorte Hospitalisation pour intoxication ou traumatisme non suicidaires

- Dans cette cohorte, la population étudiée est composée de 110232 jeunes hospitalisés entre 2013 et 2014 pour une lésion traumatique ou une intoxication non intentionnelle. Le groupe témoin est constitué de 330696 jeunes non hospitalisés entre 2013 et 2014 pour ce motif, et appariés au groupe cas selon l'âge et le sexe.
- À la date d'hospitalisation index, 56 % des cas étudiés sont des hommes ; 50,5 % ont moins de 18 ans ; 14,2 % ont un passé d'hospitalisation en psychiatrie ; 28,4 % de maladie somatique ; 4,1 % de geste auto-infligé.
- Durant le suivi, on constate qu'une hospitalisation pour lésion ou intoxication non suicidaire est associée à un risque ultérieur élevé de geste auto-infligé, de maladie somatique, de décès et de suicide (**tableaux 1 et 2**). Les causes de décès sont naturelles (39,4 %), accidentelles (26,6 %) ou suicidaires (23,6 %).

3.4. Synthèse

Plusieurs enseignements croisés peuvent être tirés des résultats de l'étude Hospitalisation pour geste auto-infligé et mortalité durant les trois ans de suivi de six cohortes d'adolescents et de jeunes adultes. Tout d'abord, la maladie mentale apparaît comme le principal facteur de risque suicidaire, plus encore quand une hospitalisation a été récemment nécessaire. Le suivi des jeunes patients après une hospitalisation pour maladie mentale doit par conséquent être une priorité dans l'organisation des soins.

Nous confirmons par ailleurs l'importance d'un passé de geste auto-infligé comme facteur de risque suicidaire indépendant dans toutes les cohortes. Cette information doit être systématiquement collectée au niveau médical et prise en compte dans l'évaluation du risque suicidaire. Le développement de structures, à condition qu'elles permettent d'offrir un examen global

(psychologique, psychiatrique, somatique, familiale et scolaire) spécialisées dans la prise en charge des suicidants – notamment des jeunes suicidants –, semble *a priori* une excellente idée, même si leur effet en matière de prévention des récives suicidaires doit être évalué.

Nous confirmons également l'association bien connue entre le risque de geste auto-infligé ou de suicide et le sexe (sexe féminin et risque de geste auto-infligé ; sexe masculin et mortalité globale ou suicide), ou l'âge (plus jeunes et risque de geste auto-infligé ; plus âgés et mortalité ou suicide), même sur cette tranche d'âge d'étendue réduite (12-29 ans).

Un autre résultat important est le fait qu'un grand nombre de patients souffrant de maladie mentale ou réalisant un geste auto-infligé sont atteints par une maladie somatique (avec une fréquence élevée des troubles digestifs), même à un jeune âge. En outre, la mortalité de cause naturelle est élevée pour la tranche d'âge étudiée, proche de celle du suicide. Il est donc désormais indispensable de comprendre et de soigner les maladies mentales dans une perspective holistique. Il est également indispensable que la médecine non psychiatrique, de première ou de seconde ligne, prenne connaissance de ces faits et ne laisse pas aux seuls intervenants en santé mentale la charge des soins somatiques de ces patients.

Par ailleurs, le risque de geste auto-infligé durant le suivi post-chirurgie bariatrique est élevé, même s'il augmente modérément durant le suivi à trois ans après l'hospitalisation. Ce risque semble toutefois davantage lié à l'obésité et aux troubles mentaux et somatiques associés qu'à la chirurgie et ses conséquences (perte de poids notamment). Le suicide est par ailleurs très rare dans ce cas.

Le risque de geste auto-infligé augmente modérément dans les trois ans qui suivent une grossesse adolescente, quelle que soit son issue (accouchement ou interruption volontaire de grossesse), mais reste élevé également. Ce résultat est cependant à interpréter avec prudence dans la mesure où aucun lien de cause à effet ne peut être démontré ici. Par ailleurs, le poids conféré par les antécédents de geste auto-infligé et de maladie mentale est ici encore majeur.

Enfin, les personnes hospitalisées pour intoxication, blessure ou traumatisme non intentionnels sont globalement à risque augmenté de geste auto-infligé. Il est par ailleurs important de noter que les antécédents de geste auto-infligé sont plus fréquents dans cette population que chez les témoins, ce qui suggère soit une comorbidité importante, soit le fait que de nombreux événements considérés comme non intentionnels sont en réalité des gestes suicidaires non reconnus ou mal codés. Les services susceptibles de recevoir ces jeunes patients (chirurgie orthopédique par exemple) devraient être sensibilisés à ce sujet. La mortalité de cette population est également plus importante que celle des témoins, mais essentiellement pour cause naturelle ou accidentelle.

Nos analyses montrent le potentiel formidable des données du SNDS, bien qu'elles ne soient pas exemptes de biais et de limites, qui ont été discutés dans plusieurs rapports

de l'ONS, et même lorsqu'elles sont peu nombreuses sur certains sujets, comme c'est le cas pour le suicide. L'extension du SNDS à de nouvelles bases de données combinée à l'amélioration de la qualité de ces données sont des perspectives réjouissantes. De nombreuses autres cohortes mériteront d'être analysées à l'avenir. Nous pensons notamment aux jeunes souffrant d'épilepsie, d'infection au VIH, de cancer, par exemple. Les perspectives sont nombreuses.

Références bibliographiques

- **Bergen, H., Hawton, K., Waters, K., et al.** (2012, novembre). Premature death after self-harm: a multicentre cohort study. *The Lancet*, vol.380, p. 1568-1574.
- **Borschmann, R., Becker, D., Coffey, C., et al.** (2017, juillet). 20-year outcomes in adolescents who self-harm: a population-based cohort study. *The Lancet Child Adolescent Health*, vol.1, p. 195-202.
- **Finkelstein, Y., Macdonald, E. M., Hollands, et al.** (2015, avril). Long-term outcomes following self-poisoning in adolescents: a population-based cohort study. *The Lancet Psychiatry*, vol.2, p. 532-539.
- **Jollant, F., Hawton, K., Vaiva, G., et al.** (2020, mars). Non-presentation at hospital following a suicide attempt: a national survey. *Psychological Medicine*, 52(4), p. 707-714.
- **Kessler, R. C., Amminger, G. P., Aguilar-Gaxiola, S., et al.** (2007, juillet). Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Current Opinion in Psychiatry*, vol.20, p. 359-364.
- **Mokdad, A. H., Forouzanfar, M. H., Daoud, F., et al.** (2016, mai). Global burden of diseases, injuries, and risk factors for young people's health during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*, vol.387, p. 2383-2401.
- **Vuagnat, A., Jollant, F., Abbar, M., et al.** (2019, février). Recurrence and mortality 1 year after hospital admission for non-fatal self-harm: a nationwide population-based study. *Epidemiology Psychiatry Sciences*, vol.29.
- **Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., et al.** (2013, novembre). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, vol.382, p. 1575-1586.
- **Zahid, S., Upthegrove, R.** (2017, juillet). Suicidality in Autistic Spectrum Disorders. *Crisis*, vol.38, p. 237-246.

4. Recherche 3 – Payer de sa personne : les problématiques de vie des adolescents suicidaires

Philippe Le Moigne et Margot Morgiève

(Centre de recherche médecine, sciences, santé, santé mentale, société)

4.1. Suicides et adolescences d'aujourd'hui : exposé des motifs

Le suicide des adolescents, comme celui des adultes, n'échappe pas aujourd'hui au processus d'individualisation qui tend à placer dans l'autonomie, la plénitude et la réussite individuelles, l'idéal de vie le plus fondamental des sociétés occidentales. Depuis l'affirmation de la figure du *teenager* dans les années 1960, cette injonction oblige les jeunes à payer de leur personne d'une manière qui n'a pas d'égale avec les autres générations. Ainsi, dans ce contexte de valeurs et plus encore que ses aînés, l'adolescent doit œuvrer à la personnalisation de son action tant dans ses relations que dans ses réalisations, au risque d'être soumis à une mise en cause de facture précisément personnelle en cas d'échec. Qu'est-ce à dire ?

4.2. L'équation du lien : les tensions de l'affiliation et de l'indépendance

Tout d'abord, l'accomplissement d'une adolescence pleine et entière implique une appartenance choisie plutôt que subie ou contrariée. Ce principe réclame que le mode d'affiliation du jeune puisse toujours ménager une part d'indépendance. Sa négation se mesure aux situations dans lesquelles l'adolescent est enfermé dans sa famille, ou bien encore victime des comportements de violence ou d'abus de ses pairs. Elle se rencontre également, et à l'inverse, dans les contextes de vie dominés par le sentiment d'isolement et par l'absence de toute attention réciproque.

Selon cette hypothèse, les contextes d'affiliation les plus suicidogènes seraient ceux qui n'autorisent pas la formation d'un point d'équilibre entre l'attachement et l'indépendance, soit que le poids de l'appartenance y est trop fort, soit que le lien s'avère trop erratique ou distendu. C'est pourquoi, pour ne citer qu'elles, les situations d'abus et de violence domestique trahissent, comme le montrent toutes les enquêtes déclaratives, un contexte à risque suicidaire, précisément parce que le sujet est dénié dans son rapport à autrui.

4.3. L'équation de la réussite : les tensions entre aspirations et réalisations

La seconde dimension susceptible d'affecter la vulnérabilité des jeunes à l'égard du suicide a trait à leur qualité personnelle, c'est-à-dire à la valeur qui est attribuée (et qu'ils

attribuent eux-mêmes) à leurs réalisations, à leurs projets ou encore à leurs comportements. Aujourd'hui, parce que la démonstration d'une utilité reste différée durant l'adolescence en vertu d'une entrée toujours plus tardive dans la vie d'adulte, l'affirmation d'identité des jeunes tend à passer de plus en plus par la manifestation d'une autorité exercée sur soi. Celle-ci permet en effet de mesurer immédiatement sa capacité d'action et d'évaluer, par suite, le respect que cette capacité suscite en autrui. Il y est question d'une démonstration de performance, de l'acquisition d'une maîtrise de soi, sur soi⁵, qui peut s'avérer parfois drastique et sans partage. Même s'il ne faut pas porter jusqu'à la caricature la différenciation des attitudes des jeunes selon le genre, cette maîtrise s'acquiert encore chez les garçons plutôt à la faveur d'une entrée dans les conduites à risque, les rapports de force, les mises en danger volontaires, dont la toxicomanie constitue l'une des modalités les plus fréquentes. Chez les filles, elle procède encore généralement plutôt d'un contrôle du corps, qui peut confiner à l'obsession morbide lorsqu'elle est redoublée par une exigence d'autonomie radicale, comme dans le cas de l'anorexie ou de la boulimie.

Logiquement, dans un cadre qui sacralise le prestige personnel, toute atteinte à la réputation d'un individu est immédiatement vécue comme une humiliation qui appelle réparation. Cette dimension s'observe au tour pour le moins dur que les relations entre adolescents prennent parfois, notamment dans le cadre du harcèlement scolaire, souvent associé aujourd'hui à la suicidalité des jeunes.

4.4. Du protocole de recherche aux données recueillies

De l'observation à l'étude des comptes rendus d'hospitalisation

Pour confronter cette caractérisation des conduites suicidaires chez les adolescents à la réalité, nous avons décidé de comparer, par une observation non participante, les consultations de deux services de psychiatrie, l'un situé au CHRU de Tours, l'autre au CHU de Rouen. Ce projet a cependant dû être abandonné après sa phase de démarrage pour plusieurs raisons.

La première raison ayant conduit à l'abandon de cette approche relève d'un motif administratif. Le comité d'éthique chargé d'examiner notre démarche au CHRU de Tours, à savoir l'Espace de réflexion éthique de la région Centre-Val de Loire (ERERC), a été très diligent à répondre favorablement à notre demande. En revanche, le CHU de Rouen, à travers la Direction de la recherche clinique et de l'innovation (DRCI), nous a répondu plus tard, en février 2020, soit juste avant le confinement. La seconde raison qui nous a conduits à abandonner ce projet est d'ordre plus factuel : d'une part, les adolescents reçus par les hôpitaux pour comportement suicidaire sont peu nombreux et, d'autre part, ils se révèlent souvent

5. Voir Brossard, B. (2014). *Se blesser soi-même. Une jeunesse autocontrôlée*. Paris, France : Alma éditeur, coll. « Essai sociologie ».

assez mutiques en consultation. C'est pourquoi nous avons cherché à recueillir des renseignements sur leur trajectoire par d'autres moyens.

À cet effet, nous avons pu accéder aux archives du service de Tours, qui saisit, pour chacun des adolescents suivis, des comptes rendus d'hospitalisation. Ces documents intègrent des éléments sur l'attitude ou le comportement suicidaire des jeunes (épisode, récurrence, méthode, etc.), des données biographiques (âge, sexe, vie familiale et amicale, scolarité, etc.), et rendent compte également de leur conduite au sein de la structure (intégration au groupe, rapport aux soignants, violence, comportement suicidaire, sanction, mise à l'isolement, permissions, visites, etc.). Après tirage au sort de 38 dossiers, nous avons ainsi restitué, de manière il est vrai parfois inégale, autant de trajectoires de vie.

L'interview des soignants : des entretiens « ancrés »

Pour compléter cette étude d'archives, nous avons interviewé les professionnels du service. En particulier, il nous importait de saisir dans quelle mesure les dossiers retenus étaient exemplaires des situations rencontrées par les soignants. Nous avons donc interrogé 8 soignants (des infirmières, un médecin et un psychologue) à partir de quatre situations types composées d'après l'étude des comptes rendus d'hospitalisation. Cette méthode nous a permis de conduire des entretiens « ancrés », c'est-à-dire s'appuyant sur des faits plutôt que sur des déclarations générales. Par ailleurs, ces entretiens ont été l'occasion de recueillir le témoignage de soignants sur les suicides accomplis, les dossiers ne s'appliquant qu'à des tentatives de suicide. Ils ont ensuite été analysés dans la perspective de sérier la gravité de différentes situations au regard du risque suicidaire.

4.5. Les contextes de vie des adolescents suicidaires

L'abandon, l'abus

À la lecture des comptes rendus, les difficultés inhérentes à la relation familiale s'avèrent prédominantes parmi les différents facteurs contextuels liés au risque suicidaire. Il y est question d'une enfance qui « retient » l'adolescent, précisément, parce qu'elle l'enferme dans ce lien originel. À ce titre, l'absence du père, de la mère, voire des deux parents, inaugure souvent chez ces jeunes une interrogation sur leur propre valeur. Le geste suicidaire cherche plus ou moins confusément, dans ce cas, à convoquer leur retour en les inquiétant, souvent sans succès.

Les dossiers d'hospitalisation témoignent aussi de vies familiales marquées par les oppositions et les rivalités. Des couples peuvent ainsi se déchirer pour la garde de leur enfant jusqu'à finir, paradoxalement, par nier sa présence. Les rivalités entre frères et sœurs peuvent également conduire à des comportements suicidaires en miroir. Par exemple, dans les cas rencontrés où un enfant commet une tentative de suicide pour échapper à « l'autorité » de son jumeau, ce dernier est ensuite passé à l'acte à son tour.

Les agressions sexuelles font également partie des situations d'abus ou d'emprise liées de manière prédominante au risque suicidaire. Le plus souvent vécues dans le cadre intra-familial, elles peuvent également affleurer dans les relations intimes des adolescents, généralement dans un contexte de harcèlement scolaire pouvant être relayé par les réseaux sociaux. Dans ce dernier cas, la douleur des jeunes est d'autant plus forte qu'en dévoilant ainsi publiquement leur sexualité, ces réseaux les privent de ce qu'ils tiennent pour « leur part la plus personnelle ».

L'échec scolaire, le souci de perfection

Le deuxième type de situations à fort risque suicidaire mis en avant par l'étude des comptes rendus d'hospitalisation relève de l'échec personnel. Cet échec peut être ressenti dans des situations où l'investissement massif dans la performance ou la perfection a donné lieu à une attente de réussite déçue, et à l'apparition d'une tension difficile à surmonter. La question de l'école et de l'excellence scolaire, en particulier, est souvent évoquée à ce sujet. Certains des jeunes concernés ont par exemple été diagnostiqués, formellement ou non, à haut potentiel intellectuel. Cependant, le lycée s'avère une étape décisive, qui a parfois raison des espoirs mis en eux. Cette situation peut donner lieu à l'affirmation d'un refus scolaire anxieux, selon la formule retenue par la clinique. Ils restent reclus chez eux, le cas échéant, affirment qu'ils se tueront si on les oblige à retourner au lycée. L'évolution de ce genre de situation dépend, dans une certaine mesure, de la capacité de renoncement dont feront part les parents comme l'enfant, en se prononçant par exemple pour une réorientation scolaire.

Le sentiment d'échec peut également être pérenne et ne laisser entrevoir aucune amélioration. C'est le cas, par exemple, pour les enfants placés qui ont vécu de multiples hébergements et dont la scolarité a été aussi chaotique que le parcours en foyer. Ceux-là ont le sentiment de disposer de peu d'atouts pour « briller », et le comportement suicidaire constitue pour certains d'entre eux une manière de se faire valoir. Tout en se murant alors dans une posture d'opposition, aux éducateurs comme à leurs pairs, ils n'hésitent alors pas « à faire le coup de poing » ou à proclamer qu'ils « se jeteront d'un pont » si on ne répond pas à leurs demandes. Ainsi, leurs incessantes confrontations et leurs mises en danger répétées finissent par établir leur réputation : ils sont « connus », « populaires pour ça ».

4.6. Le témoignage des soignants

Les situations à risque : l'abandon et la violence à l'origine de la dégradation du lien social

Pour les soignants, deux situations prédominent dans le déclenchement des comportements suicidaires : le contexte de l'abandon et celui de la violence. Dans les deux cas, l'attitude des parents revient, plus ou moins confusément, à refuser « sa place » à l'enfant.

Les soignants évoquent notamment le cas des enfants dont la conduite suicidaire aboutit à découvrir qu'ils sont battus et qu'ils vivent dans un environnement terrorisant.

Les cas d'abus sont également évoqués comme exemples de situations de violence pouvant déclencher des comportements suicidaires. Généralement ici, le comportement suicidaire de l'adolescent, et plus souvent de l'adolescente, apparaît quand il ou elle commence à lever le voile sur des épisodes passés d'agressions ou de viols. Cette révélation entrouvre le domaine de « l'intimité », de ce qui était tenu sinon retenu en « privé ». Or, le jeune concerné ne maîtrise pas nécessairement ce dévoilement public, ce qui peut le conduire à être conspué par l'entourage qu'il accuse.

Les indices de gravité : la détermination et l'isolement

Si les contextes de violence et d'abandon décrivent pour les soignants les situations où le risque est le plus marqué, il reste qu'ils n'occasionnent pas tous, loin s'en faut, un passage à l'acte, qui plus est dont l'issue serait fatale. Cette issue malheureuse engage en effet d'autres éléments, qui sont autant de gradients de gravité pour les soignants. Lesquels ?

Les cas où les passages à l'acte sont réitérés doivent, selon eux, éveiller immédiatement l'attention. Il convient à cet effet de faire la différence, lorsque c'est possible, entre les troubles réitérés de la conduite suicidaire et l'acharnement à mourir. Le premier cas concerne par exemple les adolescents qui se mettent continuellement en danger par des alcoolisations massives les exposant notamment à des agressions, parfois à caractère sexuel, dont ils essaient ensuite de s'extraire mentalement par des tentatives de suicide elles-mêmes répétées. Dans ce cas, l'intention de mourir n'est pas directrice. Selon les soignants, il en est autrement des jeunes qui déclarent qu'ils n'ont pas d'autre issue que d'en finir, et qui multiplient les passages à l'acte et les modes opératoires, sans les accompagner d'une mise en scène ou d'une autre conduite à risque : cette détermination à mourir doit nécessairement alerter.

Évidemment, la prévention du suicide serait grandement facilitée si cette détermination était à chaque fois aussi explicite. Or, elle peut à l'inverse prendre le visage d'une plainte sourde, qui ne se dit pas parce qu'elle ne peut pas être rendue publique. Ce silence se révèle encore plus problématique quand il est associé à un manque d'appui sinon au déni de l'entourage, et donc à un profond isolement. C'est là le second signe dont l'importance est cruciale selon les soignants. L'isolement est particulièrement problématique dans les cas d'abus. En effet, se reconnaître comme « enfant abusé » expose à un douloureux dilemme. Parce qu'il a subi la domination d'un tiers sans avoir pu agir, le jeune est en droit de ne pas se reconnaître dans l'enfant qu'il a été et, à la fois, il est bien obligé de convenir que cette histoire est la sienne. C'est pourquoi, chez certains adolescents, la plainte reste tue, comme s'il s'agissait d'entretenir le *statu quo* entre ces deux images de soi. Dans ces circonstances, la divulgation de ce passé, si elle n'a pas lieu avec le soutien d'un tiers de confiance qui redonne au jeune une image plus valorisante de lui-même, peut donner lieu à un véritable cataclysme.

5. Recherche 4 – Parcours de jeunes suicidaires et suicidants : impact des actions et dispositifs de prévention du suicide dans les régions Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté et Centre-Val de Loire

Patricia Medina, Bérénice Lambert, Cynthia Morgny, Pierre Chalmeton, Céline Chollet, Céline Leclerc, Inès Khati, Vanessa Laurent et Lise Trottet (Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé)

La Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (FNORS) et les observatoires régionaux de la santé (ORS) en Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté et Centre-Val de Loire ont réalisé une étude qualitative, en s'appuyant sur des expériences concrètes et sur le vécu de 28 jeunes âgés de 15 à 25 ans ayant exprimé des idées suicidaires, des projets de suicide ou ayant effectué des tentatives de suicide.

Réalisée à partir d'entretiens semi-directifs, cette étude⁶ a pour but d'examiner les ressources d'aide et les actions de prévention dont les jeunes concernés ont bénéficié, et d'évaluer comment celles-ci ont répondu ou non à leurs besoins. Les jeunes ont été recrutés dans le cadre de structures de soins, de prévention, du secteur social et, dans une moindre mesure, dans des groupes d'entraide sur internet et par le biais de relations interpersonnelles.

5.1. Parler de sa souffrance et être entendu

Aborder les idées suicidaires et les tentatives de suicide avec les jeunes concernés suscite des blocages multiples. En effet, prendre conscience et comprendre son mal-être, l'exprimer verbalement, qui plus est, nécessitent du temps. Identifier ses émotions, y associer les mots, comprendre et pouvoir mettre à distance son vécu ne vont pas de soi. En outre, le jeune peut dissimuler son état par crainte des conséquences de sa prise de parole : risque d'être jugé, risque d'éloignement des personnes proches, ou de vengeance en cas de dénonciation de violences ; crainte d'être stigmatisé par ses pairs en se montrant faible, d'inquiéter excessivement en considérant que la souffrance ressentie ne semble pas légitime ; craintes liées à une prise en charge qui lui serait imposée et des représentations sociales de la psychiatrie, crainte de la privation de liberté, notamment. Le repérage du mal-être est ainsi compliqué par une forme de dissimulation des jeunes, qui portent souvent un masque au contact des personnes qui pourraient les aider.

La prise en compte d'une parole du jeune au moment où elle s'exprime n'en est que plus importante. Pour la plupart des jeunes interrogés, les proches sont peu attentifs, voire

6. L'enquête menée par la FNORS, dont cette fiche est une courte synthèse, a fait l'objet d'une publication : Morgny, C., (dir.), Chalmeton, P., Lambert, B., Leclerc, C., et al. (2022). *Derrière les masques, la souffrance mentale des jeunes*. Rennes, Fance : Presses de l'EHESP, coll. Recherche Santé Social.

maltraitants et en partie à l'origine de leur mal-être. Pour d'autres, l'entourage constitue une aide potentielle, mais ne prend pas la mesure du mal-être lorsque, par exemple, il l'attribue à une nécessaire ou inévitable crise d'adolescence, ou lorsqu'il préfère éviter de parler d'épisodes difficiles, et « passer à autre chose ». Les professionnels rencontrés peuvent parfois aussi minimiser le vécu du jeune, ou éviter d'aborder vraiment le sujet du suicide, par crainte de raviver ou d'aggraver des souffrances, voire d'être responsable d'un geste suicidaire si le sujet est évoqué. Ainsi, une certaine omerta règne, chacun s'estimant démuné et comme sidéré par la potentialité du risque suicidaire, dans l'incapacité à en parler ou, pour les jeunes concernés, à rechercher de l'aide auprès d'autres personnes. C'est alors souvent seulement après une tentative de suicide que s'organisent, autour du jeune, un soutien de l'entourage et la mise en place d'un accompagnement médical, psychologique ou psychiatrique.

5.2. La qualité de la relation et de l'écoute

La question de la compréhension du mal-être ressenti est centrale. Les jeunes rencontrés attendent en premier lieu une écoute empathique et une validation de leur souffrance, avant l'apport d'éventuelles informations, la mise en place de solutions ou d'un accompagnement spécialisé. Les expériences des jeunes montrent que cette « connexion relationnelle » s'est établie autant avec la famille, les amis ou des inconnus avec qui ils ont partagé leur vécu sur internet qu'avec des professionnels (infirmière scolaire, surveillant, conseiller principal d'éducation, psychologue, enseignant ou un formateur, conseiller de mission locale, éducateur, par exemple). Cette connexion ne s'appuie donc pas forcément sur une antériorité de la relation dans le temps ni sur la confiance dans une compétence professionnelle reconnue. Elle apparaît souvent comme déclencheur d'un changement, ne serait-ce que dans la reconnaissance de ce qui va mal et dans le fait de le nommer. Dès lors, que peut-on attendre de cette connexion en matière de prévention ? S'agit-il de la percevoir comme un point d'entrée nécessaire, mais dont le temps d'action serait limité, ou de s'assurer qu'elle perdure pour prévenir les éventuelles ruptures de soins, pour assurer un regard durable et bienveillant auprès de jeunes ?

Désigner un ou plusieurs groupes d'acteurs qui seraient les mieux placés pour assurer ce lien semble inadapté. En effet, les jeunes ne se tournent pas forcément vers leurs parents. Ils connaissent par ailleurs peu les ressources ou structures qui pourraient les aider, et des expériences négatives avec des professionnels spécialisés peuvent les détourner des orientations de prise en charge. Quant à l'entourage, il n'est pas toujours là en soutien, et rien ne permet d'apprécier la durabilité des liens entretenus avec, surtout quand il s'agit d'autres personnes que de parents. De plus, toutes les personnes potentiellement aidantes n'ont pas les mêmes possibilités d'action en fonction de l'endroit où se situe le jeune dans son parcours. En effet, il ne s'agit pas seulement de repérer et d'interpréter des signes de mal-être, d'ouvrir la communication par l'écoute, mais aussi d'identifier les moyens de soigner les maux, et d'amener le jeune concerné à le faire également. Il s'agit en outre de sortir le

jeune de son isolement, de manifester son attachement à lui le cas échéant, et l'importance qu'il a aux yeux de ses pairs et de sa famille. Enfin, il s'agit de donner de l'espoir. Pour ce dernier point, d'autres ressources seront également à mobiliser.

5.3. Une offre d'accompagnement diverse, mais inégalement répartie et identifiée

De nombreuses ressources d'aide et de protection existent, mais toutes ne sont pas identifiées ou accessibles par les jeunes qui en auraient besoin, et ces derniers se les représentent parfois négativement ou en ont une expérience « malheureuse ». La psychiatrie manque de moyens et de ressources. Elle est inégalement accessible sur le territoire et reste fortement stigmatisée. D'autres professionnels interviennent dans la santé mentale, dont le repérage, la patientèle et la localisation – du fait de la diversité des modes d'exercice et de leur prise en charge – sont moins lisibles. Il s'agit de psychologues en premier lieu, mais aussi des thérapeutes et des psychanalystes, plus méconnus, et dont les missions sont souvent floues. Les expériences montrent que ce qui soutient la satisfaction des jeunes et les encourage à poursuivre leurs entretiens auprès d'un professionnel est avant tout le mode d'action de ce dernier, et des échanges conduits selon un mode de verbalisation interactif.

Les autres communautés professionnelles présentent des niveaux différents de culture en santé mentale. Les professionnels des établissements scolaires, universitaires et de formation sont aux premières loges du contact avec les jeunes et de leur orientation. Cependant, leur accessibilité est inégale, et les jeunes méconnaissent parfois leur rôle. D'autres professionnels des secteurs de l'emploi, des établissements assurant des mesures de protection des jeunes sont éloignés de cette culture et isolés.

Le médecin généraliste est souvent le premier professionnel sollicité et constitue un point d'entrée vers une prise en charge. Pour assurer son rôle, il doit diagnostiquer, parfois orienter vers une structure *ad hoc*, pouvoir lui-même connaître l'éventail des possibilités pour les jeunes, et donc actualiser cette connaissance. Au-delà de la connaissance des structures pouvant accompagner les jeunes en souffrance, la question de l'offre de soins est au cœur des parcours, tout comme celle de leur coordination. Si les conseils locaux de santé mentale (CLSM) apparaissent comme opérateurs de cette coordination, ils ne couvrent pas l'ensemble du territoire⁷ et tous n'investissent pas le sujet de la santé mentale chez les jeunes⁸. D'autres acteurs de la prévention et de la coordination des offres de soin existent, notamment les maisons de santé pluriprofessionnelles. La tentative de suicide suivie d'une hospitalisation aux urgences générales peut par ailleurs être signalée à des acteurs de la

7. D'après l'état des lieux national des CLSM 2018, publié par le Centre national de ressources et d'appui aux CLSM et par le Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS) de Lille, 200 CLSM couvriraient à cette date 16,5 millions d'habitants en France.

8. D'après ce même état des lieux, 47 % couvriraient la thématique de la santé mentale des adolescents, 36 % celle des enfants.

prise en charge psychiatrique (psychiatrie de liaison, centres médico-psychologiques [CMP]) ou à des acteurs de la prévention de la récurrence (associations de prévention, par exemple).

Les familles et les établissements scolaires, qui connaissent les différents acteurs de prévention, de coordination et de prise en charge pour l'accompagnement des jeunes suicidaires trouvent plus facilement les professionnels à contacter que ces derniers. Généralement, les jeunes ne connaissent pas les ressources dont ils disposent et, en dehors du soin repérable (médecin généraliste, psychiatre, hôpital), ils n'envisagent pas la palette des structures existantes. Les maisons d'adolescents (MA) ne font par exemple pas partie des structures qu'ils connaissent, ils ne savent pas non plus que des réseaux d'écoute existent, ni que des psychologues exercent dans des structures qui leur sont dédiées. Améliorer cette identification passe par différents canaux : l'école, les lieux fréquentés, les outils de communication utilisés (internet et les réseaux sociaux). Par ailleurs, pour ceux qui en ont besoin, une personne référente peut être identifiée parmi l'ensemble des acteurs qui interviennent dans le parcours du jeune, qui assure un rôle de fil rouge auprès de lui et de relais auprès des ressources d'aide et de soins nécessaires.

5.4. Internet : transférer la mécanique du lien virtuel, lutter contre les dérives

L'observation des relations entre participants des groupes de soutien sur Facebook montre qu'une relation virtuelle d'aide semble être aussi efficace qu'un lien établi dans la vie réelle. Ces groupes apparaissent comme un espace sécurisant et fiable, où se mobilisent des pairs qui rencontrent les mêmes situations, ou qui connaissent des souffrances comparables.

La mise en œuvre du lien avec les personnes en souffrance *via* internet semble reposer sur cinq piliers fondamentaux :

- La réponse rapide à des sollicitations.
- Des encouragements et de la compassion.
- La préservation du secret et la mise en place d'un échange, d'une relation à deux en mode privé.
- L'incitation à ne pas se suicider (lien social s'appuyant sur l'articulation du « compter pour » et du « compter sur »).
- L'identification de ressources d'aide de proximité, voire le suivi de la sollicitation d'aides.

Ces étapes semblent adaptées à la mise en place d'une relation ancrée permettant d'accompagner l'expression de la souffrance du jeune, l'ouverture vers des possibilités d'aide, puis l'ouverture vers le soin. C'est pourquoi il serait intéressant de tester rapidement leur transférabilité. Elles pourraient en effet être proposées aux professionnels non spécialistes de la question du suicide, démunis pour aborder ce sujet avec les jeunes, mais aussi à toute

personne, professionnelle ou non, susceptible d'intervenir à différentes étapes du parcours des jeunes en souffrance : au moment du repérage du mal-être, de son expression, du suivi au long cours, de la sortie de structures hospitalières, par exemple. En outre, cette mécanique pourrait être utilisée seule ou en complément d'autres modes de suivi.

5.5. Des informations et interventions à lier

Dans les parcours des jeunes rencontrés, où la souffrance psychique existe sur une longue durée, avec des améliorations et des rechutes, les interventions sont discontinues. Si les actions de prévention se développent, elles interviennent à des moments différents dans l'évolution du mal-être des jeunes et de leur geste suicidaire. Ce faisant, elles donnent lieu à des organisations, procédures et modes d'action parfois très indépendants les uns des autres. Or, la notion de lien semble centrale pour leur optimisation.

Il nous semble en effet que les parcours décrits sont extrêmement variés, mais fonctionnent selon le modèle du filet décrit par Elias : « Un filet est fait de multiples fils reliés entre eux. Toutefois ni l'ensemble de ce réseau, ni la forme que prend chacun des différents fils ne s'expliquent à partir d'un seul de ces fils, ni de tous les différents fils en eux-mêmes : ils s'expliquent uniquement par leur association, leur relation entre eux (...). La forme de chaque fil se modifie lorsque se modifient la tension et la structure de l'ensemble du réseau. Et pourtant ce filet n'est rien d'autre que la réunion de différents fils ; et en même temps chaque fil forme à l'intérieur de ce tout une unité en soi ; il y occupe une place particulière, il prend une forme spécifique⁹. »

Il est possible d'outiller chaque fil, c'est-à-dire chaque action de prévention, en déployant plus largement des formations sur ce sujet. Deux points clés sous-tendent ces outils. Premièrement, la parole du jeune doit avant tout être entendue dans ce qu'elle dit de lui-même et non pas dans ce qu'elle risquerait de provoquer pour lui, pour son entourage ou pour sa scolarité, par exemple. Ensuite, l'acquisition de compétences psychosociales renforce le jeune dans sa capacité à aborder des événements, à exprimer ses émotions et sa détresse, à se sentir légitime à être aidé et à demander cette aide. Les actions de prévention auprès des jeunes en souffrance doivent donc également être pensées dans l'articulation entre les interventions qui les soutiennent et celles qui outillent leur entourage.

⁹ Elias, N. (1987). *La société des individus*. Paris, France : Fayard, 1991.

6. Idées et conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent : les nouvelles recommandations de la Haute Autorité de santé pour la prévention, le repérage, l'évaluation et la prise en charge

Muriel Dhénain (Haute Autorité de santé)
et Charles-Édouard Notredame (CHU de Lille, Inserm)

6.1. Méthode d'élaboration

La recommandation de bonne pratique (RBP) « Idées et conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent : prévention, repérage, évaluation, prise en charge » a été élaborée selon la méthode dite des « recommandations pour la pratique clinique », précédée d'une phase préalable de cadrage du projet.

La méthode Recommandations pour la pratique clinique se déroule en quatre phases et repose sur l'intervention d'un groupe de travail et d'un groupe de lecture. Le groupe de travail, multidisciplinaire et pluriprofessionnel, est composé de représentants des usagers et de représentants des spécialités médicales et professions de santé concernées par la thématique (pour cette RBP : psychiatres et pédopsychiatres, médecins généralistes, pédiatres, urgentistes, psychologues cliniciens, cadres socio-éducatifs, notamment). Le groupe de lecture est composé des mêmes types de représentants que le groupe de travail, élargi aux représentants des spécialités médicales et professions non présents dans le groupe de travail (pour cette RBP : sociologues, éducateurs, notamment).

La méthode débute par une revue systématique de la littérature sur le sujet traité, qui aboutit à la production d'un argumentaire scientifique. À partir de cet argumentaire, le groupe de travail rédige ensuite la version initiale des recommandations. Le groupe de lecture donne à cette étape un avis formalisé sur le fond et la forme de la version initiale des recommandations, en particulier sur leur applicabilité, leur acceptabilité et leur lisibilité. Pendant la phase de finalisation, les recommandations sont modifiées selon des règles précises par le groupe de travail, après analyse et discussion des cotations et des commentaires du groupe de lecture.

La version finale de l'argumentaire scientifique, des recommandations, ainsi que la ou les fiches de synthèse qui les accompagnent sont soumises aux instances de validation de la Haute Autorité de santé (HAS).

6.2. Quatre grandes approches pour concevoir la prévention

Démarche générale

Les recommandations « Idées et conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent : prévention, repérage, évaluation, prise en charge » se structurent autour de quatre grands principes argumentés et explicites, qui ont servi de matrice à l'élaboration des préconisations. Leur portée est double : d'une part, il s'agit d'inviter à une inflexion des représentations professionnelles et citoyennes, c'est-à-dire à leur déstigmatisation et à la dénormalisation des conduites suicidaires ; d'autre part, il s'agit de proposer des lignes de conduite qui soient non seulement scientifiquement fondées, mais aussi cohérentes et articulées dans un modèle commun.

Premier principe : une approche globale de la prévention

Entendant répondre à la complexité et au caractère multifactoriel des conduites suicidaires des enfants et des adolescents, le premier principe retenu par la HAS est celui d'une approche globale de leur prévention. Dans son rapport de 2014 *Suicide : l'état d'urgence mondial*, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) rappelait que l'efficacité d'une stratégie de prévention ne tient pas tant aux actions effectivement mises en place qu'à leur articulation et à leur mise en synergie dans le cadre d'un plan intégré ou global (OMS, 2014). Afin d'opérationnaliser cette mise en synergie, les recommandations de la HAS proposent une déclinaison du concept de globalité à travers plusieurs approches :

- **L'approche multimodale** combine les types et modalités d'actions déployées depuis l'information et la sensibilisation du grand public jusqu'à l'accompagnement des jeunes en détresse, en passant par la mise à disposition de lignes téléphoniques d'écoute et d'information sur le suicide, la veille sanitaire auprès des suicidants ou encore la formation.
- **L'approche multiniveaux** se réfère au modèle de Gordon de la prévention en santé (Gordon, 1983), modèle repris par l'OMS pour le compte de la prévention du suicide. Sur la base de ce modèle, la HAS préconise l'association d'actions menées à trois niveaux : le niveau ciblé, le niveau sélectif et le niveau universel. Le niveau ciblé concerne les personnes déjà touchées par des idées ou conduites suicidaires, le niveau sélectif, les groupes vulnérables en raison de caractéristiques sociodémographiques, et le niveau universel la population dans son ensemble.
- **L'approche multisectorielle** mobilise tout à la fois les champs sanitaire, médico-social, social et associatif et travaille à leur articulation effective.
- **L'approche multidisciplinaire** convoque l'ensemble des domaines de savoir et disciplines pertinents pour comprendre les conduites suicidaires : sciences biomédicales, épidémiologie, sociologie, psychologie, anthropologie, éthique et déontologie, économie de la santé, par exemple.

Deuxième principe : une approche développementale des conduites suicidaires

Le deuxième principe vise à affirmer et à répondre aux spécificités des conduites suicidaires de l'enfant et de l'adolescent tant dans leur expression clinique que dans leur pronostic, leur processus étiologique ou phénoménologique. Cette approche développementale suppose en particulier :

- de reconnaître l'urgence qu'il y a à agir auprès des enfants et adolescents suicidants et suicidaires pour éviter l'hypothèque de leur avenir (Goldman-Mellor, *et al.*, 2014 ; Reinherz, *et al.*, 2006) ;
- d'adapter les modalités de repérage et d'évaluation à leurs compétences cognitives et psycho-affectives ;
- d'ajuster la nature des interventions en composant, par exemple, avec les questions sensibles de l'assentiment, de la confidentialité, du respect de l'autonomie et de la protection des mineurs.

Troisième principe : une approche écosystémique du jeune suicidant ou suicidaire

Le troisième principe invite à ne jamais considérer le jeune suicidant ou suicidaire indépendamment de son environnement de vie et, en particulier, de sa famille proche. L'expérience clinique et la littérature attestent en effet du double écueil qu'il y aurait à centrer la prévention sur le seul individu, d'une part parce que les écosystèmes relationnel (notamment familial), social (en particulier scolaire) et culturel participent directement des trajectoires développementales des enfants et adolescents et, partant, des spécificités décrites plus haut ; d'autre part, parce que l'environnement modèle de façon forte et complexe l'émergence des conduites suicidaires mais aussi les possibilités de repérage et de prévention. En portant une attention particulière aux parents et à la fratrie, l'approche écosystémique invite par conséquent à considérer la prise en compte de l'environnement du jeune comme consubstantielle à la prévention des conduites suicidaires.

Quatrième principe : une approche proactive

Le dernier principe acte l'existence, souvent constatée en clinique et largement étayée par la littérature, de barrières en raison desquelles les enfants et adolescents en détresse cherchent de l'aide (Gulliver, *et al.*, 2010 ; Ciarrochi, *et al.*, 2002 ; Saunders, *et al.*, 1994). Celles-ci sont de quatre ordres :

- les barrières en lien avec la stigmatisation et l'autostigmatisation, dont la traduction subjective est le sentiment de honte et de culpabilité, qui accompagnent souvent les idées suicidaires ;
- les barrières structurelles, qui tiennent du manque, de l'inadéquation ou du défaut de visibilité de l'offre de soins pour les enfants et les adolescents (la béance de service pour les 15-18 ans du fait du défaut de continuité entre pédopsychiatrie et psychiatrie de l'adulte en est un exemple paradigmatique) ;

- les barrières psychologiques relatives aux capacités ou difficultés des jeunes à reconnaître leurs émotions, à les exprimer ou à demander de l'aide, ces difficultés pouvant variablement combiner des origines développementales et psychopathologiques ;
- les barrières liées aux croyances et préoccupations relatives aux soins et aux soignants, notamment en matière de confidentialité, de fiabilité et de compétence.

Face à l'ensemble de ces barrières, l'approche attentiste conduirait à priver d'accompagnement les jeunes les plus entravés, lesquels sont aussi probablement les plus en difficulté. Elle ne permettrait pas non plus de surmonter l'obstacle de l'ambivalence suicidaire dans laquelle les personnes en souffrance se trouvent, tiraillées entre volonté de faire cesser leur souffrance et désir de continuer de vivre. Au contraire, l'approche proactive invite à aller au-devant des jeunes suicidants et suicidaires, et à déployer l'ensemble des actions requises sans attendre un quelconque gage d'investissement ou de motivation de leur part. Parce qu'elle s'affranchit de l'impératif de demande explicite, la proactivité requiert néanmoins une mise en balance constante avec les risques d'intrusion, d'atteinte aux libertés ou de mise en dépendance. À chaque instant, la prévention proactive convoque donc l'éthique et la déontologie du clinicien : en proportionnant les actions qu'il entreprend auprès des jeunes et de leurs proches, il se porte garant de l'efficacité de son action en même temps que du respect de l'autonomie et de la dignité des personnes.

6.3. La structuration d'une chaîne de prévention

De façon générale, les recommandations de la HAS visent à renforcer la prévention des conduites suicidaires des enfants et adolescents en structurant des parcours personnalisés « de la ville aux soins ». À travers ces parcours, il s'agit de mobiliser à la fois les citoyens, les professionnels et les bénévoles dans un esprit de responsabilité collective, et ce, dans le respect des spécificités, des fonctions, des compétences et des marges de manœuvre de chacun. Le système de prévention ainsi envisagé mise sur la complémentarité des rôles et des missions de chaque acteur, tout en veillant à ce que le périmètre de responsabilité de tous corresponde aux cadres déontologique, moral et légal dans lesquels leur contribution s'inscrit.

En pratique, ces parcours personnalisés s'opérationnalisent dans les recommandations par une chaîne de prévention qui articule quatre grandes missions :

- La **détection** des enfants et adolescents en détresse. Celle-ci passe notamment par un renforcement des stratégies de repérage, c'est-à-dire d'identification des signes d'alerte par les jeunes eux-mêmes, leurs proches, leur entourage et les professionnels à leur contact. À cette fin, le groupe de travail préconise de s'appuyer sur la sensibilisation et le déploiement de sentinelles en milieu scolaire et dans les institutions accueillant les jeunes les plus

vulnérables. Il préconise également de mettre en place un dépistage systématique du risque suicidaire dans les cabinets de médecine de ville et aux urgences.

- **L'évaluation** des enfants et adolescents en matière de vulnérabilité et d'urgence suicidaire. Selon les recommandations, cette fonction devrait être portée par des professionnels cliniciens intervenant dans le champ de la santé mentale.
- **L'orientation** des enfants et adolescents suicidants ou suicidaires vers les ressources adéquates, qu'elles soient sanitaires (hospitalières ou ambulatoires), médico-sociales ou sociales. L'orientation devrait être personnalisée, adaptée à l'évaluation de l'urgence suicidaire et aux besoins identifiés.
- La **prise en charge** des enfants et adolescent suicidants ou suicidaires en matière de protection, de soins et d'accompagnement.

Selon les recommandations, l'efficacité de cette chaîne fonctionnelle suppose la structuration de la coopération entre les acteurs de terrain en une première ligne de prise en charge, capable d'évaluer la crise suicidaire, de mener une intervention circonscrite, et au besoin, d'assurer l'orientation de l'enfant ou de l'adolescent, et d'une deuxième ligne capable d'assurer le soin et l'accompagnement des enfants et des adolescents suicidants ou suicidaires. Dans cette configuration, première ligne et deuxième ligne sont étroitement articulées avec les ressources du milieu, la médecine de ville et les urgences hospitalières.

Références bibliographiques

- **Ciarrochi, J., Deane, F. P., Wilson, C. J., et al.** (2002). Adolescents who need help the most are the least likely to seek it: The relationship between low emotional competence and low intention to seek help. *British Journal of Guidance and Counselling*, 30(2), p. 173-188.
- **Goldman-Mellor, S. J., Caspi, A., Harrington, H., et al.** (2014). Suicide attempt in young people: a signal for long-term health care and social needs. *JAMA Psychiatry*, 71(2), p. 119-27.
- **Gordon, R.** (1983). An operational classification of disease prevention. *Public Health Reports*, 98(2), p. 107-109.
- **Gulliver, A., Griffiths, K. M., Christensen, H.** (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC psychiatry*, 10(1), p. 113.
- **Haute Autorité de santé (HAS)** (2021). *Idées et conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent : prévention, repérage, évaluation, prise en charge*. Saint-Denis La Plaine, France : HAS, « Recommander les bonnes pratiques ».
- **Haute Autorité de santé (HAS)** (2010). Élaboration de recommandations de bonne pratique. Méthode. « Recommandations pour la pratique clinique » (guide méthodologique). Saint-Denis La Plaine, Paris : HAS.
- **Reinherz, H. Z., Tanner, J. L., Berger, S. R., et al.** (2006). Adolescent suicidal ideation as predictive of psychopathology, suicidal behavior, and compromised functioning at age 30. *American Journal of Psychiatry*, 163(7), p. 1226-1232.

- **Saunders, S. M., Resnick, M. D., Hoberman, H. M., et al.** (1994). Formal help-seeking behavior of adolescents identifying themselves as having mental health problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33(5), p. 718-728.
- **Observatoire national du suicide (ONS)** (2018, février). *Suicide : enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence – 3^e rapport*. Paris, France : DREES.
- **Organisation mondiale de la santé (OMS)** (2014). *Preventing suicide: a global imperative*.

SYNTHÈSE P. 11

DOSSIERS P. 27

FICHES

ANNEXE P. 295

**Impact de la crise sanitaire
sur les conduites suicidaires
et la santé mentale**

IMPACT DE LA CRISE SANITAIRE SUR LES CONDUITES SUICIDAIRES ET LA SANTÉ MENTALE

Fiche 1 • Surveillance réactive des suicides pendant l'épidémie de Covid-19 en France (janvier 2020-mars 2021)	143
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	153
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	164
Fiche 4 • Utilisation de la base nationale des centres antipoison pour le suivi épidémiologique des intoxications auto-infligées.....	172
Fiche 5 • Évolution des syndromes dépressifs en population générale entre 2014 et 2021 et lien avec les pensées suicidaires.....	180
Fiche 6 • Prévalence des pensées suicidaires et facteurs associés en France au cours de la pandémie de Covid-19 – Résultats de l'enquête en population générale EpiCov	193
Fiche 7 • Prévalence et évolution des pensées suicidaires en France métropolitaine en 2020 – Résultats du Baromètre santé.....	205
Fiche 8 • Prévalence et évolution des pensées suicidaires en France métropolitaine en 2021 – Résultats de l'enquête CoviPrev de Santé publique France	212
Fiche 9 • Détresse psychologique et syndromes dépressifs en population générale française au cours du premier confinement consécutif à la pandémie de Covid-19	217
Fiche 10 • Idées suicidaires chez les étudiants universitaires au cours de la pandémie de Covid-19 – Résultats de l'enquête Cosame	224
Fiche 11 • Santé mentale et pensées suicidaires des étudiants au cours de l'épidémie de Covid-19 : comparaison avec les non-étudiants.....	233
Fiche 12 • Les associations durant la crise sanitaire	240
Fiche 13 • Mesures prises en promotion de la santé mentale positive et prévention pour améliorer la santé mentale des Français pendant la crise.....	245

FICHE 1

Surveillance réactive des suicides pendant l'épidémie de Covid-19 en France (janvier 2020-mars 2021)

Anne Fouillet, Isabelle Pontais, Céline Caserio-Schönemann, Diane Martin, Grégoire Rey (Inserm -CépiDc)

L'émergence d'une pandémie mondiale de Covid-19 à partir de janvier 2020 et la propagation rapide du virus dans la population ont nécessité la mise en place d'un confinement strict en France de la mi-mars à la mi-mai 2020. Cette intervention à l'échelle nationale a provoqué un changement brutal des habitudes de vie de l'ensemble de la population, suivi d'un retour progressif à une vie « normale » jusqu'à la fin de la période estivale. À partir d'octobre 2020, face à la deuxième vague de l'épidémie, le gouvernement a mis en place de nouvelles mesures, notamment des couvre-feux locaux et nationaux, un confinement moins strict de six semaines et l'interruption de toutes les activités culturelles et sociales (Gouvernement, 2021). L'incapacité de se projeter dans l'avenir, l'isolement social, les difficultés économiques, les déclarations parfois ambivalentes des représentants politiques et l'information anxiogène omniprésente dans les médias et les réseaux sociaux ont pu conduire à des niveaux élevés d'anxiété et de dépression. Ce constat concerne en particulier les individus avec des antécédents psychiatriques, ceux qui présentent une faible résilience, ou ceux vivant dans des régions avec une prévalence de Covid-19 élevée (Hossain, *et al.*, 2020). Malgré la crainte d'une augmentation du nombre de suicides dans la population, des études ont montré que la mortalité par suicide a diminué dans plusieurs pays pendant la pandémie, plus particulièrement pendant les périodes de confinement (John, *et al.*, 2020 ; Pirkis, *et al.*, 2021).

Cette étude a pour objectif de proposer une méthode de surveillance réactive des décès par suicide¹ pendant la pandémie de Covid-19 en décrivant l'évolution temporelle des suicides en France du 1^{er} janvier 2020 au 31 mars 2021. Pour ce faire, elle s'appuie d'une part, sur les certificats de décès mis à disposition par Santé publique France² et, d'autre part, sur le traitement, par un algorithme automatique, des données relatives aux causes de décès

1. La surveillance réactive de la mortalité est une surveillance sanitaire visant à identifier rapidement des augmentations récentes de la mortalité, afin d'alerter les autorités sanitaires et de prendre les mesures nécessaires au contrôle de ces augmentations.

2. Santé publique France dispose d'un système de surveillance réactive de la mortalité reposant sur deux sources de données : les données issues des bureaux d'état civil, d'une part, et les données issues du volet médical des certificats de décès, d'autre part.

tirées de ces certificats. L'utilisation d'un algorithme automatique pour isoler ces données s'explique par le fait que les données définitives, issues du processus complet de codage des causes de décès suivant la 10^e révision de la classification internationale des maladies (CIM10), n'étaient pas encore connues.

Protocole de l'étude

Réception des causes de décès via les certificats de décès

Comme dans la plupart des pays industrialisés, la surveillance de la mortalité par cause repose en France sur les données issues des certificats de décès remplis par les médecins. Ces certificats comprennent des champs de texte libre, que les médecins renseignent avec une ou plusieurs causes de décès, décrites par un ou plusieurs mots. Le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (Inserm-CépiDc) réceptionne et code ensuite les causes médicales de décès suivant les règles de la CIM10 (OMS, 2016).

La transmission des certificats papier de décès étant effectuée en plusieurs étapes, les causes médicales de décès en texte libre sont majoritairement transmises au CépiDc et à Santé publique France dans un délai de quatre à six mois. Depuis 2007, un site internet, appelée CertDc, permet également au médecin de certifier les décès par voie électronique. CertDc est un outil crucial pour la surveillance réactive de la mortalité, puisqu'il permet la transmission des causes de décès en texte libre en quelques minutes après la validation du certificat. La limite de ce système provient du fait qu'il n'est que partiellement déployé (il a enregistré 20 % de la mortalité nationale début 2020 et 30 % en juin 2021) et que son déploiement n'est pas uniforme selon la région et le lieu de décès (les décès survenus à l'hôpital y sont surreprésentés) [Fouillet, *et al.*, 2019]. Une fois les causes de décès en texte libre réceptionnées, l'étape de codage nécessite très fréquemment une intervention humaine, ce qui engendre un délai supplémentaire.

Construction et validation d'un algorithme d'identification automatique des suicides

Selon des travaux récents (Baghdadi, *et al.*, 2019a et 2019b), des méthodes automatiques d'analyse de texte permettent de classer et d'identifier les causes de décès avec de bonnes performances pour rendre possible un suivi réactif et cohérent de la mortalité.

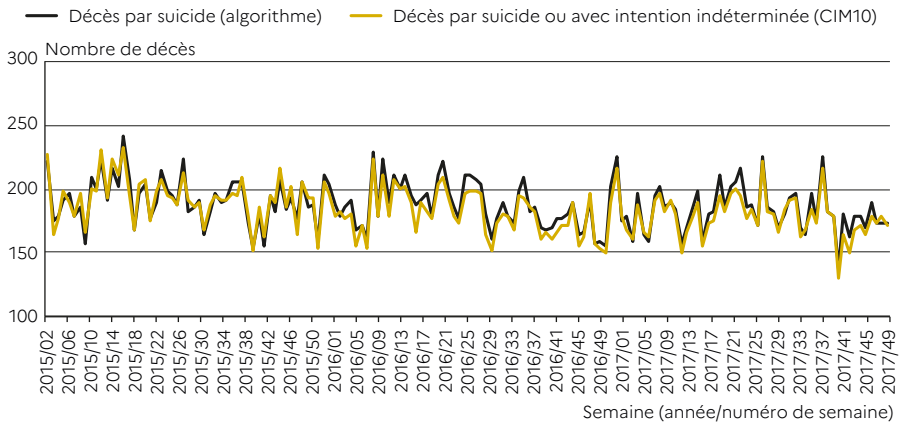
Partant de ce constat, un algorithme de recherche des expressions (termes et groupes de mots) exprimant un suicide dans les causes médicales rédigées en toutes lettres par les médecins a été créé. Les termes et expressions inclus dans l'algorithme sont inspirés du dictionnaire Inserm-CépiDc, qui contient les expressions des causes de décès trouvées dans les certificats de décès depuis le début des années 2000. En complément, certains termes et expressions indicatifs d'une mort violente non suicidaire ont été recherchés pour être exclus du champ de l'étude.

Afin d'affiner l'algorithme et d'en mesurer les performances, les décès par suicide identifiés par ce dernier ont également été comparés aux décès dont les causes avaient été codées à partir de la CIM10 pour la période 2015-2017. La comparaison a été faite avec les décès pour cause initiale correspondant, d'une part, à une lésion auto-infligée (codes X60 à X84.9) et, d'autre part, à une cause externe d'intention indéterminée (codes Y10 à Y34 et Y87.2). En France, en effet, ce dernier cas cache fréquemment un suicide (Aouba, et al., 2011).

Les performances de l'algorithme ont été évaluées relativement à sa sensibilité (capacité à bien identifier les décès par suicide définis sur la base des codes CIM10) et par rapport à sa précision. Elles ont été améliorées de manière itérative, en ajoutant des termes ou expressions manquants dans l'algorithme ou en en supprimant, après analyse des certificats de décès classés (ou mal classés) suivant la CIM10.

Les résultats obtenus sur la période d'évaluation de l'algorithme (2015-2017) indiquent que le nombre hebdomadaire de décès par suicide relevé par l'algorithme est très fortement corrélé au nombre de décès évalué d'après les codes de cause initiale de la CIM10³ (graphique 1). En considérant tous les certificats de décès (sous forme électronique et papier) de 2015 à 2017, l'algorithme détecte ainsi correctement 93 % des décès par suicide (sensibilité), et 91 % des décès qu'il classe parmi les suicides sont effectivement répertoriés dans cette catégorie dans la source de référence (précision).

Graphique 1 • Nombre hebdomadaire de décès de 2015 à 2017 en France, d'après l'algorithme et les codes CIM10 de cause initiale de décès



CIM10 : 10^e révision de la classification internationale des maladies.

Lecture • Au cours de la seconde semaine de l'année 2015, 222 décès ont été identifiés par l'algorithme et 227 décès ont été comptabilisés avec un code CIM10 de cause initiale correspondant à une lésion auto-infligée ou à une intention indéterminée.

Champ • Personnes vivant en France, décédées entre 2015 et 2017.

Source • Inserm-CépiDc ; Santé publique France.

3. Coefficient de corrélation linéaire : 0,97.

Nous avons déduit de cette étape de validation que l'algorithme d'identification automatique des suicides dans les certificats de décès était suffisamment performant pour permettre d'assurer le suivi réactif de la mortalité par suicide.

La pandémie ne semble pas avoir affecté la mortalité par suicide

Au cours des 15 mois écoulés de début janvier 2020 à fin mars 2021, 11 210 décès par suicide ont été dénombrés en France grâce à l'algorithme d'identification automatique des suicides dans les certificats de décès sous forme papier ou numérique (**tableau 1**). Le chiffre annuel correspondant est légèrement inférieur à la moyenne observée au cours de la période 2015-2019.

Parmi les 11 210 personnes décédées par suicide entre le 1^{er} janvier 2020 et le 31 mars 2021, 75,1 % sont des hommes. Les personnes âgées de 45 à 64 ans sont les plus nombreuses à être décédées par suicide (37,3 %), suivies des sujets âgés de 15 à 44 ans (27,2 %), et des individus âgés de 65 à 84 ans (25,4 %). La répartition des décès par suicide selon l'âge et le sexe pendant la période étudiée est similaire à celle des décès enregistrés au cours des cinq années précédentes. Cette répartition des décès pour cause de suicide par classe d'âge diffère de celle toutes causes confondues. Ainsi, toutes causes confondues, les personnes âgées de 15 à 44 ans et celles âgées de 45 à 64 ans représentent respectivement 2,2 % et 13,4 % de l'ensemble des décès, les personnes âgées de 65 à 84 ans représentent 38,1 % d'entre eux, et celles de 85 ans ou plus 47,4 %.

De janvier 2020 à mars 2021, la majeure partie des décès par suicide sont survenus à domicile (63,3 %, contre 61,7 % de 2015 à 2019), tandis que 12,6 % (contre 12,1 %) ont été enregistrés dans les hôpitaux publics et 11,0 % (contre 10,7 %) l'ont été sur la voie publique (**tableau 1**).

Pour l'ensemble de la période considérée, la mortalité par suicide ne semble donc avoir été affectée par la pandémie, ni du point de vue du nombre global de décès, ni de celui de leur répartition par âge, ni du lieu de décès.

Néanmoins, la situation sanitaire et les mesures appliquées pour lutter contre le Covid-19 ont varié au cours de la période étudiée. Pour évaluer plus finement l'effet des différentes phases de la crise sanitaire sur la mortalité par suicide, le nombre hebdomadaire de décès par suicide de janvier 2020 à mars 2021 a ainsi été comparé au nombre attendu en l'absence de pandémie pendant cette période, estimé à partir des décès survenus de 2015 à 2019⁴.

Le nombre hebdomadaire de décès par suicide de janvier 2020 à mars 2021 est similaire au nombre attendu avant le premier confinement au sein de tous les groupes d'âge, quel que soit le sexe. En revanche, durant le premier confinement (semaines 12 à 19 de 2020),

4. Estimation réalisée à l'aide d'un modèle additif généralisé (GAM), comprenant une tendance annuelle linéaire, un effet semaine à l'aide d'une spline et un effet d'interaction entre le sexe et la classe d'âge (15-44 ans, 45-64 ans, 65-84 ans, 85 ans ou plus).

Tableau 1 • Répartition des décès par suicide, du 1^{er} janvier 2020 au 31 mars 2021 et durant la période 2015-2019, en France

	Décès par suicide de janvier 2020 à mars 2021 (effectifs)	Décès par suicide de janvier 2020 à mars 2021 (en %)	Décès par suicide de 2015 à 2019 (en %)
Total	11 210	-	-
Sexe			
Hommes	8 415	75,1	75,4
Femmes	2 790	24,9	24,5
Manquant	5	0,0	0,1
Tranche d'âge			
0-14 ans	65	0,6	0,6
15-44 ans	3 054	27,2	27,7
45-64 ans	4 182	37,3	38,7
65-84 ans	2 843	25,4	24,2
85 ans ou plus	1 064	9,5	8,8
Manquant	2	0,0	0,0
Lieu de décès			
Domicile	7 094	63,3	61,7
Hôpital public	1 416	12,6	12,1
Clinique privée	156	1,4	0,8
Maison de retraite	234	2,1	1,7
Voie publique	1 237	11,0	10,7
Autres ou manquant	1 073	9,6	13,0

Lecture • De janvier 2020 à mars 2021, 11 210 décès par suicide ont été observés, dont 8 415 (75,1 %) ont concerné des hommes. Sur la période de référence (2015-2019), 75,4 % des individus décédés par suicide étaient des hommes.

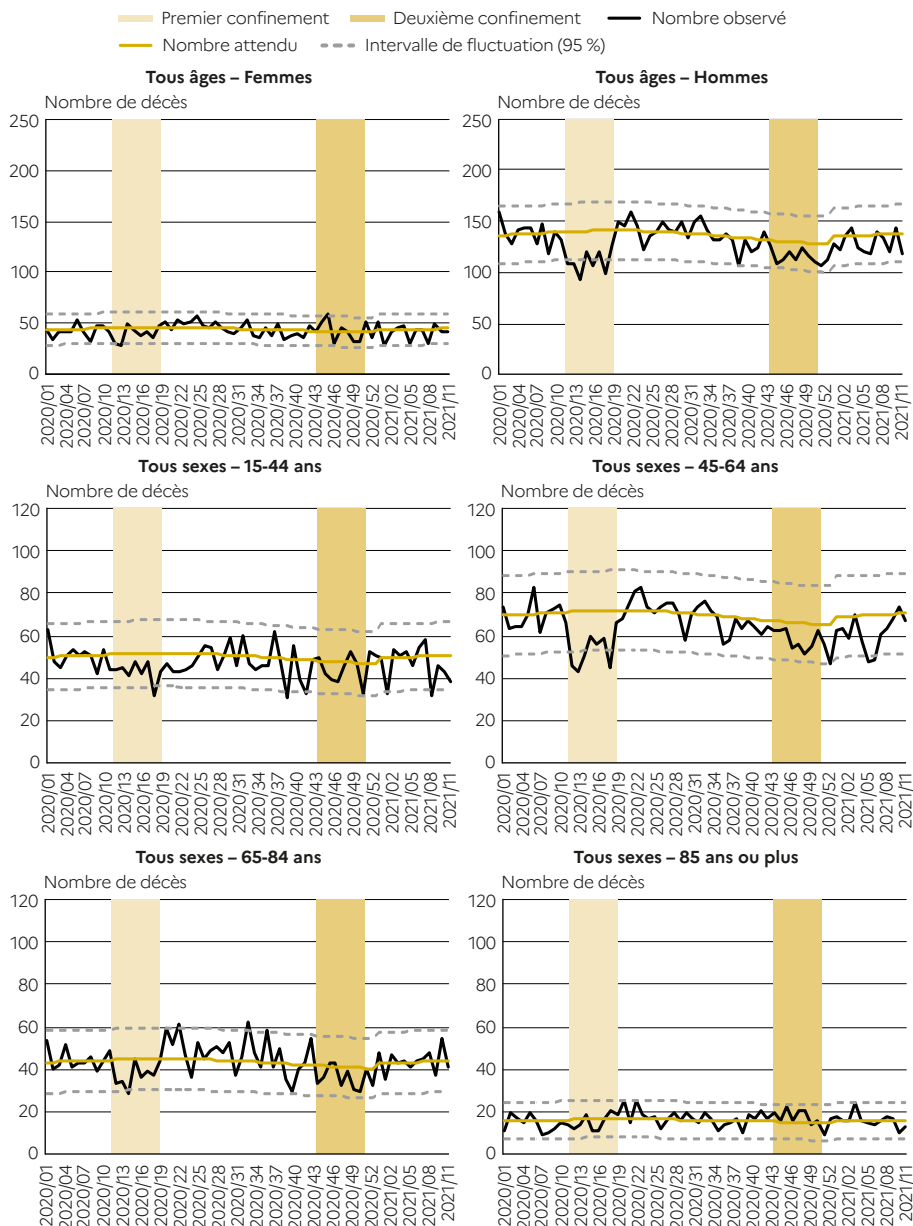
Champ • Personnes vivant en France, décédées entre 2015 et 2017.

Source • Inserm-CépiDc ; Santé publique France.

le nombre de suicides est inférieur de 20 % au nombre attendu. Cette différence existe pour les deux sexes et pour l'ensemble des classes d'âge, avec un écart plus marqué par rapport au nombre attendu chez les hommes (-22 %, contre -14 % chez les femmes) et chez les sujets âgés de 45 à 64 ans (-26 %) [graphique 2, tableau 2]. Entre les deux confinements (semaines 20 à 30), le nombre de décès par suicide reste comparable au nombre attendu chez les hommes (sauf pour les personnes âgées de 85 ans ou plus), alors qu'il est légèrement plus élevé chez les femmes âgées de 65 à 84 ans, avant de revenir approximativement au nombre attendu.

Lors du deuxième confinement, le nombre de décès par suicide est également significativement inférieur au nombre attendu en l'absence de pandémie, avec un écart moindre par rapport au premier confinement (-8 %). Plus précisément, cette diminution est observée chez les hommes âgés de 45 à 64 ans (-17 %) et chez les femmes âgées de 65 à 84 ans (-25 %). Le nombre de décès reste proche de l'attendu pour les autres catégories [graphique 2, tableau 2]. Après le deuxième confinement, le nombre de décès par suicide pour les hommes âgés de 45 à 64 ans reste inférieur à celui attendu (-12 %). Dans les autres tranches d'âge et chez les femmes, ce nombre est similaire à l'attendu après le second confinement.

Graphique 2 • Nombre de décès par suicide observé et attendu, et intervalle de fluctuation à 95 %, par sexe et par tranche d'âge, du 1^{er} janvier 2020 au 31 mars 2021



Lecture • Chez les hommes, tous âges confondus, le nombre observé de décès par suicide au cours du premier confinement est inférieur au nombre attendu, à la limite de la limite basse de l'intervalle de fluctuation.

Champ • Personnes vivant en France, décédées entre le 1^{er} janvier 2020 et le 31 mars 2021.

Source • Inserm-CépiDc ; Santé publique France.

Les mesures de protection de la santé publique pourraient avoir contribué à diminuer la mortalité par suicide au cours des confinements

L'évolution de la mortalité par suicide pendant la pandémie de Covid-19 varie selon les pays. Au Japon, une surmortalité par suicide est observée chez les femmes et chez les hommes âgés de 20 à 29 ans et de 80 ans ou plus de juillet à novembre 2020 (Eguchi, *et al.*, 2021).

Tableau 2 • Nombre de décès observé par suicide, surmortalité et sous-mortalité estimées, par tranche d'âge et sexe, de mars 2020 à mars 2021

Période	Tranche d'âge	Femmes			Hommes			Ensemble		
		Nombre de décès	Écart	Ratio	Nombre de décès	Écart	Ratio	Nombre de décès	Écart	Ratio
1 ^{er} confinement (S12-S19)	15-44 ans	76	-10	-12 %	267	-61	-19 %	343	-72	-17 %
	45-64 ans	112	-33	-23 %	314	-120	-28 %	426	-153	-26 %
	65-84 ans	92	-3	-3 %	209	-59	-22 %	301	-62	-17 %
	85 ans ou plus	36	-2	-4 %	88	-6	-7 %	124	-8	-6 %
	Tous âges	317	-51	-14 %	883	-247	-22 %	1 200	-298	-20 %
Interpériode (S20-S43)	15-44 ans	241	-10	-4 %	901	-57	-6 %	1 142	-67	-6 %
	45-64 ans	428	4	+1 %	1 244	-21	-2 %	1 672	-17	-1 %
	65-84 ans	316	40	+14 %	831	49	+6 %	1 147	89	+8 %
	85 ans ou plus	96	-14	-12 %	318	43	+16 %	414	30	+8 %
	Tous âges	1 086	14	+1 %	3 313	18	+1 %	4 399	31	+1 %
2 ^e confinement (S44-S51)	15-44 ans	77	-2	-3 %	270	-31	-10 %	347	-34	-9 %
	45-64 ans	141	8	+6 %	329	-69	-17 %	470	-62	-12 %
	65-84 ans	65	-22	-25 %	225	-21	-9 %	290	-43	-13 %
	85 ans ou plus	47	13	+36 %	99	13	+15 %	146	25	21 %
	Tous âges	335	-3	-1 %	929	-108	-10 %	1 264	-111	-8 %
Post-confinement (S2020/52 – S2021/12)	15-44 ans	143	-1	0 %	516	-31	-6 %	659	-32	-5 %
	45-64 ans	214	-28	-12 %	633	-90	-12 %	847	-118	-12 %
	65-84 ans	168	10	+6 %	435	-12	-3 %	603	-2	0 %
	85 ans ou plus	53	-10	-15 %	166	9	+6 %	219	-1	0 %
	Tous âges	581	-32	-5 %	1 765	-118	-6 %	2 346	-150	-6 %

S : semaine ; écart : différence entre les nombres observés et attendus de décès ; ratio : rapport entre les nombres observés et attendus de décès.

Note • Les résultats en gras indiquent les écarts statistiquement significatifs au seuil de 5 %.

Lecture • Au cours du premier confinement, 267 décès par suicide ont été observés chez les hommes âgés de 15 à 44 ans. Ce nombre est inférieur de 19 % à celui qui était attendu (soit une différence de 61 décès).

Champ • Personnes vivant en France, décédées entre mars 2020 et mars 2021.

Source • Inserm-CépiDc ; Santé publique France.

Les femmes et les jeunes semblent plus vulnérables face à la crise économique, car ils occupent des emplois plus précaires et dans les secteurs de services touchés par les mesures de confinement et d'éloignement social. À l'inverse, la mortalité par suicide baisse de mars à juillet 2020 dans 12 pays sur 21 (Pirkis, *et al.*, 2021), ainsi qu'en Chine (Zheng, *et al.*, 2021) et en Inde (Behera, *et al.*, 2021 ; Pirkis, *et al.*). D'après les auteurs de ces études, cette diminution pourrait être liée à la mise en place de mesures strictes de protection de la santé publique (maintien à domicile et fermeture des écoles, notamment) accompagnées, dans certains pays, d'une attention particulière portée à la santé mentale des personnes vulnérables. L'application de ces règles a pu faciliter le soutien social de la famille ou du voisinage, par exemple, et une réduction du stress de la vie quotidienne. Enfin, les auteurs suggèrent que les manifestations de cohésion et de solidarité citoyenne face à la crise ont également pu avoir un effet bénéfique (Carr, *et al.*, 2021 ; Radeloff, *et al.*, 2021).

En France, ces mêmes hypothèses peuvent contribuer à expliquer la diminution de la mortalité par suicide au cours des confinements, en particulier lors du premier, pendant lequel l'attention aux personnes vulnérables ainsi que la cohésion et la solidarité citoyenne ont été plus marquées. La réduction du stress de la vie quotidienne peut également expliquer une diminution de la mortalité plus nette chez les personnes âgées de 45 à 64 ans. L'effet bénéfique des confinements semble en revanche plus limité chez les personnes les plus âgées.

Conclusion, perspectives et limites

Sur la base des causes médicales renseignées par les médecins en texte libre sur les certificats de décès, cette étude nationale analyse la tendance de la mortalité par suicide pendant la pandémie de Covid-19 en France, selon l'âge et le sexe, du 1^{er} janvier 2020 au 31 mars 2021. Pendant cette période, la mortalité par suicide n'a pas augmenté en France. Elle a même un peu baissé au cours des deux phases de confinement (plus fortement lors du premier confinement), particulièrement chez les hommes. Entre les deux confinements et après, la mortalité par suicide est restée comparable aux valeurs attendues, sauf pour certaines catégories d'individus. À la suite du premier confinement, un excès limité de décès par suicide a ainsi été observé parmi les hommes de 85 ans ou plus et parmi les femmes âgées de 65 à 84 ans. De même, à la suite du deuxième confinement le nombre de décès par suicide est resté inférieur à celui attendu pendant quelques semaines parmi les hommes âgés de 45 à 64 ans.

Il convient toutefois de rester prudent, car une augmentation de la mortalité par suicide est toujours susceptible de survenir de façon différée. Les impacts indirects de la crise, notamment à partir de la réduction ou de l'arrêt des mesures sociales et économiques prises par le gouvernement français pour soutenir l'économie et maintenir l'emploi pendant le pic de la crise, pourraient ainsi se faire sentir. Une surveillance réactive de la mortalité par suicide doit donc être poursuivie.

En l'absence d'un codage réactif des causes médicales de décès, un algorithme analysant les causes médicales renseignées en texte libre sur les certificats de décès a été créé. Celui-ci constitue un indicateur indirect de suivi de la dynamique temporelle de la mortalité par suicide. Il permet d'en assurer une surveillance réactive et pourrait être utilisé à l'avenir de manière systématique. En revanche, il ne peut fournir une quantification exacte et standardisée du nombre de décès dus au suicide, comme c'est le cas à l'issue du processus de codage de la cause initiale de décès d'après la CIM10.

Cette approche reste par ailleurs tributaire des délais de réception des données brutes renseignées sur les certificats. Les certificats de décès électroniques représentent la seule source de données permettant d'assurer une surveillance de la mortalité par causes médicales de décès dans un délai court (entre 24 et 48 heures). Or, fin 2021, seuls un tiers des décès étaient enregistrés électroniquement en France, avec une répartition hétérogène par lieu de décès⁵. Les certificats numériques recueillent environ 50 % des décès survenus à l'hôpital, 15 % de ceux recensés dans les maisons de repos et moins de 5 % de ceux advenus à domicile (alors que plus de 60 % des suicides ont lieu à domicile). La surveillance réactive de la mortalité par suicide nécessite donc le déploiement de la certification électronique en dehors des établissements de santé, ce qui est rendu possible dans les communes où les procédures sont entièrement dématérialisées (Carton, 2019).

Références bibliographiques

- **Aouba, A., P. F., Camelin, L., Jouglu, E.** (2011). Évaluation de la qualité et amélioration de la connaissance des données de mortalité par suicide en France métropolitaine. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 47-48.
- **Behera, C., Gupta, S. K., Singh, S., et al.** (2021). Trends in deaths attributable to suicide during Covid-19 pandemic and its association with alcohol use and mental disorders: Findings from autopsies conducted in two districts of India. *Asian Journal of Psychiatry*, 58.
- **Carr, M. J., Steeg, S., Webb, R. T., et al.** (2021). Effects of the Covid-19 pandemic on primary care-recorded mental illness and self-harm episodes in the UK: a population-based cohort study. *Lancet Public Health*, 6(2), p. 124-135.
- **Carton, I., Cuzin, Y.** (2019). Présentation et bilan de l'expérimentation de dématérialisation totale des certificats de décès dans six communes en France en 2017-2018. *Santé publique France, Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 29-30, p. 594-601.
- **Eguchi, A., Nomura, S., Gilmour, S., et al.** (2021). Suicide by gender and 10-year age groups during the Covid-19 pandemic vs previous five years in Japan: An analysis of national vital statistics. *Psychiatry Research*, 305.
- **Fouillet, A., Pigeon, D., Carton, I., et al.** (2019). Évolution de la certification électronique des décès en France de 2011 à 2018. *Santé publique France, Bulletin Épidémiologique hebdomadaire*, 29-30, p. 585-593.

5. Voir l'espace Open Data Inserm-CépiDc : <https://opendata.idf.inserm.fr>, rubrique Statistiques nationales provisoires.

- **Gouvernement français** (2021). Info Coronavirus Covid-19 – Les actions du Gouvernement <https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus/les-actions-du-gouvernement>. Consulté le 21 octobre 2021.
- **Hossain, M., Tasnim, S., Sultana, A., et al.** (2020). Epidemiology of mental health problems in Covid-19: a review. *F1000Res*, 9(636).
- **John, A., Eyles, E., Webb, R. T., et al.** (2020). The impact of the Covid-19 pandemic on self-harm and suicidal behaviour: update of living systematic review. *F1000Res*, 9(1097).
- **Organisation mondiale de la santé (OMS)** (2016). *International statistical classification of diseases and related health problems 10th revision – Fifth edition*.
- **Pirkis, J., John, A., Shin, S., et al.** (2021). Suicide trends in the early months of the Covid-19 pandemic: an interrupted time-series analysis of preliminary data from 21 countries. *The Lancet Psychiatry*, 8(7), p. 579-588.
- **Radeloff, D., Papsdorf, R., Uhlig, K., et al.** (2021). Trends in suicide rates during the Covid-19 pandemic restrictions in a major German city. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 30.
- **Zheng, X.-Y., Tang, S.-L., Ma, S.-L., et al.** (2021). Trends of injury mortality during the Covid-19 period in Guangdong, China: a population-based retrospective analysis. *BMJ Open*, 11(6).

Recours aux soins d'urgence pour trouble de la santé mentale au cours de la crise liée au Covid-19 (2020-2021) en France

Cécile Forgeot et Céline Caserio-Schönemann (Santé publique France)

En janvier 2020, les premiers cas de Covid-19 apparaissent en France. Des mesures de contrôle individuelles et collectives sont alors rapidement mises en œuvre et ont été maintenues sous des formes variées tout au long des vagues successives de l'épidémie, avec notamment plusieurs épisodes de couvre-feux et de confinements (dont le premier, très restrictif, a imposé la fermeture des écoles, ainsi que la limitation des déplacements sur le territoire et des activités dites « non essentielles »). Ce contexte de crise sanitaire a constitué un terrain favorable à une dégradation de la santé mentale, relevée dès février 2020 dans la littérature scientifique internationale (Bao, *et al.*, 2019 ; Qiu, *et al.*, 2020 ; Brooks, *et al.*, 2020 ; Peretti-Wattel, *et al.*, 2020). Cette dégradation est liée, d'une part, aux inquiétudes générées par la situation sanitaire elle-même (peur de la contamination, développement de la maladie, voire décès) et, d'autre part, aux mesures de contrôle de l'épidémie et à leurs conséquences économiques, sociales et sociétales sans précédent.

Dans ce contexte, dès le mois de mars 2020, une surveillance populationnelle de l'épidémie de Covid-19 est mise en place à partir du système Surveillance sanitaire des urgences et des décès (SurSaUD®). Celui-ci recense quotidiennement les recours aux services d'urgence du réseau Organisation de la surveillance coordonnée des urgences (OSCOUR®) et des associations SOS Médecins (Thiam, *et al.*, 2022). Il comporte un volet santé mentale (**encadré 1**). Dans les premiers temps de l'épidémie, les indicateurs de santé mentale principalement relevés concernent des recours pour stress et trouble anxieux (**encadré 2**). En novembre 2020, en réponse aux signaux d'alerte de professionnels de la psychiatrie et de la pédiatrie sur une possible hausse des conduites suicidaires chez les enfants, la surveillance de ces derniers est renforcée. Des bulletins nationaux et régionaux spécifiques sur la santé mentale sont alors publiés. Au niveau national, leur publication hebdomadaire est accompagnée d'un point mensuel présentant l'analyse d'un nombre élargi d'indicateurs de santé mentale, et ce, pour des classes d'âge affinées suivant les niveaux scolaires.

Encadré 1 – OSCOUR®, un réseau de services d'urgence hospitaliers largement déployé sur le territoire

Le réseau OSCOUR® a été mis en place après la canicule de 2003. Il a pour objectif la collecte et l'analyse réactive et en continu des données de passages aux urgences en France. En 2021, la quasi-totalité des services d'urgence participent au réseau et couvrent 94,5 % des passages aux urgences sur le territoire national, y compris dans les départements et régions d'outre-mer (à l'exception de la Martinique, non encore couverte).

Les données collectées sont issues du résumé de passage aux urgences (RPU) et comportent des informations démographiques (sexe, âge), administratives (dates et heures d'entrée et de sortie, code Finess de l'établissement, code postal de résidence, etc.) et médicales (diagnostic principal et diagnostics associés codés selon la classification internationale des maladies [CIM10], hospitalisation après passage). Les données sont extraites automatiquement et transmises quotidiennement à Santé publique France *via* les concentrateurs régionaux de RPU, représentés dans la plupart des cas par les observatoires régionaux des urgences (ORU). En 2021, 80 % des RPU comportaient un diagnostic médical renseigné.

En 2020, les passages aux urgences pour idée suicidaire et trouble de l'humeur augmentent

L'année 2020 est marquée par une baisse de l'activité totale des urgences au cours des périodes de confinement, notamment lors du premier (semaines du 16 mars au 10 mai), pendant lequel l'activité des services d'urgence a diminué de 43 % pour tous les âges, et jusqu'à 74 % pour les personnes âgées de 11 à 17 ans. Les passages aux urgences pour geste suicidaire et idée suicidaire baissent également en 2020, mais de façon moins marquée que l'activité « toutes causes ». On enregistre ainsi une diminution pour ces deux indicateurs, respectivement de 23 % et 6 % pour tous les âges, et de 47 % et 48 % chez les individus âgés de 11 à 17 ans. La baisse du recours aux urgences pour ces troubles de santé mentale, moins marquée que celle de l'activité globale, a pu conduire à un ressenti de hausse de ces tableaux cliniques, chez les professionnels des services d'urgence comme dans les services intrahospitaliers (**graphique 1**).

Comparativement à 2018-2019, le nombre de passages aux urgences pour geste suicidaire baisse de 12 % en 2020, dans la population générale (67 815 passages en 2020, contre une moyenne de 77 110 en 2018-2019) comme dans chacune des classes d'âge prises séparément. En revanche, le nombre de passages aux urgences pour idée suicidaire progresse de 22 % dans la population générale (13 596 passages en 2020 contre une moyenne de 11 182 en 2018-2019) et dans toutes les classes d'âge, avec une hausse plus marquée chez les personnes âgées de 18 à 24 ans (+32 %) (**graphique 2**).

Encadré 2 – Les indicateurs de santé mentale suivis pendant l'épidémie de Covid-19 via les données des services d'urgence du réseau OSCOUR®

Les principaux indicateurs de santé mentale surveillés au cours de l'épidémie de Covid-19 sont les passages aux urgences pour geste suicidaire, idées suicidaires, trouble de l'humeur et trouble anxieux (**tableau**). Leur évolution entre 2020 et 2021 a été décrite, dans l'analyse nationale hebdomadaire du nombre de passages aux urgences, comparativement au nombre hebdomadaire moyen de passages entre 2018 et 2019, pour les classes d'âge 0-10 ans, 11-14 ans, 15-17 ans, 18-24 ans, 25-64 ans et 65 ans ou plus. L'évolution de l'activité totale (toutes causes codées) des services d'urgence a également été analysée sur la période 2020-2021 via le pourcentage de variation du nombre hebdomadaire de passages totaux par rapport au nombre moyen de 2018-2019.

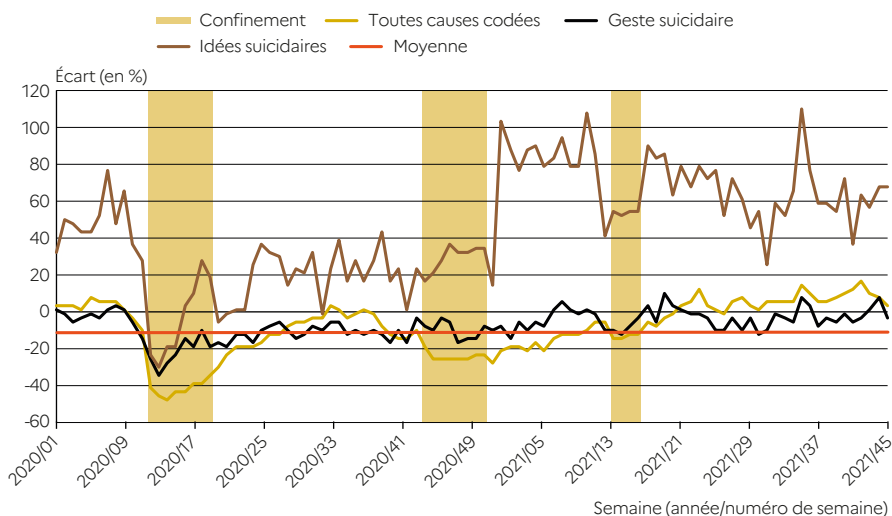
Tableau • Composition des principaux indicateurs de santé mentale utilisés au sein du réseau OSCOUR® pour la surveillance des passages aux urgences

Indicateur	Définition	Codes CIM10
Geste suicidaire	Geste suicidaire certain (auto-intoxication et lésion auto-infligée) ou probable (intoxication médicamenteuse, effet toxique de pesticides et asphyxie d'intention non déterminée).	T39, T42-T43, T50, T60, T71, X60-X64, X66-X84, Y870
Idée suicidaire	Symptômes et signes relatifs à l'humeur de type « idées suicidaires ».	R45.8
Trouble de l'humeur	Épisode maniaque, trouble affectif bipolaire, épisode dépressif, trouble dépressif récurrent, trouble de l'humeur persistant et trouble mental et du comportement associés à la puerpéralité. Les épisodes dépressifs représentent environ 80 % des passages pour cet indicateur.	F30-F34, F53
Trouble anxieux	Trouble anxieux phobique, autres troubles anxieux (trouble panique, anxiété généralisée et trouble anxieux et dépressif mixte) et autres troubles (trouble obsessionnel compulsif [TOC], trouble dissociatif de conversion, trouble somatoforme et tétanie). Les « autres troubles anxieux » représentent environ 80 % des passages pour cet indicateur.	F40-F42, 44-F45, F48, R29.0

À partir de la mi-septembre 2020, le nombre de passages aux urgences pour trouble de l'humeur augmente par ailleurs chez les enfants de 11 à 17 ans, en particulier chez ceux âgés de 11 à 14 ans, avec 1 436 passages en 2020, contre une moyenne de 1 027 passages en 2018-2019 (+40 %).

Enfin, aucune augmentation du nombre de passages pour trouble anxieux n'est observée en 2020, et ce, quelle que soit la classe d'âge.

Graphique 1 • Écart entre le nombre total de passages aux urgences entre le 1^{er} janvier 2020 et le 21 novembre 2021, par rapport à la semaine comparable pour la période de référence (2018-2019)



Lecture • En semaine 12 de 2020, le nombre de passages aux urgences toutes causes codées a baissé de 42,9 % par rapport au nombre moyen de passages la même semaine en 2018 et 2019. Le nombre de passages pour geste suicidaire et idée suicidaire baisse respectivement de 26,3 % et 25 %.

Champ • France entière.

Sources • Données du réseau OSCOUR® ; Santé publique France.

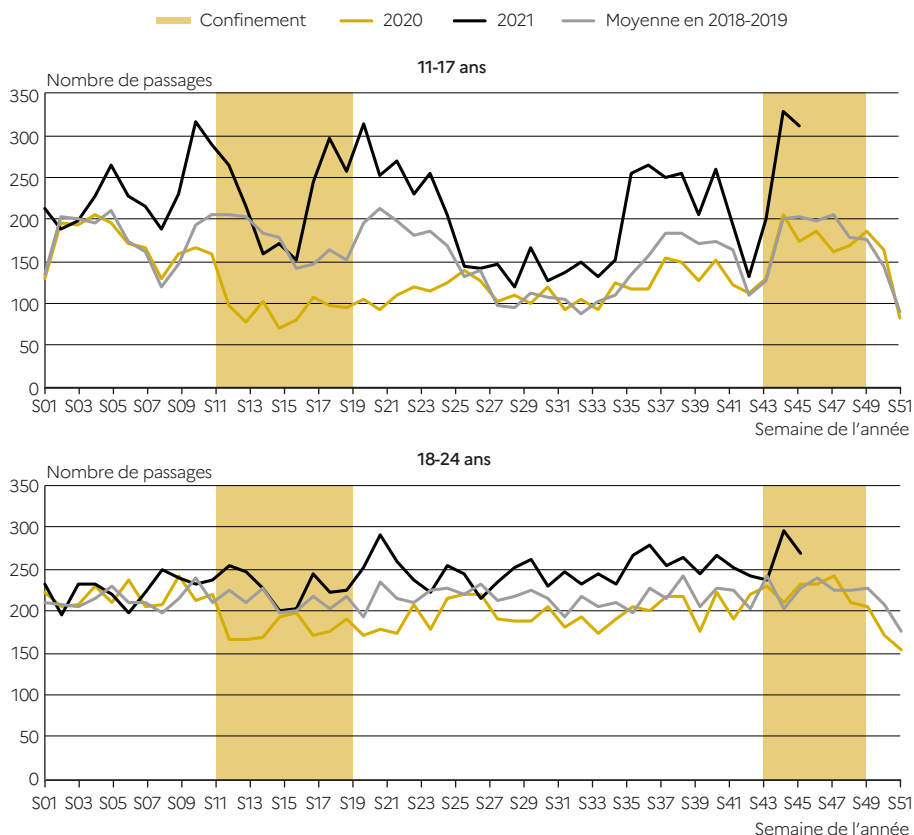
En 2021, une aggravation de la santé mentale aux urgences chez les collégiens, les lycéens et les jeunes adultes

En 2021, l'activité des services d'urgence augmente progressivement pour retrouver, à partir de la fin du mois de mai, des niveaux comparables à ceux observés en 2018-2019. Dès la première semaine de 2021, le nombre de passages aux urgences pour idée suicidaire augmente fortement (+103 % par rapport à 2018-2019). Cette hausse se poursuit jusqu'à la mi-novembre 2021 (**graphique 1**), en particulier chez les collégiens et lycéens âgés de 11 à 17 ans¹ (**graphique 2**).

En 2021, après le recul observé en 2020, le nombre total de passages aux urgences pour geste suicidaire revient à un niveau proche de celui observé en 2018-2019. En revanche, les adolescents et les jeunes adultes se démarquent par une intensification du recours aux urgences pour ce type de geste. En effet, dès le début du mois de janvier 2021, le nombre de passages aux urgences pour geste suicidaire est supérieur à ce qui était observé pendant la période prépandémique (+35 % chez les sujets âgés de 11 à 17 ans de début janvier

1. +126 % chez les 11-17 ans de la première semaine de janvier à la mi-novembre, par rapport à la même période en 2018-2019. L'augmentation sur cette période, quoique très importante, est de moindre intensité au sein de la classe d'âge suivante (18-24 ans).

Graphique 2 • Nombre hebdomadaire de passages aux urgences pour geste suicidaire en 2020 et 2021 et nombre hebdomadaire moyen en 2018-2019, chez les 11-17 ans et les 18-24 ans



Lecture • Chez les 11-17 ans, le nombre de passages aux urgences pour geste suicidaire était de 265 en semaine 12 de 2021, de 97 en semaine 12 de 2020 et en moyenne de 205 en semaine 12 de 2018 et 2019.

Champ • France entière.

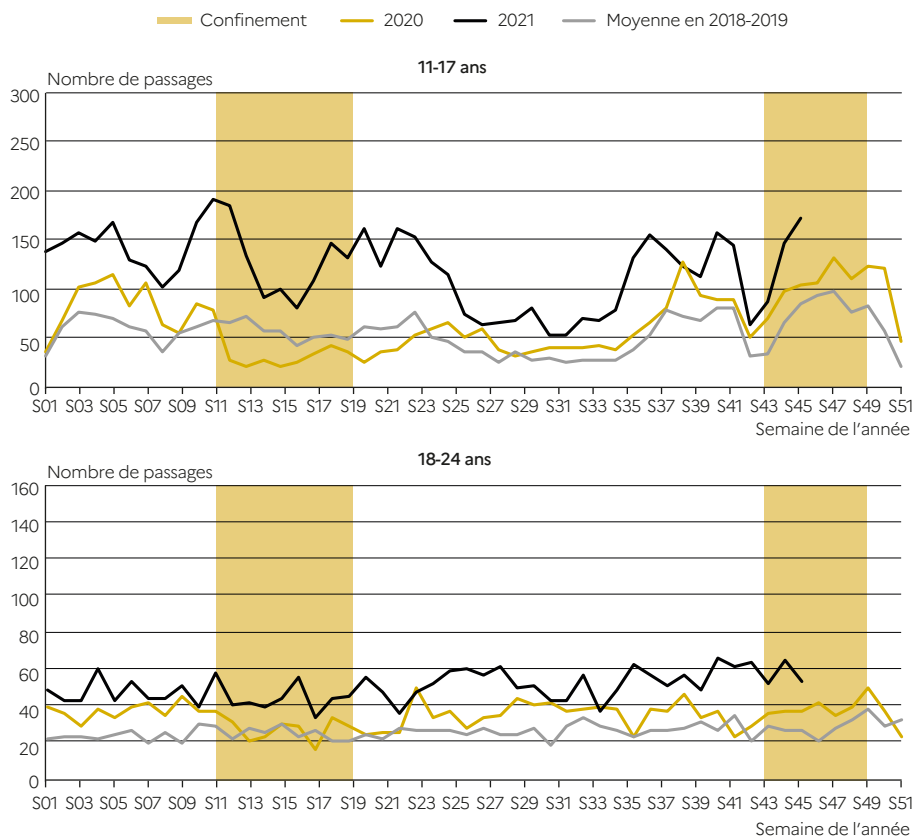
Sources • Données du réseau OSCOUR® ; Santé publique France.

à mi-novembre, et +52 % chez ceux âgés de 11 à 14 ans). Cette hausse est également sensible chez les personnes âgées de 18 à 24 ans (+12 %) [graphique 3].

À partir de janvier 2021, une intensification de la hausse des passages aux urgences pour trouble de l'humeur a également lieu chez les individus âgés de 11 à 17 ans (+60 %). Celle-ci est plus marquée chez les personnes âgées de 11 à 14 ans (+79 %) et s'accompagne d'une première augmentation chez celles âgées de 18 à 24 ans (+22 %).

Enfin, en 2021, les passages aux urgences pour trouble anxieux restent à des niveaux comparables ou inférieurs à ceux observés en 2018-2019 dans toutes les classes d'âge.

Graphique 3 • Nombre hebdomadaire de passages aux urgences pour idée suicidaire en 2020 et 2021 et nombre hebdomadaire moyen en 2018-2019, chez les 11-17 ans et chez les 18-24 ans



Lecture • Chez les 11-17 ans, le nombre de passages aux urgences pour geste suicidaire était de 185 en semaine 12 de 2021, de 27 en semaine 12 de 2020 et en moyenne de 67 en semaine 12 de 2018 et 2019.

Champ • France entière.

Sources • Données du réseau OSCOUR® ; Santé publique France.

À partir du premier confinement, une activité de SOS Médecins pour angoisse supérieure à la période prépandémique

Les données des associations SOS Médecins (**encadré 3**) montrent, dès la première semaine du premier confinement, une augmentation des actes médicaux pour angoisse chez les adultes. Cette hausse atteint un pic lors de la semaine suivante, à +127 % chez les personnes âgées de 25 ans ou plus (2 055 actes contre 906 en 2018-2019) et à +54 % chez celles âgées de 18 à 24 ans (232 actes contre 150 en 2018-2019). Tout en restant plus nombreux que lors de la période prépandémique, les actes médicaux pour angoisse diminuent ensuite

progressivement jusqu'à la fin du mois de juillet pour les sujets âgés de 25 ans ou plus. Les personnes âgées de 18 à 24 ans sont également concernées par l'augmentation de ce type d'actes jusqu'à la mi-novembre 2021, à l'exception d'une période allant du 19 octobre 2020 à la fin du mois de novembre 2020. Par exemple, la hausse enregistrée pour cette classe d'âge de janvier 2021 à la mi-novembre 2021 est de 35 % par rapport à la même période en 2018-2019 (**graphique 4**).

Encadré 3 – La surveillance des recours en urgence en préhospitalier par les associations SOS Médecins

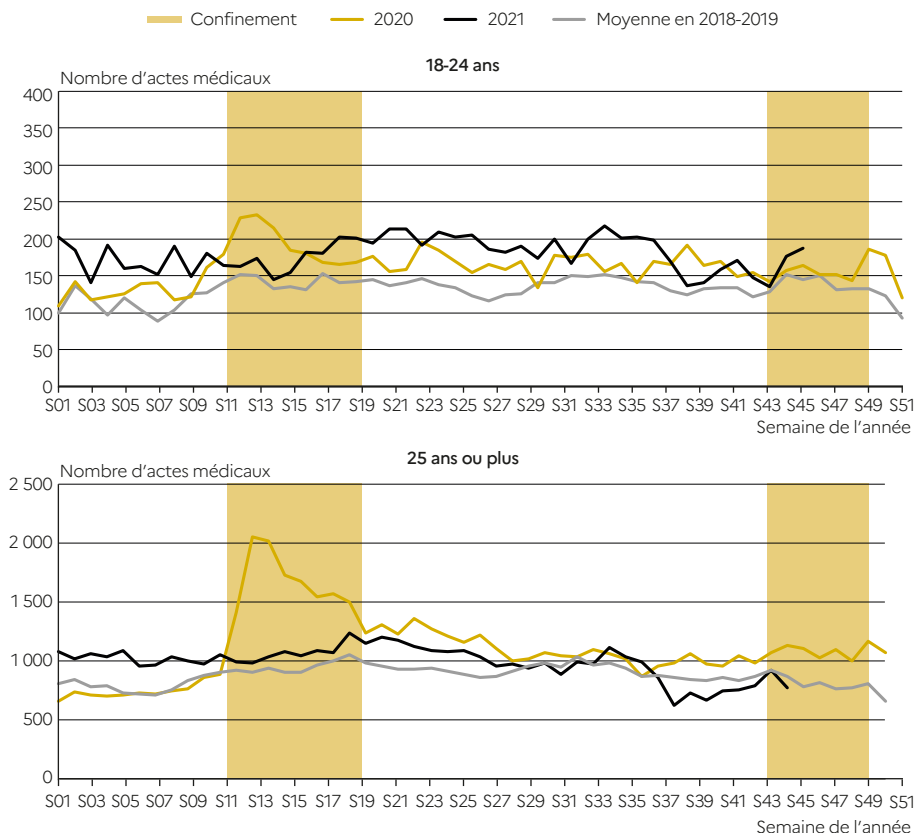
La fédération SOS Médecins France regroupe 63 associations réparties sur l'ensemble du territoire métropolitain et en Martinique. En 2020, 62 des 63 associations SOS Médecins transmettaient chaque jour des données à Santé publique France. Ce réseau couvre ainsi 95 % des actes médicaux SOS Médecins réalisés au niveau national (visites à domicile et consultations dans les centres médicaux SOS Médecins). Le taux de codage diagnostique est d'en moyenne 95 %.

Les effectifs d'actes médicaux SOS Médecins pour geste suicidaire étant faibles, seuls les actes médicaux pour angoisse, état dépressif et trouble du comportement ont été suivis à travers cette source de données.

Les actes médicaux pour état dépressif sont également en hausse en 2020 et en 2021. Pendant la période estivale et les fêtes de fin d'année de 2020, ils augmentent notamment chez les adultes, et de manière plus marquée chez les personnes âgées de 65 ans ou plus. En 2021, leur nombre est légèrement supérieur à 2018-2019, en particulier chez les sujets âgés de 18 à 24 ans (+49 % entre début janvier et mi-novembre) [**graphique 5**].

De janvier 2020 à la mi-novembre 2021, contrairement à ce qui a été observé aux urgences, les actes médicaux réalisés par SOS Médecins pour état dépressif auprès des enfants âgés de 0 à 17 ans sont restés dans des valeurs comparables à celles observées avant l'épidémie de Covid-19. Cette différence entre les deux réseaux pourrait en partie s'expliquer par le fait que les urgences prennent davantage en charge les tableaux cliniques sévères, en particulier des plus jeunes. Les actes médicaux de SOS Médecins pour angoisse et trouble du comportement sont par ailleurs restés dans des valeurs habituelles dans toutes les classes d'âge.

Graphique 4 • Nombre hebdomadaire d'actes médicaux réalisés par SOS Médecins pour angoisse en 2018-2019, 2020 et 2021 chez les 18-24 ans et les 25 ans ou plus



Lecture • En semaine 11 de 2020, le nombre d'actes médicaux pour angoisse réalisés par SOS Médecins auprès de personnes âgées de 18 à 24 ans était de 179, tandis que le nombre moyen en semaine 11 de 2018 et 2019 était de 140.

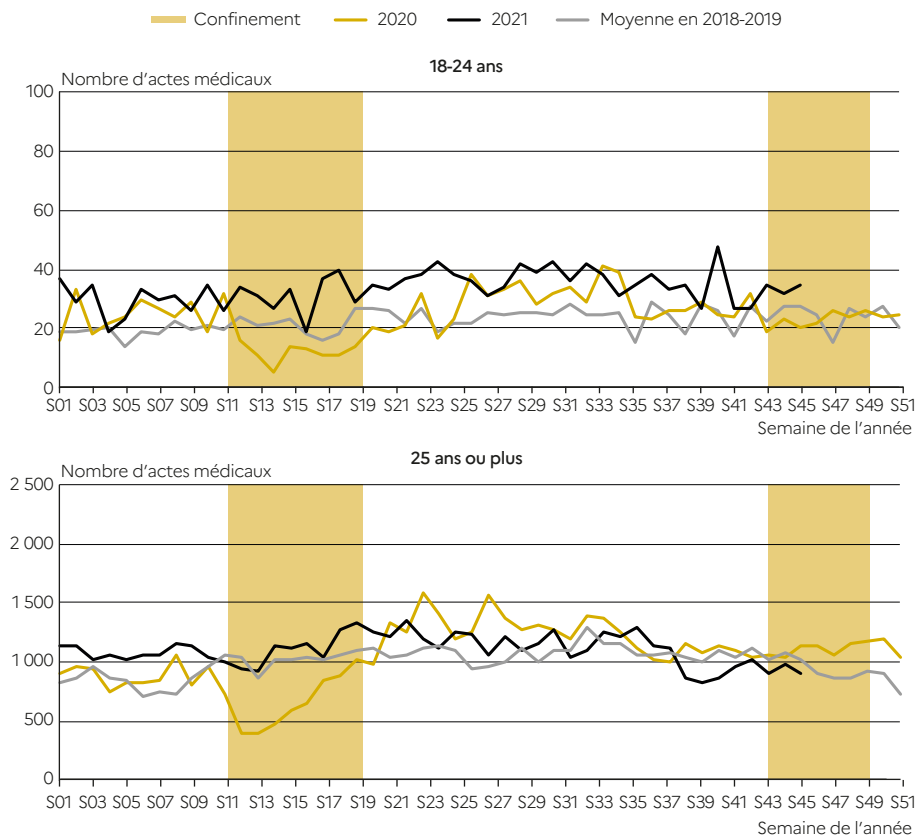
Champ • France entière.

Sources • Données de SOS Médecins ; Santé publique France.

Synthèse et conclusion

L'analyse des données des passages aux urgences du réseau OSCOUR® ne montre aucune augmentation des passages aux urgences pour geste suicidaire en 2020 par rapport à la période prépandémique, quelle que soit la classe d'âge. Le nombre de passages pour geste et idée suicidaire a même baissé pendant les deux confinements, en particulier pendant le premier, quoique dans des proportions moindres que l'activité globale des urgences. Cela conduit à une surreprésentation relative de ces passages au cours du premier confinement, et à un ressenti à la hausse de la part des professionnels de terrain.

Graphique 5 • Nombre hebdomadaire d'actes médicaux réalisés par SOS Médecins pour état dépressif en 2018-2019, 2020 et 2021, chez les 18-24 ans et chez les 25 ans ou plus



Lecture • En semaine 12 de 2020, le nombre d'actes médicaux pour état dépressif réalisés par SOS Médecins auprès de personnes âgées de 18 à 24 ans était de 16, tandis que le nombre moyen en semaine 12 était de 24 en 2018 et 2019.

Champ • France entière.

Sources • Données de SOS Médecins ; Santé publique France.

En dehors des confinements, le recours aux urgences pour idée suicidaire est en revanche en hausse par rapport à la période 2018-2019, dans toutes les classes d'âge. Cette augmentation semble plutôt s'inscrire dans un contexte d'augmentation tendancielle des passages aux urgences pour idée suicidaire préexistant à la crise de Covid-19 en France².

Chez les enfants âgés de 11 à 17 ans, l'augmentation des passages aux urgences pour idée suicidaire s'accompagne d'une hausse des passages pour trouble de l'humeur à partir de la rentrée scolaire 2020 (mi-septembre). Ces augmentations s'intensifient en 2021. Par ailleurs,

² Travaux en cours menés par Santé publique France en partenariat avec la Société française de pédiatrie à partir des données de passages aux urgences du réseau OSCOUR® depuis 2013.

à partir de janvier 2021, les passages aux urgences pour geste suicidaire, en particulier chez les enfants âgés de 11 à 14 ans, s'accroissent également. Bien que dans une moindre mesure, ces hausses, en particulier pour idée suicidaire et geste suicidaire, sont également observées chez les jeunes âgés de 18 à 24 ans.

En revanche, aucune augmentation des passages aux urgences en lien avec la santé mentale n'est constatée chez les adultes de 25 ans ou plus. Ces derniers semblent en effet plus concernés par une hausse des symptomatologies de type angoisse, observée grâce aux données préhospitalières de SOS Médecins.

Ces observations coïncident, d'une part, avec le ressenti des professionnels de terrain, notamment les urgentistes pédiatres et, d'autre part, avec d'autres sources telles que les données d'hospitalisations du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Celles-ci montrent en effet une augmentation, à partir de la fin 2020, des hospitalisations pour tentative de suicide chez les enfants de plus de 10 ans (Forgeot, 2021). Elles sont également cohérentes avec les résultats des vagues successives de l'enquête Coviprev (Santé publique France, 2022), menée en population générale adulte, qui porte notamment sur la santé perçue. D'après cette enquête, les symptomatologies anxio-dépressives ont en effet augmenté au cours de la crise liée au Covid-19.

Après deux ans de pandémie de Covid-19, la santé mentale de toute la population, dont celle des enfants et des adolescents, reste un sujet de préoccupation, en particulier dans le contexte de la multiplication des situations anxigènes (guerre en Europe, nouvelles alertes sanitaires, par exemple). Les données issues du point épidémiologique mensuel dédié à la santé mentale (Santé publique France, 2022) le confirment : les indicateurs de souffrance psychique chez les enfants âgés de 11 à 17 ans restent à des niveaux élevés début 2022, comparables, voire supérieurs à ceux observés début 2021. Compte tenu de ces résultats, et parce que la santé mentale de la population est un axe prioritaire de la programmation de Santé publique France, l'agence poursuit activement son dispositif de surveillance épidémiologique et ses campagnes de prévention, de sensibilisation et de communication autour du mal-être. Ces actions sont particulièrement ciblées vers les adolescents et les jeunes. Elles visent à les soutenir et à orienter ceux qui en ressentiraient le besoin vers des structures de prise en charge adaptées, afin de prévenir le développement de troubles et leur chronicisation.

Références bibliographiques

- **Bao, Y., Sun, Y., Meng S, et al.** (2020). 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society. *The Lancet*, 395(10224), p. 37-38.
- **Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., et al.** (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), p. 912-920.

- **Forgeot, C.** (2021). *Passages aux urgences en lien avec la santé mentale chez les enfants : Quelles évolutions depuis le début de la pandémie de Covid-19 ?* Disponible à partir de l'url : <https://www.rencontresantepubliquefrance.fr>, rubrique Archives, session du mercredi 26 mai [consulté le 23/05/2022].
- **Peretti-Watel, P., Alleaume, C., Léger, D., et al.** (2020). Anxiety, depression and sleep problems: a second wave of Covid-19. *General Psychiatry*, 33(5).
- **Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., et al.** (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the Covid-19 epidemic: implications and policy recommendations. *General Psychiatry*, 33(2).
- **Santé publique France** (2022). *CoviPrev : une enquête pour suivre l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie de Covid-19*. Disponible à partir de l'url : <https://www.santepubliquefrance.fr>, rubrique Études et enquêtes [consulté le 23/05/2022].
- **Santé publique France** (2022). Santé mentale. Point mensuel, mars 2022. Disponible à partir de l'url : <https://www.santepubliquefrance.fr>, rubrique Surveillance syndromique SURSAUD®, Documents, Bulletin national [consulté le 23/05/2022].
- **Thiam, M., Pontais, I., Forgeot, C., et al.** (2020). Syndromic surveillance: A key component of population health monitoring during the first wave of the Covid-19 outbreak in France. *PLoS One*, 17(2).

Évolution des hospitalisations pour tentative de suicide en médecine et chirurgie en France, de 2017 à 2021 et durant la pandémie de Covid-19

*Philippe Pirard, Francis Chin, Imane Khiredine, Nolwenn Regnault
(Santé publique France)*

Contexte

En France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, le programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (PMSI-MCO) a permis de comptabiliser 79 172 séjours hospitaliers de personnes âgées de 10 ans ou plus pour tentative de suicide dans les services de médecine et de chirurgie en 2020¹. Parmi ces séjours, 31 346 concernent des hommes et 47 826 des femmes² (**encadré**).

L'analyse des données du PMSI-MCO est circonscrite aux tentatives de suicide ayant donné lieu à une hospitalisation dans les services de médecine et chirurgie. Les séjours en unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD) des services des urgences sont également comptabilisés (Chan-Chee, 2019). En revanche les patients passés aux urgences après une tentative de suicide et n'ayant pas été hospitalisés par la suite ne sont pas pris en compte. Il en est de même des personnes admises en établissement psychiatrique, soit directement après une tentative de suicide, soit après un passage aux urgences sans hospitalisation préalable dans un service de médecine. Les hospitalisations en établissement psychiatrique à la suite d'une tentative de suicide sont en effet mal renseignées dans le système d'informations hospitalier (Chan-Chee et Paget, 2017).

1. Séjours comportant un diagnostic associé de lésion auto-infligée, code de la 10^e révision de la classification internationale des maladies (CIM10) compris entre X60 et X84.

2. Ces hommes et ces femmes ayant pu être hospitalisés à plusieurs reprises à la suite de tentatives de suicide en 2020, le nombre total de personnes ayant réalisé une tentative de suicide débouchant sur un séjour à l'hôpital est donc inférieur à ceux mentionnés ici.

Encadré – Méthodologie de l'étude

Pour suivre l'évolution des hospitalisations pour tentative de suicide pendant la pandémie, les observations réalisées à partir des données du PMSI-MCO ont été réparties en cinq périodes :

- la phase de préconfinement (semaines 1 à 11) ;
- le premier confinement (semaines 12 à 19) ;
- la phase d'interconfinement (semaines 13 à 44) ;
- le second confinement (semaines 45 à 50) ;
- la phase de post-confinement (semaines 51 et 52 de 2020 ; semaines 1 à 20 de 2021).

Les taux d'hospitalisation pour tentative de suicide mesurés pour ces cinq périodes ont été comparés à la moyenne des taux observés en 2017, 2018 et 2019 : soit directement (**graphique 1**), soit en rapportant les taux d'hospitalisation de la période de l'épidémie de Covid-19 à ceux de ces trois années de référence (**graphiques 2 à 5**). Dans ce dernier cas, si le rapport est supérieur à 1, c'est que le taux d'hospitalisation pendant la pandémie est supérieur à celui de la période précédente. Si, au contraire, ce rapport est inférieur à 1, alors le taux d'hospitalisation pendant la pandémie est inférieur à celui de la période prépandémique.

En 2020, le nombre de séjours hospitaliers et de personnes hospitalisées pour tentative de suicide diminue

Entre 2017 et 2019, en France, le nombre de séjours hospitaliers pour tentative de suicide était de plus de 88 000 par an. En 2020, ce nombre a diminué, passant à 79 749 (**tableau**) soit une baisse de 10 %.

En 2020, quel que soit le sexe, les gestes auto-infligés non violents (par exemple, l'utilisation d'analgésiques, de psychotropes, d'autres médicaments ou d'autres produits) sont significativement moins fréquents durant l'interconfinement, ainsi que pendant et après la période du deuxième confinement qu'au cours des années précédentes (**graphique 5**).

Le recours à des modalités violentes (par exemple, la pendaison, le saut dans le vide ou l'utilisation d'un objet contondant) est moins fréquent pendant la première période de confinement chez les femmes. Il augmente ensuite progressivement au cours des périodes suivantes pour devenir statistiquement supérieur lors de la deuxième période de confinement et au début de l'année 2021 par rapport aux années 2017-2019. Chez les hommes, les tentatives par actes violents augmentent aussi significativement par rapport aux années précédentes, principalement pendant les dernières semaines de 2020 et les vingt premières de 2021.

Tableau • Nombre de séjours et de patients hospitalisés en MCO pour tentative de suicide en France, de 2017 à 2020

	2017	2018	2019	2020
Nombre de séjours hospitaliers	88 333	90 034	88 066	79 749
Nombre de personnes hospitalisées	76 662	77 682	75 932	68 556
Ratio séjours hospitaliers/patients	1,15	1,16	1,16	1,16
Taux de séjours hospitaliers (pour 10 000 habitants)	15	15,2	14,8	13,3
Taux de séjours hospitaliers chez les hommes (pour 10 000 habitants)	12,1	12,3	12,1	11,0
Taux de séjours hospitaliers chez les femmes	17,7	17,9	17,3	15,5

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

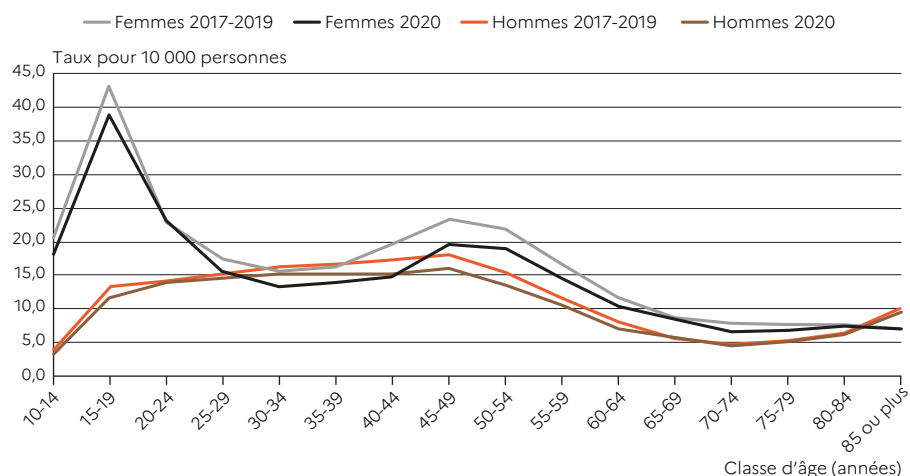
Note • L'écart entre les chiffres présentés ici et ceux publiés dans le 4^e rapport de l'ONS pour l'année 2017 (Chan-Chee, 2017) s'explique par deux inflexions méthodologiques : d'une part, les séjours et les patients concernés ont été recensés selon la date d'entrée à l'hôpital et non selon la date de sortie, ce qui permet de mieux tenir compte de l'impact des différentes phases de l'épidémie ; d'autre part, les comparaisons ont été effectuées semaine par semaine. Les données pour 2017 ont été ainsi extraites à partir du 2 janvier et non du 1^{er} janvier.

Lecture • En 2020, il y a eu 79 749 séjours en MCO pour tentative de suicide, qui ont concerné 68 556 patients différents, soit un taux de séjour hospitalier pour tentative de suicide de 13,3 pour 10 000 habitants.

Champ • France entière.

Source • PMSI-MCO.

Graphique 1 • Comparaison des taux d'hospitalisation pour tentative de suicide en MCO, par tranche d'âge et selon le sexe, en 2020 et en 2017-2019

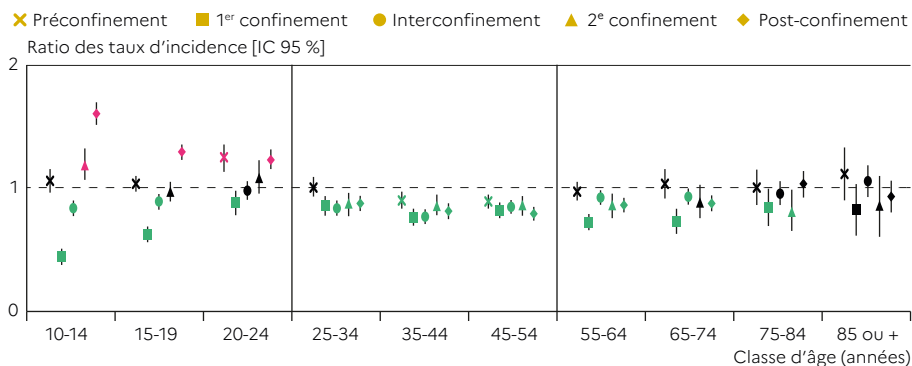


Lecture • En 2020, le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide chez les femmes était de 38,8 pour 10 000 femmes âgées de 15 à 19 ans, contre un taux moyen de 43,2 en 2017-2019.

Champ • Personnes d'au moins 10 ans, France entière.

Source • PMSI-MCO.

Graphique 2 • Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide rapportés à ceux de 2017-2019, chez les femmes et par tranche d'âge, selon les périodes de confinement



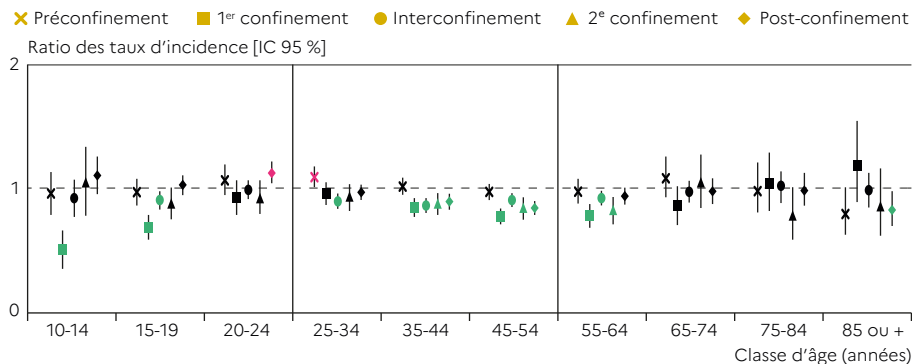
Note • Les barres verticales représentent le niveau d'incertitude associé à chaque estimation (intervalles de confiance au seuil de 95 %). Lorsqu'elles franchissent la ligne en pointillés, les écarts entre la période étudiée et la période de référence ne peuvent être considérés comme statistiquement significatifs. Les points verts marquent donc des résultats pour lesquels les taux d'incidence de la période épidémique sont inférieurs à la période précédente, les points roses des taux d'incidence supérieurs et les points noirs des écarts statistiquement non significatifs entre les périodes épidémiques et pré-épidémiques.

Lecture • Le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide des femmes âgées de 10 à 14 ans après le deuxième confinement correspond à 1,6 fois le taux moyen observé pour ce même groupe au cours de la période de référence (2017-2019).

Champ • Femmes âgées d'au moins 10 ans, France entière.

Source • PMSI-MCO.

Graphique 3 • Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide rapportés à ceux de 2017-2019, chez les hommes et par tranche d'âge, selon les périodes de confinement



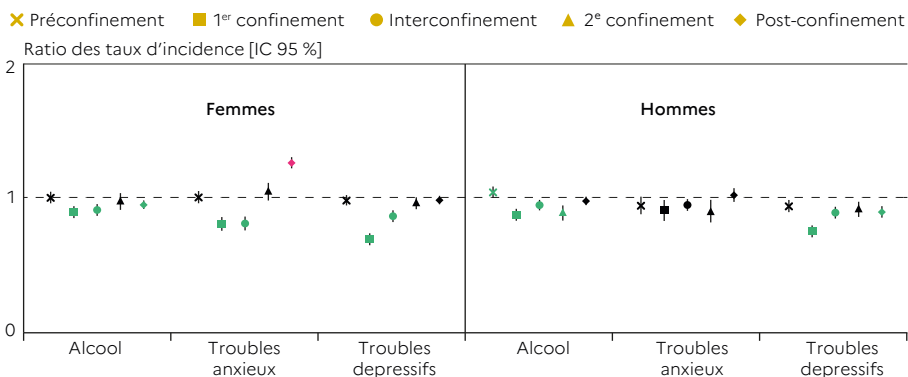
Note • Les barres verticales représentent le niveau d'incertitude associé à chaque estimation (intervalles de confiance au seuil de 95 %). Lorsqu'elles franchissent la ligne en pointillés, les écarts entre la période étudiée et la période de référence ne peuvent être considérés comme statistiquement significatifs. Les points verts marquent donc des résultats pour lesquels les taux d'incidence de la période épidémique sont inférieurs à la période précédente, les points roses des taux d'incidence supérieurs et les points noirs des écarts statistiquement non significatifs entre les périodes épidémiques et pré-épidémiques.

Lecture • Le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide des hommes âgés de 25 à 34 ans durant la période de pré-confinement correspond à 1,09 fois le taux moyen observé pour ce même groupe au cours de la période de référence (2017-2019).

Champ • Hommes âgés d'au moins 10 ans, France entière.

Source • PMSI-MCO.

Graphique 4 • Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide rapportés à ceux de 2017-2019, par sexe et par comorbidités associées, selon les périodes de confinement



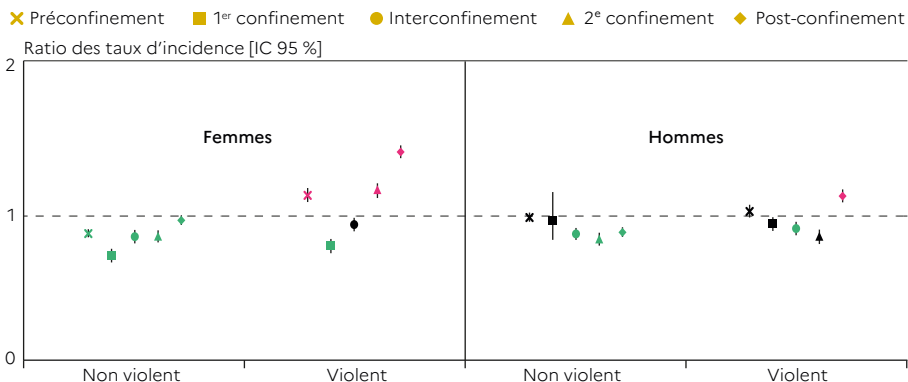
Note • Résultats issus d'un modèle de régression de Poisson. Les barres verticales représentent le niveau d'incertitude associé à chaque estimation (intervalles de confiance au seuil de 95 %). Lorsqu'elles franchissent la ligne en pointillés, les écarts entre la période étudiée et la période de référence ne peuvent être considérés comme statistiquement significatifs. Les points verts marquent donc des résultats pour lesquels les taux d'incidence de la période épidémique sont inférieurs à la période précédente, les points roses des taux d'incidence supérieurs et les points noirs des écarts statistiquement non significatifs entre les périodes épidémiques et pré-épidémiques.

Lecture • Durant la période post-confinement, chez les femmes et indépendamment de l'effet des troubles dépressifs ou liés à la consommation d'alcool, l'association entre troubles anxieux et risque d'être hospitalisée pour tentative de suicide est 1,24 fois plus forte qu'à la même période de l'année en 2017-2019.

Champ • Personnes âgées d'au moins 10 ans, France entière.

Source • PMSI-MCO.

Graphique 5 • Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide rapportés à ceux de 2017-2019, par sexe et par modalité de recours, selon les périodes de confinement



Note • Résultats issus d'un modèle de régression de Poisson. Les barres verticales représentent le niveau d'incertitude associé à chaque estimation (intervalles de confiance au seuil de 95 %). Lorsqu'elles franchissent la ligne en pointillés, les écarts entre la période étudiée et la période de référence ne peuvent être considérés comme statistiquement significatifs. Les points verts marquent donc des résultats pour lesquels les taux d'incidence de la période épidémique sont inférieurs à la période précédente, les points roses des taux d'incidence supérieurs et les points noirs des écarts statistiquement non significatifs entre les périodes épidémiques et pré-épidémiques.

Lecture • Durant le premier confinement, la probabilité d'avoir été hospitalisé pour tentative de suicide à la suite d'un acte considéré comme non violent correspond à 0,7 fois la probabilité observée en 2017-2019.

Champ • Personnes âgées d'au moins 10 ans, France entière.

Source • PMSI-MCO.

Début 2021, le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide des femmes de moins de 25 ans reste supérieur à celui de la période prépandémique

L'analyse des données du PMSI-MCO permet de donner ici, avec une bonne fiabilité, le nombre hebdomadaire d'hospitalisations pour tentative de suicide jusqu'à la vingtième semaine de 2021. Leur augmentation chez les jeunes femmes âgées de 10 à 24 ans semble ainsi perdurer durant l'hiver et le printemps 2021 et reste au-dessus des taux observés les années précédentes (**graphique 6**). Pour les garçons, après avoir été plus élevés dans un premier temps, les taux d'hospitalisation pour tentative de suicide semblent se rapprocher, au printemps 2021, des niveaux observés en 2017-2019 (**graphique 7**).

Synthèse

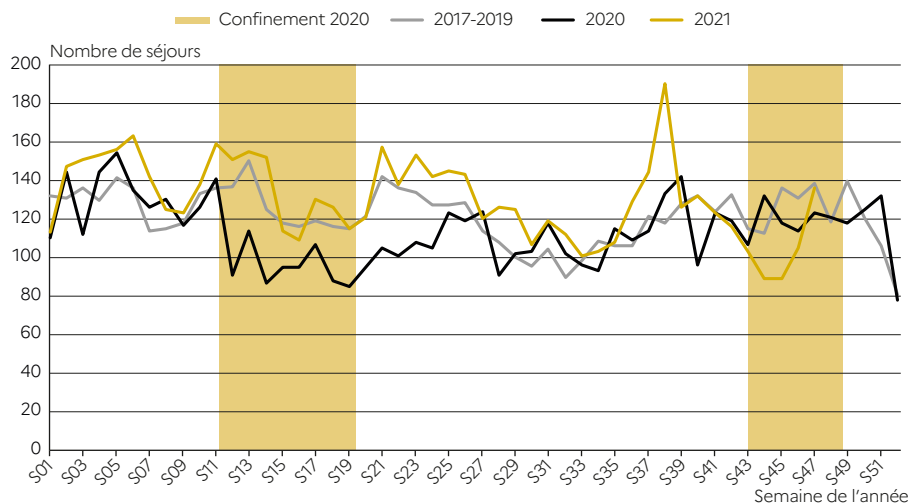
Si, globalement, les taux d'hospitalisation pour tentative de suicide sont inférieurs en 2020 à ceux observés en 2017-2019 (Jollant, *et al.*, 2021), l'analyse plus détaillée de leur évolution selon les âges et les périodes déterminées par les différents confinements met en évidence des variations, qui peuvent avoir un impact en santé publique.

À partir du deuxième confinement, les taux d'hospitalisation pour tentative de suicide augmentent chez les jeunes femmes âgées de 10 à 18 ans. Pour les jeunes adultes âgés de 20 à 24 ans, les taux d'hospitalisation pour tentative de suicide observés pour les dernières semaines de 2020 et pour les vingt premières de 2021 sont supérieurs à ceux de 2017-2019.

Par ailleurs, lors du deuxième confinement, les méthodes dites violentes ont été plus utilisées que les années précédentes à la fois chez les femmes et chez les hommes. Or ces méthodes sont considérées comme un facteur de risque suicidaire accru (Vuagnat, *et al.*, 2019).

Enfin, le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide chez les femmes âgées de 10 à 24 ans reste supérieur, durant les cinq premiers mois de 2021, à ce qu'il était en 2017-2019.

Graphique 6 • Nombre hebdomadaire d'hospitalisations pour tentative de suicide en France chez les garçons de 10 à 24 ans, de 2017 à 2021

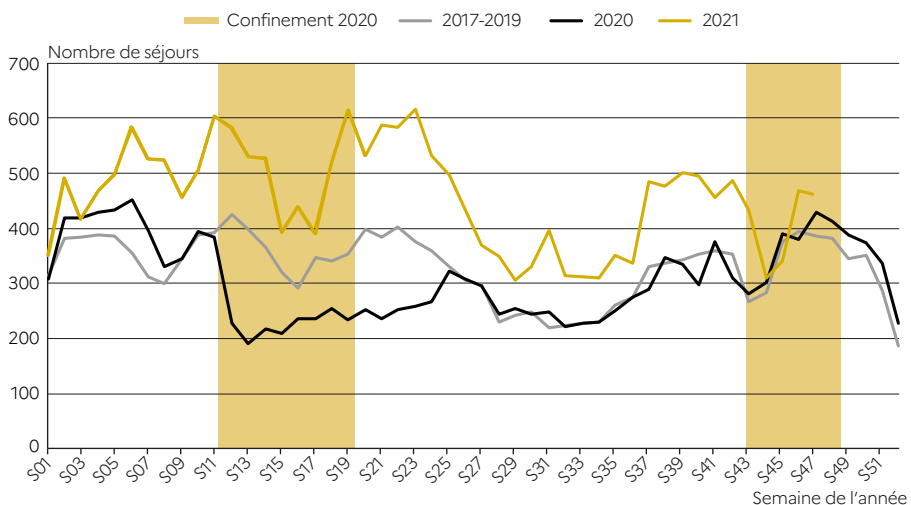


Lecture • Lors de la semaine 12 de 2020, au début du premier confinement, 91 garçons âgés de 10 à 24 ans ont été hospitalisés pour tentative de suicide, contre 151 lors de la même semaine de 2021 et une moyenne de 137 à la même période de l'année pour 2017-2019.

Champ • Garçons âgés de 10 à 24 ans, France entière.

Source • PMSI-MCO.

Graphique 7 • Nombre hebdomadaire d'hospitalisations pour tentative de suicide chez les filles âgées de 10 à 24 ans, de 2017 à 2021



Lecture • Lors de la semaine 12 de 2020, au début du premier confinement, 227 filles âgées de 10 à 24 ans ont été hospitalisées pour tentative de suicide, contre 583 lors de la même semaine de 2021 et une moyenne de 425 à la même période de l'année pour 2017-2019.

Champ • Filles âgées de 10 à 24 ans, France entière.

Source • PMSI-MCO.

Références bibliographiques

- **Chan-Chee, C., Paget, L.-M.** (2017). Le Recueil d'information médicalisé en psychiatrie (RIM-P) : un outil nécessaire pour la surveillance des hospitalisations suite à une tentative de suicide. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 65, p. 349-359.
- **Chan-Chee, C.** (2019). Les hospitalisations pour tentative de suicide dans les établissements de soins de courte durée : évolution entre 2008 et 2017. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 3-4, p. 48-54.
- **Jollant, F., Roussot, A., Corruble, E., et al.** (2021). Hospitalization for self-harm during the early months of the Covid-19 pandemic in France: A nationwide retrospective observational cohort study. *The Lancet Regional Health Europe*, 6, 100102.
- **Vuagnat, A., Jollant, F., Abbar, M., et al.** (2019). Recurrence and mortality 1 year after hospital admission for non-fatal self-harm: a nationwide population-based study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29.

Utilisation de la base nationale des centres antipoison pour le suivi épidémiologique des intoxications auto-infligées

*Dominique Vodovar (Inserm et association des centres antipoison)
Ingrid Blanc-Brisset (CHU de Bordeaux et association des centres antipoison)
Fabrice Jollant (université Paris Cité et GHU Paris psychiatrie et neurosciences)*

Contexte

Il est essentiel de disposer de données épidémiologiques fiables concernant les gestes auto-infligés suicidaires, afin de connaître précisément l'ampleur du phénomène au niveau national et régional, de mesurer son évolution dans le temps et de pouvoir évaluer au mieux l'impact des dispositifs de prévention. Cette nécessité de fiabilité s'est accrue en France durant la dernière décennie, dans le contexte de mise en place de la stratégie multimodale de prévention du suicide (dispositif Vigilans, formation de sentinelles pour l'évaluation et l'intervention en cas de crise suicidaire, numéro national 3114, etc.). Outre les questions de fiabilité, le besoin de disponibilité rapide des données épidémiologiques, essentiel, notamment, en temps de crise, s'est fait ressentir de manière aiguë durant la pandémie de Covid-19 (Jollant, 2020).

À l'heure actuelle, deux grands types de données épidémiologiques complémentaires sur les gestes auto-infligés sont à distinguer, car elles reposent sur des méthodes de mesure différentes : les gestes déclarés dans les enquêtes en population générale ou dans des cohortes de recherche, et les gestes enregistrés dans des bases médico-administratives de santé.

Les enquêtes en population générale présentent l'avantage d'appréhender les gestes auto-infligés ne donnant pas lieu à une prise en charge hospitalière. Les vagues 2000 à 2017 de l'enquête Baromètre santé, réalisée par Santé publique France, montrent ainsi que près de 40 % des personnes déclarant avoir tenté de se suicider disent ne pas s'être ensuite présentées à l'hôpital. Ce chiffre est stable depuis les années 2000 et plus élevé chez les jeunes (53 % chez les 18-24 ans) [Jollant, et al., 2020]. Des cohortes de recherche peuvent également collecter des informations sur les idées ou actes suicidaires passés et actuels. Ces enquêtes ne sont pas exemptes de biais, notamment dans la mesure où l'information

repose sur la déclaration du sujet, habituellement sans confrontation à l'avis d'un professionnel de santé. Elles sont aussi très coûteuses.

Les gestes ayant conduit à un acte médical, notamment à un passage à l'hôpital pour ce qui est des gestes auto-infligés, sont enregistrés dans les bases de données hospitalières du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Jusqu'à présent, seuls les gestes auto-infligés sont codés suivant la 10^e révision de la classification internationale des maladies (CIM10). Ceux-ci incluent à la fois les tentatives de suicide et des gestes auto-infligés sans intention suicidaire, comme les scarifications et les automutilations, sans possibilité de les distinguer. Ce type de données est utilisé dans de nombreux pays pour la mesure de la prévalence des gestes auto-infligés et du devenir des patients concernés, en complément d'études épidémiologiques internationales, nationales ou locales. En France, plusieurs publications récentes reposent sur ces données (Vuagnat, *et al.*, 2019 ; Petit, *et al.*, 2020 ; Laanani, *et al.*, 2020 ; Goueslard, *et al.*, 2018).

Outre le fait que ces données ne distinguent pas gestes auto-infligés suicidaires et non suicidaires, elles ne comptabilisent pas très bien, pour le moment, les passages à l'hôpital sans hospitalisation (par exemple, les consultations aux urgences), et pas du tout les gestes sans passage à l'hôpital. Elles comportent, en outre, un nombre limité d'informations cliniques et de caractéristiques sociodémographiques. Par ailleurs, le codage des gestes auto-infligés reste de faible qualité. C'est pourquoi, même lorsqu'ils ont conduit à une hospitalisation, de nombreux gestes suicidaires ne sont pas mesurés dans les bases de données, sans qu'on connaisse l'ampleur de la sous-évaluation. Enfin, ces données ne sont pas disponibles rapidement, un délai de quelques mois étant nécessaire pour que les données hospitalières soient consolidées.

Nous proposons ici une approche, négligée jusqu'à présent, du suivi des intoxications volontaires, qui constituent le mode opératoire le plus fréquent des gestes auto-infligés (82 % des gestes ayant donné lieu à une hospitalisation en 2008-2009) [Vuagnat, *et al.*, 2019]. Les données de la base nationale des centres antipoison (BNCI), approuvée par la Commission nationale informatique et des libertés (Cnil), rendent possible, d'une part, une typologie fiable du caractère suicidaire de ces gestes *via* un entretien téléphonique et, d'autre part, leur suivi mensuel depuis 2011¹.

Les centres antipoison et la base nationale des cas d'intoxication

En France, il existe huit centres antipoison répartis sur le territoire, situés dans les villes de Lille, Nancy, Paris, Angers, Toulouse, Bordeaux, Lyon et Marseille. Ils sont regroupés au sein de l'Association des centres antipoison et financés, au même titre que les Samu, dans le

1. Plus d'information dans l'article : Jollant, F., Blanc-Brisset, I., Hamel, J.-F., *et al.* (à paraître). Temporal trends in calls for suicide attempts to poison control centers in France during the Covid-19 pandemic: a nationwide study.

cadre de l'aide médicale urgente (AMU). Ces centres répondent 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, au public comme aux professionnels de santé, pour toute exposition à un xénobiotique (c'est-à-dire à tout produit extérieur à l'être humain), qu'elle soit chronique ou aiguë, accidentelle ou volontaire, individuelle ou collective. Cette réponse est effectuée sous la responsabilité d'un médecin, par des équipes constituées de toxicologues cliniciens (médecins et pharmaciens) et d'infirmiers.

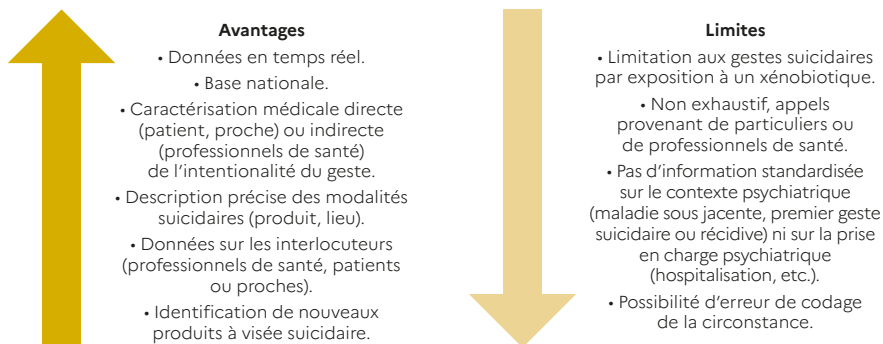
Au terme de la consultation téléphonique, une prise en charge du patient est proposée, soit à domicile, soit en milieu hospitalier. Un suivi par le centre antipoison est également effectué. Pour les patients hospitalisés, au moment de l'appel ou par la suite, un compte rendu d'hospitalisation est systématiquement demandé. Pour les patients pris en charge à domicile, un suivi par SMS ou par téléphone est effectué, voire répété dans les jours suivant l'exposition. Dans certains cas, une consultation physique programmée peut être proposée. À cette activité clinique s'ajoute une activité de toxicovigilance, réalisée sous la tutelle de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses).

Pour chaque appel, un dossier médical est créé dans le système d'information des centres antipoison (Sicap). Ce dossier est construit, comme tous les dossiers médicaux, avec des éléments d'identification (nom, prénom, numéro de téléphone, code postal, date de naissance) et avec une observation médicale. Un codage est effectué en temps réel sur :

- les caractéristiques d'exposition (délai depuis l'exposition, exposition à un ou plusieurs xénobiotiques, circonstances de l'exposition, caractère suicidaire ou auto-infligé, accidentel ou autre de l'intoxication, lieu d'exposition) ;
- les symptômes présentés ;
- la prise en charge effectuée ;
- l'interlocuteur (patient, proche, professionnel de santé).

Ces éléments font partie de l'interrogatoire et sont complétés au fur et à mesure de la prise en charge après chaque appel. Une fois complété, le dossier est implémenté anonymement dans la BNCI. Dans le cadre du suivi des gestes suicidaires ayant comme circonstance l'intoxication volontaire, cette approche novatrice a des avantages mais aussi des limites (**schéma**). Outre les avantages présentés plus haut (données nationales en temps réel, caractérisation et description précise du geste), les données des centres antipoison permettent l'identification de nouveaux produits utilisés dans une intention suicidaire. Les limites de cette démarche, quant à elles, sont : la limitation des données relevées aux gestes par intoxication et aux gestes qui donnent lieu à un appel téléphonique ; le manque de standardisation dans la collecte d'autres informations médicales (par exemple, psychiatriques) ; et la possibilité d'erreur de codage.

Schéma • Avantages et limites de la base nationale des cas d'intoxication (BNCI) pour le suivi épidémiologique des gestes suicidaires



L'exemple du suivi durant les premiers mois de la pandémie de Covid-19

Tous les dossiers médicaux des appels ayant comme circonstance une intoxication volontaire par suicide ou une conduite suicidaire ont été extraits de la BNCI entre le 1^{er} janvier 2018 et le 31 décembre 2021. Les tentatives de suicide rapportées selon un autre moyen (collecte active auprès des services de réanimation ou de médecine légale) n'ont pas été incluses dans cette requête. L'ensemble des dossiers ont été relus afin d'éliminer des circonstances mal codées, en s'appuyant sur l'observation saisie lors de l'appel ou du suivi. Les données collectées sont : la personne appelante (public ou professionnel de santé), l'âge, le sexe et le produit utilisé.

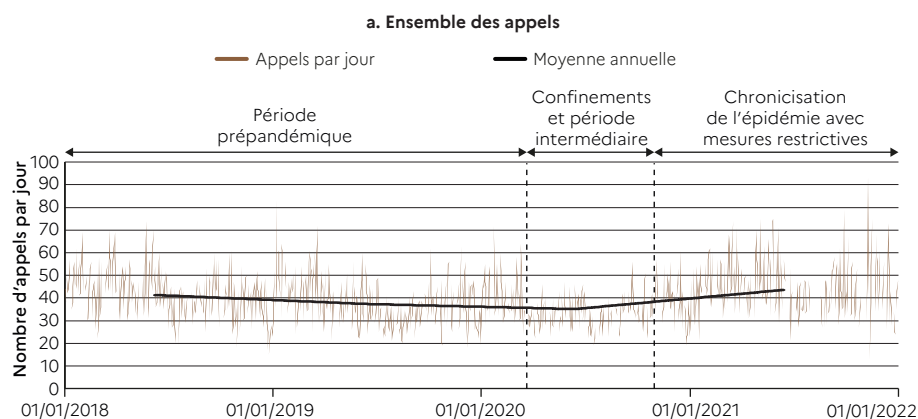
Au cours de la période étudiée, 58 186 patients au total ont été pris en charge par un centre antipoison pour une tentative de suicide (15 261 en 2018, 13 808 en 2019, 13 015 en 2020 et 16 102 en 2021). Ces patients sont en majorité des femmes (69 %), ce qui coïncide avec la littérature sur les tentatives de suicide (Vuagnat, *et al.*, 2019). La répartition des patients par tranche d'âge est la suivante : 1 % ont moins de 12 ans, 51 % ont entre 12 et 24 ans, 40 % ont entre 25 et 64 ans, et 7 % ont 65 ans ou plus. L'âge n'est pas renseigné dans 1 % des cas. Cette répartition d'âge des patients suicidants correspond globalement au profil d'âge des patients hospitalisés pour gestes auto-infligés d'après les données hospitalières françaises pour l'année 2017 (Chan-Chee, 2019). Le nombre moyen de substances prises est de deux, et 80 % des actes impliquent un produit pharmaceutique. Bien que rare, l'absorption de gel hydro-alcoolique triple entre 2018 et 2021. Enfin, les appelants sont majoritairement des professionnels de santé (77 %).

Entre 2018 et 2019 – période prépandémique de référence ici – le nombre d'appels pour tentative de suicide avait diminué de 9,5 % en moyenne (**graphique 1**). Cette diminution concernait les hommes et les femmes de 25 à 64 ans principalement et, dans une moindre mesure, les personnes âgées de 65 ans ou plus, mais pas les plus jeunes. Entre 2008 et 2017,

les hospitalisations pour gestes auto-infligés avaient également baissé, principalement chez les adultes d'âge moyen et chez les femmes, qui représentaient la majorité des patients dans la population étudiée (Chan-Chee, 2019). La baisse des appels pour tentative de suicide se poursuit en 2020² chez les femmes et, dans une moindre mesure, chez les hommes. Elle concerne toutes les tranches d'âge à l'exception des personnes âgées de 65 ans ou plus, pour lesquelles les appels augmentent de 14 % par rapport à 2019 (**graphique 1**). Ces données sont en accord avec les données des hospitalisations en France au cours des premiers mois de la pandémie (Jollant, *et al.*, 2021).

En 2021, période durant laquelle l'épidémie de Covid-19 prend un caractère persistant, malgré l'espoir d'en voir la fin grâce à la vaccination, les appels pour tentative de suicide augmentent fortement par rapport à l'année précédente (+24 %) et atteignent des niveaux supérieurs à 2018 (**graphique 1**). Cette augmentation est quasi essentiellement (93 %) liée à la hausse des gestes suicidaires chez les jeunes femmes âgées de 12 à 24 ans (**graphique 2**) et, dans une moindre mesure, chez les moins de 12 ans. Dans les autres tranches d'âge, le nombre d'appels pour tentative de suicide reste stable (**graphique 1**). La hausse des appels spécifique aux jeunes femmes observée à partir des données des centres antipoison est en adéquation avec des données pédiatriques hospitalières parisiennes (Cousien, *et al.*, 2021) et des données nationales d'hospitalisation (Jollant, *et al.*, 2022). Ce niveau élevé semble se poursuivre au premier trimestre de 2022, sans augmentation notable chez les hommes et dans les autres tranches d'âge.

Graphique 1 • Évolution par classe d'âge du nombre d'appels aux centres antipoison pour tentative de suicide de 2018 à 2021



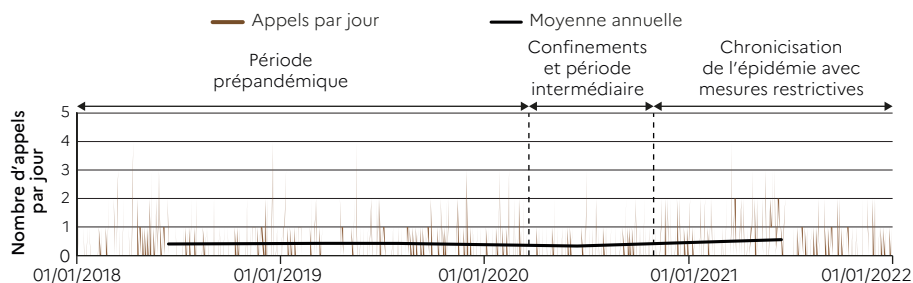
Lecture • Les centres antipoison ont reçu 36 appels pour tentative de suicide le 1^{er} janvier 2020. Le nombre d'appels quotidien moyen en 2020 est de 35,6.

Champ • Ensemble des appels pour tentative de suicide reçus du 1^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2021.

Source • Base nationale des cas d'intoxication des centres antipoison français.

2. Période qui inclut l'apparition de l'épidémie de Covid-19 en France, le premier confinement (du 17 mars au 11 mai 2020), le premier post-confinement, puis, après la rentrée 2020, un second confinement et un couvre-feu.

b. Appels concernant des personnes âgées de moins de 12 ans

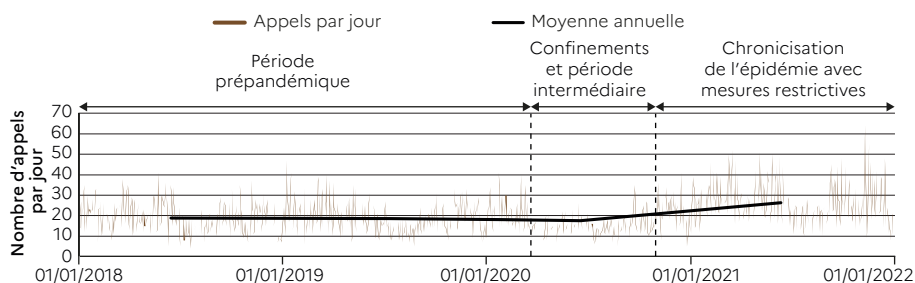


Lecture • Le 1^{er} janvier 2020, les centres antipoison n'ont reçu aucun appel pour tentative de suicide de personnes âgées de moins de 12 ans. En 2020, le nombre d'appels quotidien moyen concernant les personnes âgées de moins de 12 ans est de 0,6.

Champ • Ensemble des appels pour tentative de suicide de personnes âgées de moins de 12 ans, reçus du 1^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2021.

Source • Base nationale des cas d'intoxication des centres antipoison français.

c. Appels concernant des personnes âgées de 12 à 24 ans

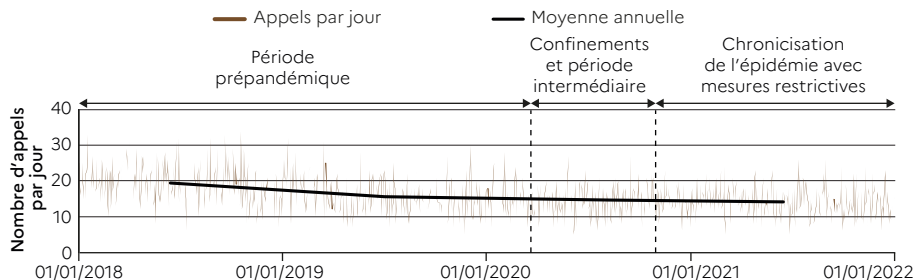


Lecture • Le 1^{er} janvier 2020, les centres antipoison ont reçu 17 appels pour tentative de suicide de personnes âgées de 12 à 24 ans. En 2020, le nombre d'appels quotidien moyen concernant les personnes âgées de 12 à 24 ans est de 17,6.

Champ • Ensemble des appels pour tentative de suicide de personnes âgées de 12 à 24 ans, reçus du 1^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2021.

Source • Base nationale des cas d'intoxication des centres antipoison français.

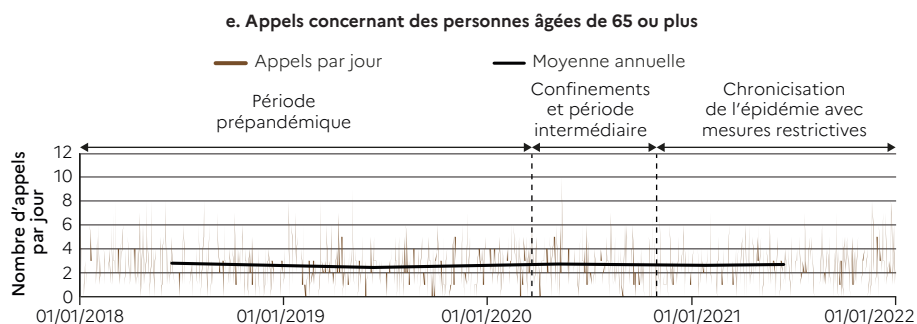
d. Appels concernant des personnes âgées de 25 à 64 ans



Lecture • Le 1^{er} janvier 2020, les centres antipoison ont reçu 17 appels pour tentative de suicide de personnes âgées de 25 à 64 ans. En 2020, le nombre d'appels quotidien moyen concernant les personnes âgées de 25 à 64 ans est de 14,5.

Champ • Ensemble des appels pour tentative de suicide de personnes âgées de 25 à 64 ans, reçus du 1^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2021.

Source • Base nationale des cas d'intoxication des centres antipoison français.

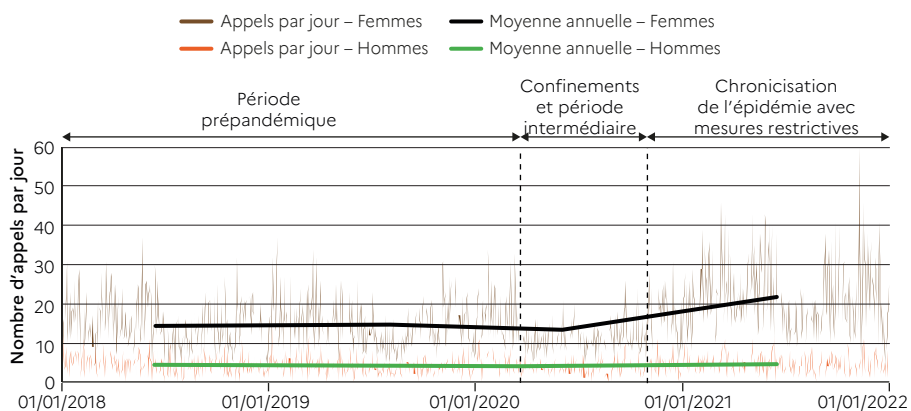


Lecture • Le 1^{er} janvier 2020, les centres antipoison ont reçu 1 appel pour tentative de suicide de personnes de 65 ans ou plus. En 2020, le nombre d'appels quotidien moyen concernant les personnes de 65 ans ou plus est de 2,7.

Champ • Ensemble des appels pour tentative de suicide, reçus du 1^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2021.

Source • Base nationale des cas d'intoxication des centres antipoison français.

Graphique 2 • Évolution du nombre d'appels concernant les personnes âgées de 12 à 24 ans aux centres antipoison pour tentative de suicide, selon le genre, de 2018 à 2021



Champ • Appels pour tentative de suicide concernant des personnes âgées de 12 à 24 ans, reçus du 1^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2021.

Source • Base nationale des cas d'intoxication des centres antipoison français.

Synthèse

L'analyse des données mensuelles issues de la BNCI plaide pour leur utilisation afin de suivre l'évolution en temps réel des tentatives de suicide, en complément des enquêtes en population générale, des données de passage aux urgences et des données d'hospitalisation.

Elles ne rendent pas compte de l'ensemble des tentatives de suicide, ni même de l'ensemble des intoxications volontaires, mais elles ont l'avantage d'indiquer des dynamiques en temps réel, par tranche d'âge et par sexe, particulièrement utiles en temps de crise. Elles permettent également de repérer l'utilisation, éventuellement à visée suicidaire, de nouveaux produits, comme par exemple le nitrate de sodium (Caré, *et al.*, 2022).

Même si une étude plus approfondie de ces données est nécessaire, certains éléments tendent à valider l'hypothèse de la saisonnalité des expositions suicidaires avec un pic en fin et en début d'année, et celle d'une tendance globalement décroissante avant l'épidémie de Covid-19. Enfin, ces premières analyses soulignent l'adéquation entre l'évolution observée par le biais des centres antipoison et celle issue des données hospitalières, avant comme pendant l'épidémie. D'autres travaux prospectifs utilisant les centres antipoison pourraient être menés en utilisant des formulaires de collecte de données et des suivis spécifiques afin d'enrichir l'information collectée.

Références bibliographiques

- **Caré, W., Dufayet, L., Piot, M. A., et al.** (2022). Toxicités aiguës et chroniques associées à l'usage et au mésusage du protoxyde d'azote : mise au point. *Revue de médecine interne*, 43(3), p. 170-177.
- **Chan-Chee, C.** (2019). Les hospitalisations pour tentative de suicide dans les établissements de soins de courte durée : évolution entre 2008 et 2017. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 3-4, p. 48-54.
- **Cousien, A., Acquaviva, E., Kernéis, S., et al.** (2021). Temporal trends in suicide attempts among children in the decade before and during the Covid-19 pandemic in Paris, France. *JAMA Network Open*, 4(10).
- **Jollant, F.** (2020). Covid-19 pandemic and suicide in France: An opportunity to improve information systems. *Encephale*, 46(5), p. 317-318.
- **Jollant, F., Hawton, K., Vaiva, G., et al.** (2020). Non-presentation at hospital following a suicide attempt: a national survey. *Psychological Medicine*, 52(4), p. 707-714.
- **Jollant, F., Roussot, A., Corruble, E., et al.** (2021). Hospitalization for self-harm during the early months of the Covid-19 pandemic in France: a nationwide retrospective observational cohort study. *The Lancet Regional Health-Europe*, 6.
- **Jollant, F., Roussot, A., Corruble, E., et al.** (2022). Prolonges impact of the Covid-19 on self-harm hospitalizations during the second stage of the Covid-19 pandemic in France: A nationwide retrospective observational study. *European Psychiatry*, 65(1), e35.
- **Goueslard, K., Petit, J.-M., Cottenet, J., et al.** (2018). Increased risk of rehospitalization for acute diabetes complications and suicide attempts in patients with type 1 diabetes and comorbid schizophrenia. *Diabetes Care*, 41(11), p. 2316-2321.
- **Laanani, M., Imbaud, C., Tuppin, P., et al.** (2020). Contacts with health services during the year prior to suicide death and prevalent conditions – A nationwide study. *Journal of Affective Disorders*, 274, p. 174-182.
- **Petit, J.-M., Goueslard, K., Chauvet-Gelinier, J.-C., et al.** (2020). Association between hospital admission for ketoacidosis and subsequent suicide attempt in young adults with type 1 diabetes. *Diabetologia*, 63(9), p. 1745-1752.
- **Vuagnat, A., Jollant, F., Abbar, M., et al.** (2019). Recurrence and mortality 1 year after hospital admission for non-fatal self-harm: a nationwide population-based study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28(1).

Évolution des syndromes dépressifs en population générale entre 2014 et 2021 et lien avec les pensées suicidaires

Jean-Baptiste Hazo et Aristide Boulch (DREES), en collaboration avec le groupe EpiCov : Nathalie Bajos et Josiane Warszawski (coresponsables scientifiques), Guillaume Bagein, Vianney Costemalle, Thomas Deroyon et Philippe Raynaud (DREES), Claude Martin (CNRS), Émilie Counil et Ariane Pailhé (Ined), Patrick Sillard (Insee), Jeanna-Eve Franck, Laurence Meyer, Alexandra Rouquette et Rémy Slama (Inserm), Nathalie Lydié et Delphine Rahib (Santé publique France)

Les enquêtes de santé européenne (*European Health Interview Survey* [EHIS]) et l'enquête de panel Épidémiologie et conditions de vie liées au Covid-19 (EpiCov) permettent un suivi de l'évolution de la prévalence des syndromes dépressifs en population générale, avant et pendant la pandémie de Covid-19 (**encadré 1**). L'outil de détection des syndromes dépressifs PHQ-9, utilisé dans EpiCov (**encadré 2**), assure la distinction entre les syndromes majeurs et les syndromes mineurs, moins sévères. L'analyse des résultats des deux enquêtes contribue également à croiser les déclarations de pensées suicidaires relevées en juillet 2021 avec plusieurs mesures connexes de santé mentale.

Un pic des syndromes dépressifs lors du premier confinement, plus marqué chez les femmes

Le premier volet d'EpiCov a collecté des données entre le 2 mai et le 2 juin 2020, soit à la fin du premier confinement strict et après le déconfinement du 11 mai. Pendant cette période, le taux de syndromes dépressifs atteint 13 % de la population âgée de 15 ans ou plus¹, contre 11 % en 2019 et 7 % en 2014. Six mois plus tard, lors du deuxième volet d'EpiCov réalisé entre le 26 octobre et le 14 décembre 2020, le taux moyen de syndromes dépressifs retombe à 11 %. En juillet 2021, il paraît s'être stabilisé par rapport à novembre 2020 et à 2019, à 11 % également.

¹ Personnes résidant en France métropolitaine, en Guadeloupe, à La Réunion et en Martinique, hors prisons, maisons de retraite et Ehpad.

Encadré 1 – Sources des données

L'enquête de panel EpiCov a été mise en œuvre par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) en réponse à la crise sanitaire de 2020. Début 2022, l'enquête est constituée de trois volets réalisés en mai 2020, novembre 2020 et juillet 2021. Les participants sont des personnes âgées d'au moins 15 ans au 1^{er} janvier 2020, résidant en France métropolitaine, en Martinique, en Guadeloupe et à La Réunion, hors prisons, maisons de retraite ou Ehpad. Ces personnes ont été sélectionnées aléatoirement à partir des données fiscales. Les questionnaires de chaque volet de l'enquête ont été passés en ligne ou par téléphone.

Durant les volets de mai et novembre 2020, seul 10 % de l'échantillon (sélectionné aléatoirement en mai 2020) a répondu à un questionnaire dit « long » contenant l'auto-questionnaire *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9). Ainsi, 14 136 questionnaires longs exploitables ont été récoltés en mai 2020, et 10 980 en novembre 2020. Lors du troisième volet de juillet 2021, une seule version de questionnaire fut soumise à l'ensemble de l'échantillon, et 85 074 questionnaires exploitables ont pu être analysés. En conséquence, il existe trois mesures successives du PHQ-9 pour 8 429 répondants.

L'enquête européenne EHIS est une enquête de santé réalisée dans les pays de l'Union européenne, mobilisée ici pour fournir des résultats concernant la période qui précède l'épidémie de Covid-19. Les analyses présentées portent, en 2019, sur 14 192 individus résidant en France métropolitaine, sélectionnés aléatoirement dans les bases fiscales. Ces derniers ont été interrogés à 57 % par téléphone, et à 43 % à leur domicile. Le biais de non-réponse a été corrigé au moyen de redressements statistiques. En 2014, l'enquête européenne sur la santé et la protection sociale (EHIS-ESPS) a été conduite auprès de 15 729 personnes issues de près de 10 000 ménages vivant en France métropolitaine et sélectionnés aléatoirement au sein de l'échantillon généraliste des bénéficiaires de l'assurance maladie (EGB), qui couvre 92 % de la population âgée de 15 ans ou plus. Une pondération spécifique a par ailleurs été établie sur l'échantillon pour le rendre représentatif de la population âgée de 15 ans ou plus vivant en ménage ordinaire.

Parmi les syndromes dépressifs, les syndromes majeurs sont évocateurs d'un épisode dépressif caractérisé tandis que les syndromes mineurs, moins symptomatiques, peuvent renvoyer à un mal-être non pathologique (**encadré 2**). En mai 2020, les syndromes majeurs augmentent par rapport à 2019 et concernent 5 % de la population, contre 4 % en 2019 et en 2014. À l'inverse des syndromes mineurs, les syndromes majeurs ne refluent ni en novembre 2020 ni en juillet 2021 et se maintiennent à un niveau supérieur à celui de 2019.

Quel que soit le type de syndrome dépressif retenu, la situation sanitaire a plus affecté les femmes sur le plan psychologique. Plus touchées par les syndromes dépressifs avant crise, elles ont également été plus concernées en mai 2020, avec des variations de prévalences plus amples que celles des hommes (**graphique 1**). Chez elles, la prévalence des syndromes dépressifs majeurs s'établit à 6 % sous l'effet de la crise sanitaire.

Encadré 2 – Outils de mesure des symptômes ou comportements liés à un risque suicidaire

S'ils renvoient à l'existence et à l'intensité de symptômes ou de comportements, aucun des questionnaires et des échelles mentionnés ci-dessous ne constitue un outil de diagnostic individuel. Ceux-ci ne peuvent être établis que par un médecin à la suite d'entretiens individuels.

Syndromes dépressifs (PHQ-9)

Chaque volet de l'enquête EpiCov comprend l'auto-questionnaire *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9), qui vise à détecter les syndromes dépressifs. Ce questionnaire a été introduit pour la première fois dans l'enquête européenne sur la santé et la protection sociale (EHIS-ESPS) en 2014, alors sous sa forme en huit questions (PHQ-8). Les neuf questions du PHQ-9 portent sur la fréquence à laquelle le répondant a été gêné, lors des quinze jours précédant son interrogation, par différents problèmes renvoyant aux symptômes cliniques de la dépression. Ces symptômes sont :

1. le peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses ;
2. la tristesse, la déprime ou le désespoir ;
3. les troubles du sommeil (insomnies ou hypersomnies) ;
4. la fatigue ou le manque d'énergie ;
5. une perte d'appétit ou le fait de manger trop ;
6. la faible estime de soi ;
7. les difficultés de concentration ;
8. le ralentissement psychomoteur ou, à l'inverse, l'agitation ;
9. des pensées de mort ou autoagressives.

Parmi ces symptômes, les deux premiers sont considérés comme « marqueurs » d'un épisode dépressif caractérisé. Ainsi, une personne est détectée comme présentant un syndrome dépressif si elle déclare avoir été gênée par au moins deux de ces neuf problèmes pendant plus de la moitié des 15 jours précédant son interrogation ou presque tous les jours, et qu'au moins l'un de ces symptômes est l'un des deux marqueurs. La présence de cinq ou plus de ces symptômes (dont l'un des deux

symptômes marqueurs) indique un **syndrome dépressif majeur**. Si deux à quatre symptômes sont présents, on qualifiera le syndrome de **non majeur ou mineur**.

La prise en compte ou non du neuvième item (non présent en 2014) ne change pratiquement pas les résultats obtenus. Par exemple, dans le premier volet d'EpiCov, 13,4 % des personnes sont détectées porteuses d'un syndrome dépressif avec le PHQ-8, contre 13,5 % avec le PHQ-9 et l'écart est équivalent dans EHIS 2019 (10,8 % avec le PHQ-8 et 10,9 % avec le PHQ-9). Cette proximité permet de comparer les prévalences de syndromes dépressifs entre les différentes années couvertes.

Troubles anxieux (GAD-7)

Le *General Anxiety Disorder-7* (GAD-7) est un questionnaire similaire au PHQ-9, utilisé quant à lui pour dépister la présence de troubles anxieux. L'autoquestionnaire demande au répondant à quelle fréquence il a été gêné, pendant les quinze jours précédant son interrogation, par les sept symptômes du trouble anxieux généralisé, à savoir :

1. un sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension ;
2. une incapacité à contrôler ses inquiétudes ;
3. une inquiétude excessive à propos de différentes choses ;
4. des difficultés à se détendre ;
5. de l'agitation ;
6. de l'irritabilité ;
7. un sentiment de peur, comme si quelque chose de terrible risquait de se produire.

Selon la fréquence à laquelle le répondant a été gêné par de tels symptômes, les modalités sont cotées de 0 à 3 points, l'addition des points obtenus pour chacun des items permettant le calcul d'un score allant de 0 (absence d'anxiété) à 21 (anxiété maximale). La littérature scientifique s'accorde sur le seuil de 8 ou plus pour détecter un syndrome anxieux, et de 10 ou plus pour un trouble anxieux généralisé.

Comportements boulimiques (PHQ-ED)

Les comportements boulimiques ont été étudiés chez les répondants à l'aide du questionnaire *Patient Health Questionnaire – Eating Disorder* (PHQ-ED). Celui-ci demande au répondant s'il « a souvent l'impression de ne pas pouvoir contrôler ce [qu'il] mange ou les quantités [qu'il] mange » et si « [il] mange souvent, sur une période de deux heures, ce que la plupart des gens considéreraient comme une quantité anormalement importante de nourriture ». Si la personne répond oui à l'une ou à l'autre de ces questions, d'autres questions lui sont posées sur la

fréquence de ces accès et sur d'éventuels comportements de compensation mis en place pour ne pas prendre de poids (vomissements, jeûne, activité physique intense ou prise de laxatifs).

Si la personne déclare avoir eu de tels accès boulimiques en moyenne deux fois par semaine au cours des trois mois précédant son interrogation, sans mécanismes compensatoires, elle est détectée comme présentant un comportement boulimique. Une étude a comparé ce questionnaire à un entretien diagnostique plus poussé, et ses résultats indiquent que le PHQ-ED capte beaucoup de « faux positifs », c'est-à-dire de personnes considérées comme présentant un comportement boulimique d'après le PHQ-ED et cependant non diagnostiquées comme boulimiques à l'issue d'un entretien. Ce questionnaire ne permet donc pas d'estimer la prévalence de la boulimie, mais uniquement des accès hyperphagiques avec ou sans comportements compensatoires (Striegel-Moore, *et al.*, 2010).

Soutien social (échelle d'Oslo)

Le soutien social est mesuré par l'échelle d'Oslo (*OSS-3 Social Support Scale*), construite à partir des réponses aux trois questions suivantes :

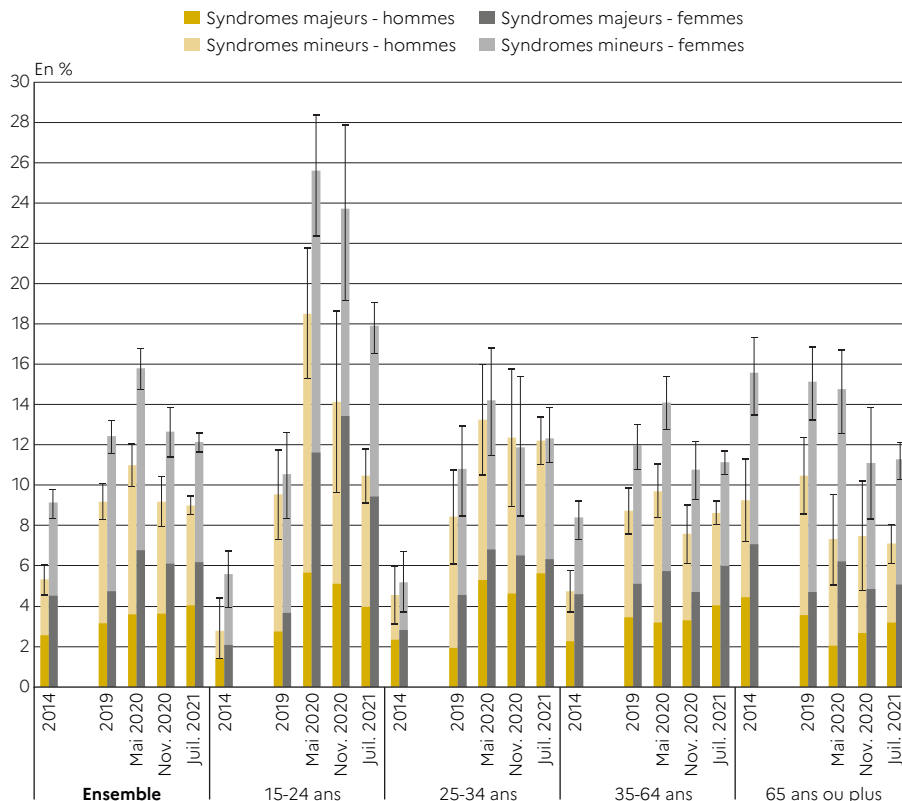
1. Combien de personnes sont-elles suffisamment proches de vous pour que vous puissiez compter sur elles en cas de graves problèmes personnels ? (Réponses de « Aucune » à « 6 ou plus ».)
2. Votre entourage montre-t-il de l'intérêt pour ce que vous faites ? (Réponses de « Oui, beaucoup d'intérêt » à « Non, pas du tout d'intérêt ».)
3. Pouvez-vous obtenir facilement de l'aide de vos voisins en cas de besoin ? (Réponses de « Très facilement » à « Très difficilement ».)

Les réponses sont cotées en fonction du degré de soutien social auquel elles renvoient, afin d'obtenir un score global de soutien social allant de 3 à 14, catégorisé comme faible s'il est compris entre 3 et 8, modéré entre 9 et 11 et fort entre 12 et 14.

Consommation d'alcool à risque (AUDIT-C)

Les mésusages de l'alcool ont été approchés grâce au questionnaire *Alcohol Use Disorders Identification Test, version courte* (AUDIT-C), qui permet, à l'aide de trois questions, de croiser la fréquence et les quantités de consommation d'alcool moyennes, ainsi que la fréquence des alcoolisations ponctuelles importantes (API), considérées comme telles à partir de six verres standards ou plus en une occasion. Ces trois informations croisées permettent de classer le répondant selon les risques que lui font encourir sa consommation d'alcool.

Graphique 1 • Prévalence des syndromes dépressifs majeurs et mineurs en 2014, 2019, mai 2020, novembre 2020 et juillet 2021, par sexe et âge



Note • Les syndromes dépressifs sont détectés par l'algorithme du PHQ-9 (encadré 2). En 2014, l'outil de mesure utilisé était le PHQ-8, très similaire au PHQ-9 (une question de moins). Son utilisation à la place du PHQ-9 n'impacte pas les proportions de plus de 0,5 %.

Lecture • En juillet 2021, 4 % des hommes de 16 ans ou plus sont détectés avec un syndrome dépressif majeur et 5 % avec un syndrome dépressif mineur. Au total, 9 % d'entre eux présentent un syndrome dépressif, qu'il soit mineur ou majeur (avec une incertitude de plus ou moins 0,4 %).

Champ • Pour EHS 2014 et 2019 : personnes âgées de 15 ans ou plus, résidant en France métropolitaine et vivant en logement ordinaire. Pour EpiCov : personnes de 15 ans ou plus en 2020, puis de 16 ans ou plus en 2021, résidant en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Martinique et à La Réunion, hors prisons, maisons de retraite et Ehpad.

Sources • EHS 2014 et 2019 ; EpiCov (Inserm-DREES) – volets 1, 2 et 3 : mai 2020, novembre 2020 et juillet 2021.

Une inversion du lien entre âge et syndrome dépressif : les jeunes désormais plus concernés

Entre 2014 et 2019, la part des personnes âgées de 15 à 24 ans détectées avec un syndrome dépressif est passée de 4 % à 10 %. Alors qu'en 2014, cette classe d'âge paraissait protégée de ces syndromes, elle rejoint ainsi la moyenne nationale en 2019. Quelques mois plus tard, en mai 2020, cette proportion double à nouveau. Plus d'un jeune sur cinq est alors concerné, dont près de la moitié par des syndromes dépressifs majeurs. Dans cette classe d'âge, les femmes sont tout particulièrement touchées. Une femme âgée de 15 à 24 ans

sur quatre est ainsi détectée avec un syndrome dépressif en mai 2020, et ce syndrome est majeur pour plus d'une jeune femme sur dix (**tableau complémentaire A²**).

Dans cette tranche d'âge, ces prévalences régressent en juillet 2021, mais se maintiennent à des niveaux supérieurs à ceux de la moyenne nationale et à ceux d'avant la crise (**graphique 1**).

Parmi les personnes âgées de 65 ans ou plus, la baisse apparente des syndromes dépressifs entre les années de l'avant-crise sanitaire et juillet 2021 semble largement expliquée par un problème de sous-représentation des personnes âgées handicapées dans EpiCov. Du fait de la situation épidémique, les questionnaires EpiCov ont en effet principalement été administrés en ligne (entre 84 % et 90 % des questionnaires remplis en ligne selon les vagues d'interrogation), le reste ayant été réalisé par entretien téléphonique. Cette collecte largement numérique explique le faible taux de réponse et incidemment la sous-représentation des personnes présentant un handicap, plus particulièrement au sein de la population des personnes âgées de 65 ans ou plus. Or les personnes déclarant un handicap sont plus fréquemment porteuses d'un syndrome dépressif. Ce biais de sélection entraîne une sous-estimation de ces syndromes d'environ un point en population générale, et de deux points chez les personnes âgées de 65 ans ou plus³.

Une entrée dans la dépression chronique pour une part significative de jeunes femmes

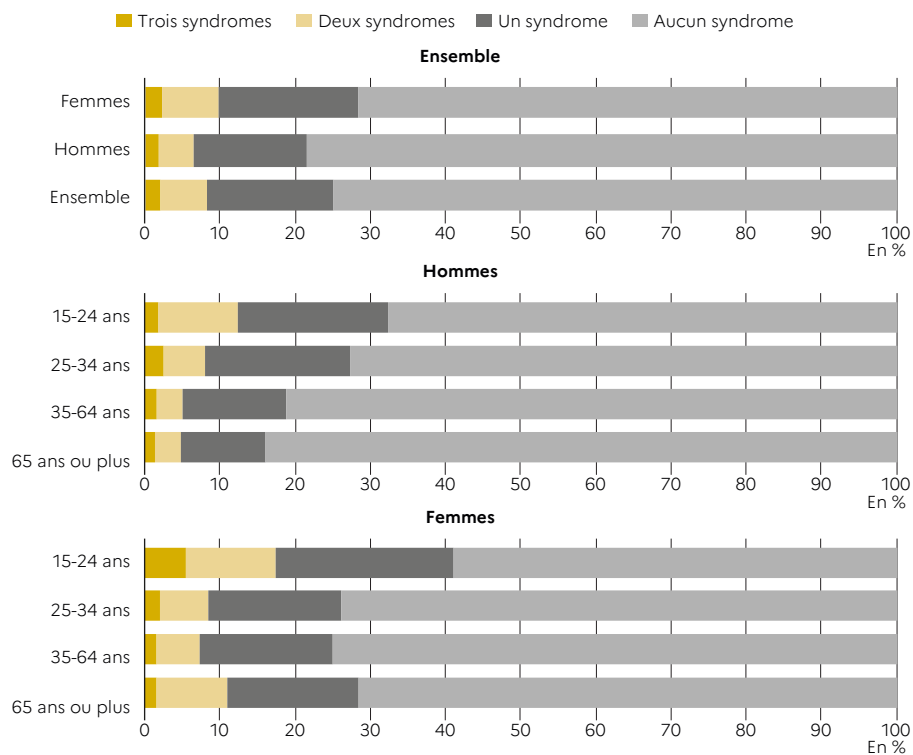
EpiCov étant une enquête de cohorte par laquelle un même échantillon de la population a été interrogé plusieurs fois, il est possible de savoir à combien de reprises un même répondant a présenté un syndrome dépressif au cours des trois volets de l'étude. Entre mai 2020 et juillet 2021, une personne âgée de 15 ans ou plus sur quatre a ainsi au moins une fois présenté un syndrome dépressif. Parmi les individus de cette tranche d'âge, 17 % ont ressenti ce type de syndrome uniquement lors d'un seul des trois volets, 6 % lors de deux volets, et 2 % lors des trois (**graphique 2**). Pour 11 % de la population (8 % des hommes et 13 % des femmes), un syndrome dépressif majeur a été détecté au moins lors d'un des trois questionnaires.

Étant donné le caractère chronique et récurrent de nombreux épisodes dépressifs, la probabilité d'en présenter un lors d'un volet de l'enquête est importante pour ceux dont c'était déjà le cas lors du ou des volets précédents. Ainsi, parmi les personnes détectées dépressives en juillet 2021, 40 % l'étaient en novembre 2020, et 38 % en mai 2020. En revanche, les personnes détectées dépressives lors d'un volet d'EpiCov sont plus souvent absentes du volet

2. Les tableaux complémentaires sont disponibles avec les données associées à cette fiche sur le site internet de la DREES.

3. Estimations faites en calculant quelle serait la proportion de personnes dépressives retrouvée dans EpiCov si les personnes déclarant un handicap y étaient représentées comme dans EHIS 2019 (9 % des 15 ans ou plus au lieu de 5 % dans EpiCov, et 18 % des 65 ans ou plus au lieu de 8 % dans EpiCov).

Graphique 2 • Prévalence du nombre de syndromes dépressifs détectés par individu entre mai 2020, novembre 2020 et juillet 2021, par âge et sexe



Note - Les syndromes dépressifs sont détectés en mobilisant l'algorithme du *Patient Health Questionnaire, Depression Module* à 9 questions (PHQ-9).

Lecture - Lors des trois premiers volets d'EpiCov, 75 % de la population n'a présenté aucun syndrome dépressif, 17 % a été détectée avec un syndrome dépressif lors d'un volet, 6 % lors de deux volets et 2 % lors des trois volets.

Champ - Personnes âgées de 15 ans ou plus au 1^{er} janvier 2020, résidant en France métropolitaine, en Martinique, en Guadeloupe ou à La Réunion, hors prisons, maisons de retraite et Ehpad.

Sources - EpiCov (Inserm-DREES) – volets 1, 2 et 3 : mai 2020, novembre 2020 et juillet 2021.

suivant que les autres. La part des personnes présentant des symptômes dépressifs répétés est donc vraisemblablement légèrement sous-estimée par l'enquête (biais d'attrition).

Les femmes âgées de 15 à 24 ans sont très nombreuses (plus de 4 sur 10), par rapport au reste de la population, à avoir présenté un syndrome dépressif au moins une fois au cours des trois volets de l'enquête. Parmi elles, 24 % ont déclaré un syndrome dépressif lors d'un seul questionnaire et 12 %, lors de deux. Enfin, 6 % des femmes âgées de 15 à 24 ans ont été détectées dépressives lors de chacun des trois questionnaires. La moitié de ces dernières (3 %) est concernée par un syndrome dépressif majeur persistant sur les trois volets de l'enquête. C'est le cas de moins de 1 % du reste de la population.

De fortes inégalités sociales en matière de santé mentale

L'enquête EpiCov permet d'approcher les principales caractéristiques socio-économiques et démographiques associées au risque d'un syndrome dépressif, toutes choses égales par ailleurs. Certains de ces facteurs ont joué uniquement lors du premier confinement. C'est le cas notamment du type de résidence. Ainsi, les personnes habitant des logements sans extérieur (balcon ou jardin, par exemple) présentent, en mai 2020, une probabilité plus importante d'être porteuses d'un syndrome dépressif que celles habitant en maison avec jardin (Hazo et Costemalle, 2021). Toutefois, la plupart des facteurs de risque liés aux syndromes dépressifs sont similaires dans les trois volets d'EpiCov, notamment le jeune âge, le sexe féminin, une situation financière difficile ou dégradée depuis la crise, le manque de confiance dans les pouvoirs publics, le fait de vivre seul ou encore la présence d'un handicap et la déclaration d'une symptomatologie évocatrice d'une infection au Covid-19 (Hazo, *et al.*, 2021 ; Hazo et Boulch, 2022).

En outre, il existe des différences importantes de prévalence des syndromes dépressifs selon le niveau de vie. Parmi les 20 % de la population ayant le niveau de vie le plus modeste, 16 % des individus sont concernés par un syndrome dépressif (8 % par un syndrome majeur) contre 8 % parmi les personnes appartenant aux 20 % de la population ayant le niveau de vie le plus aisé (4 % pour les syndromes majeurs). À l'exception notable de la consommation d'alcool excédant les recommandations sanitaires⁴, qui est un facteur de risque plus répandu dans les milieux aisés, les indicateurs étudiés *via* EpiCov sont marqués d'inégalités sociales en défaveur des catégories sociales les plus modestes. C'est en effet parmi celles-ci que sont significativement plus élevées les proportions de personnes présentant un syndrome anxieux, des comportements boulimiques, des pensées suicidaires, un recours aux soins de santé mentale, un faible soutien social, une tabagie quotidienne ou encore la déclaration d'un ou de plusieurs diagnostics psychiatriques (Hazo et Boulch, 2022).

Lors du troisième volet de l'enquête, la partie du questionnaire contenant le PHQ-9 a été soumise à l'entièreté de l'échantillon (85 074 répondants) plutôt qu'à 10 % de celui-ci (**encadré 1**), ce qui a permis d'identifier des corrélations plus difficiles à valider sur de petits échantillons. Le statut migratoire a ainsi été identifié comme un facteur de risque : les immigrés et les enfants d'immigrés extra-européens présentent, en juillet 2021, un risque élevé de syndrome dépressif.

Les autres facteurs associés à un risque de syndrome dépressif en juillet 2021 sont la tabagie quotidienne, une consommation d'alcool à risque chronique, un temps d'exposition aux écrans supérieur à quatre heures quotidiennes (hors raisons professionnelles) et une consultation des réseaux sociaux au moins une fois par heure.

4. Pas plus de dix verres par semaine, pas plus de deux verres en une occasion et au moins deux jours par semaine sans consommation d'alcool.

Enfin, le soutien social est un facteur psychosocial très protecteur de la détection d'un syndrome dépressif (Hazo et Boulch, 2022).

Des pensées suicidaires très liées aux comorbidités psychiatriques

Le troisième volet de l'enquête EpiCov explore des dimensions de la santé mentale permettant d'illustrer les importantes comorbidités psychiatriques en lien avec les pensées suicidaires.

En juillet 2021, 2,7 % de la population âgée de 16 ans ou plus déclare avoir pensé à se suicider depuis décembre 2020. Parmi ces personnes, 64 % rapportent également avoir « imaginé comment [s']y prendre ». Les prévalences de pensées suicidaires varient de façon importante selon l'âge et le sexe. Les femmes âgées de 16 à 24 ans sont ainsi 6,5 % à déclarer avoir pensé à se suicider, contre 1,2 % des femmes âgées de 65 ans ou plus.

Parmi les 85 074 personnes ayant répondu au troisième volet d'EpiCov, 109, dont 41 femmes âgées de 15 à 34 ans, déclarent avoir fait une tentative de suicide depuis décembre 2020⁵ (**tableau complémentaire A**). En novembre 2020, elles étaient 2,8 % à déclarer avoir pensé à se suicider « au cours des douze derniers mois », et 6,4 % parmi les femmes âgées de 15 à 24 ans (fiche 6). Parmi les personnes déclarant des pensées suicidaires en novembre 2020, 49 % déclarent encore avoir de telles pensées en juillet 2021.

Les caractéristiques démographiques et socio-économiques associées à la présence de pensées suicidaires ont été étudiées à partir du deuxième volet de l'enquête (fiche 6). Le troisième volet d'EpiCov a permis de croiser certaines comorbidités psychiatriques avec les pensées suicidaires. Ces pensées concernent ainsi 27 % des personnes détectées avec un syndrome dépressif majeur (contre 7 % de celles présentant un syndrome mineur), 22 % des personnes déclarant avoir reçu un diagnostic de trouble psychotique (schizophrénie ou psychose) au cours de leur vie, 22 % des personnes présentant un syndrome anxio-dépressif, 21 % de celles ayant reçu un diagnostic de trouble bipolaire, 18 % de celles présentant un trouble anxieux généralisé, 18 % de celles ayant reçu un diagnostic de trouble anxieux ou dépressif, 18 % de ceux ayant reçu un diagnostic d'addiction, et enfin 16 % des personnes ayant des accès boulimiques avec comportements compensatoires (vomissements, jeûnes ou exercices physiques dédiés, prise de laxatifs), contre 10 % des personnes avec accès boulimiques sans comportement compensatoire. Les personnes déclarant une consommation d'alcool à risque chronique⁶ ou celles dont la consommation d'alcool suggère une alcoolodépendance⁷ sont quant à elles respectivement concernées à 7 % et 13 % par de telles pensées.

5. Cette date correspond à la fin de la passation du questionnaire du volet précédent.

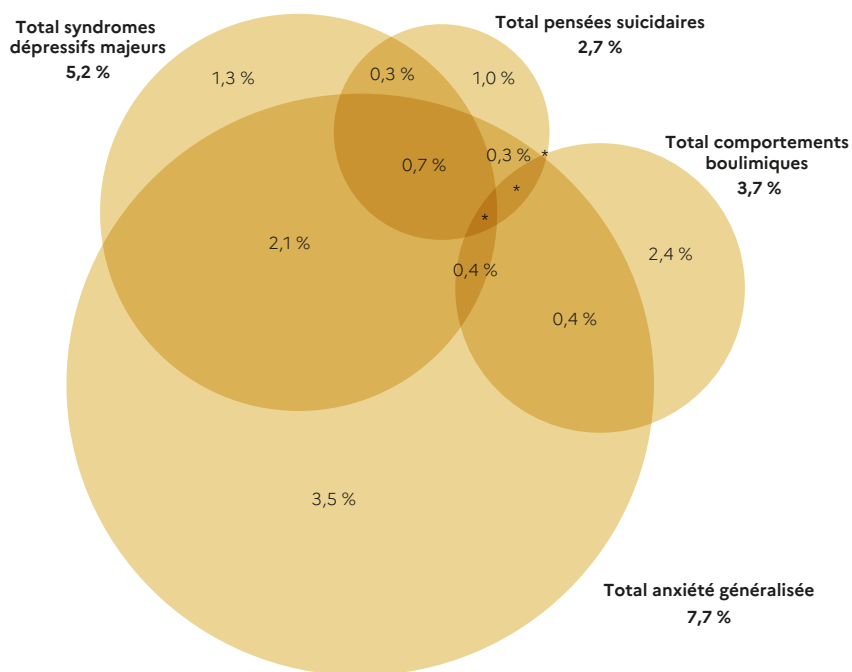
6. À partir de vingt-et-un verres par semaine pour les hommes et de quatorze pour les femmes, ou à partir de six verres en une occasion au moins toutes les semaines (alcoolisation ponctuelle importante).

7. Score AUDIT-C supérieur ou égal à 10 (**encadré 2**).

Parmi les personnes âgées de 16 ans ou plus, 13 % présentent l'un ou l'autre des problèmes de santé mentale suivants : syndrome dépressif majeur, trouble anxieux généralisé, comportement boulimique, pensées suicidaires. Près de 5 % de la population fait état d'au moins deux de ces problèmes (**graphique 3**).

Certaines échelles connexes à la santé mentale sont également très corrélées à la présence de pensées suicidaires. C'est notamment le cas de l'échelle de Cantril, qui demande au répondant de se situer « sur une échelle allant de 0 à 10, où 0 représente la pire vie possible et 10 la meilleure vie possible ». Parmi les personnes interrogées, 14 % de celles se situant à 5 ou moins sur cette échelle déclarent avoir pensé à se suicider dans les derniers mois écoulés, contre moins de 1 % chez ceux se situant à 8 ou plus. Le niveau de soutien social

Graphique 3 • Prévalences croisées des pensées suicidaires, syndromes dépressifs majeurs, de l'anxiété généralisée et des comportements boulimiques chez les 16 ans ou plus



*: inf. à 0,2 %

Note • Les syndromes dépressifs majeurs sont détectés en mobilisant l'algorithme du PHQ-9. Le trouble anxieux généralisé est identifié par un score au GAD-7 de 10 ou plus. Les comportements boulimiques sont identifiés par le questionnaire PHQ-ED (**encadré 2**).

Lecture • 7,7 % des personnes âgées de 16 ans ou plus présentent un trouble anxieux généralisé. Parmi elles, 3,5 % présentent ce trouble de façon isolée, 2,1 % le partagent avec un syndrome dépressif majeur et 0,7 % avec un syndrome dépressif majeur et des pensées suicidaires.

Champ • Personnes âgées de 16 ans ou plus, résidant en France métropolitaine, en Martinique, en Guadeloupe ou à La Réunion, hors prisons, maisons de retraite et Ehpad.

Sources • EpiCov (Inserm-DREES) – volet 3 : juillet 2021.

est également très corrélé à la présence de pensées suicidaires. Ainsi, parmi les personnes ayant un soutien social faible, 8 % déclarent des pensées suicidaires, contre 2 % et 1 % des personnes avec respectivement un soutien social modéré et fort.

L'outil de détection des syndromes dépressifs (PHQ-9) comporte, enfin, une question sur la gêne ressentie au cours des quinze derniers jours par le fait d'avoir pensé « qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de [se] faire du mal d'une manière ou d'une autre ». La littérature scientifique est cependant contradictoire sur le fait que cette question suffise à capter les personnes présentant des pensées suicidaires (Na, *et al.*, 2018 ; Kim, S., *et al.*, 2021). De fait, parmi les personnes concernées par ces pensées de mort, 42 % déclarent avoir songé à se suicider. À l'inverse, 71 % des personnes déclarant avoir pensé à se suicider répondent avoir été gênées par des pensées de mort au cours des quinze jours précédant leur interrogation. Ces résultats en population générale laissent à penser que les idées suicidaires ne sont pas suffisamment approchées par une réponse positive à la neuvième question du PHQ-9.

Synthèse

Entre 2014 et 2019, la part des personnes âgées de 15 ans ou plus vivant en France métropolitaine et présentant un syndrome dépressif est passée de 7 % à 11 %. En mai 2020, elle augmente jusqu'à 13 %, puis retrouve le niveau de 2019 en novembre 2020 et juillet 2021. Ces fluctuations diffèrent substantiellement selon l'âge et le sexe. De fait, la prévalence des syndromes dépressifs, notamment majeurs, reste élevée chez les jeunes, et plus particulièrement chez les jeunes femmes. Lors des trois temps de mesures du panel EpiCov réalisés entre mai 2020 et juillet 2021 (**encadré 1**), quatre femmes âgées de 15 à 24 ans sur dix sont ainsi affectées au moins une fois d'un syndrome dépressif, contre une personne sur quatre en moyenne.

La prévalence de problèmes de santé mentale est marquée par de fortes inégalités de santé en défaveur des personnes ayant le niveau de vie le plus modeste. Les individus qui déclarent des troubles de la santé mentale sont par ailleurs nombreux à en présenter plusieurs à la fois. Parmi les personnes souffrant d'un syndrome dépressif majeur, une sur quatre déclare des pensées suicidaires. C'est le cas de près d'une personne sur cinq parmi celles qui déclarent avoir reçu un diagnostic de trouble psychotique ou bipolaire au cours de leur vie, ou encore parmi celles détectées avec un trouble anxieux généralisé. Ces pensées sont également très corrélées au manque de soutien social, mesuré à l'aide de l'échelle d'Oslo (**encadré 2**).

En juillet 2021, 2,7 % de la population déclare avoir pensé à se suicider depuis décembre 2020. Comparativement, en novembre 2020, 2,8 % déclarait y avoir songé au cours des douze mois écoulés. Cette prévalence demeure plus élevée chez les personnes âgées de 15 à 24 ans que dans le reste de la population. Dans cette tranche d'âge, les femmes sont particulièrement concernées (6,5 %).

Références bibliographiques

- **Hazo, J.-B., Costemalle, V.** (2021, mars). Confinement du printemps 2020 : une hausse des syndromes dépressifs, surtout chez les 15-24 ans. Résultats issus de la 1^{re} vague de l'enquête EpiCov et comparaison avec les enquêtes de santé européennes (EHIS) de 2014 et 2019. DREES, *Études et Résultats*, 1185.
- **Hazo, J.-B., Costemalle, V., Rouquette A., et al.** (2021, octobre). Une dégradation de la santé mentale chez les jeunes en 2020. Résultats issus de la 2^e vague de l'enquête EpiCov. DREES, *Études et Résultats*, 1210.
- **Hazo, J.-B., Boulch, A.** (2022, juin). Santé mentale : une amélioration chez les jeunes en juillet 2021 par rapport à 2020 mais des inégalités sociales persistantes. DREES, *Études et Résultats*, 1233.
- **Kim, S., Lee H. K., Lee, K.** (2021, mars). Which PHQ-9 Items Can Effectively Screen for Suicide? Machine Learning Approaches. *Environmental Research and Public Health*, 18(7).
- **Na, P. J., Yaramala, S. R., Kim, J. A., et al.** (2018, février). The PHQ-9 Item 9 based screening for suicide risk: a validation study of the Patient Health Questionnaire (PHQ)-9 Item 9 with the Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS). *Journal of Affective Disorder*, 232, p. 34-40.
- **Striegel-Moore, R. H., Perrin, N., DeBar, L., et al.** (2010, mai). Screening for binge eating disorders using the Patient Health Questionnaire in a community sample. *International Journal of Eating Disorder*, 43(4), p. 337-343.

FICHE 6

Prévalence des pensées suicidaires et facteurs associés en France au cours de la pandémie de Covid-19 – Résultats de l'enquête en population générale EpiCov

Alexandra Rouquette (université Paris-Saclay),
Camille Davisse-Paturet (Inserm) et Jean-Baptiste Hazo (DREES)

Contexte

De nombreux scientifiques et professionnels de santé ont, très rapidement après le début de la pandémie de Covid-19, formulé des inquiétudes quant aux potentiels effets de cette crise sur la santé mentale des populations. Une nette augmentation de la prévalence des troubles anxieux ou dépressifs a en effet été observée sur tous les continents au cours de l'année 2020, dans de nombreux pays (Santomauro, *et al.*, 2021) ainsi qu'en France (Hazo, *et al.*, 2021 ; fiche 5).

S'agissant des comportements et pensées suicidaires en population générale, l'impact de la pandémie est moins évident et varie selon les pays étudiés (dossier 1). En France, une baisse de 8,5 % des hospitalisations pour actes autoagressifs a, par exemple, été enregistrée entre le 1^{er} janvier et le 31 août 2020 par rapport à la même période en 2019 (Jollant, *et al.*, 2021). De même, le nombre total de personnes hospitalisées pour tentative de suicide a baissé de près de 10 % sur l'ensemble de l'année 2020 par rapport à 2019 (fiche 3).

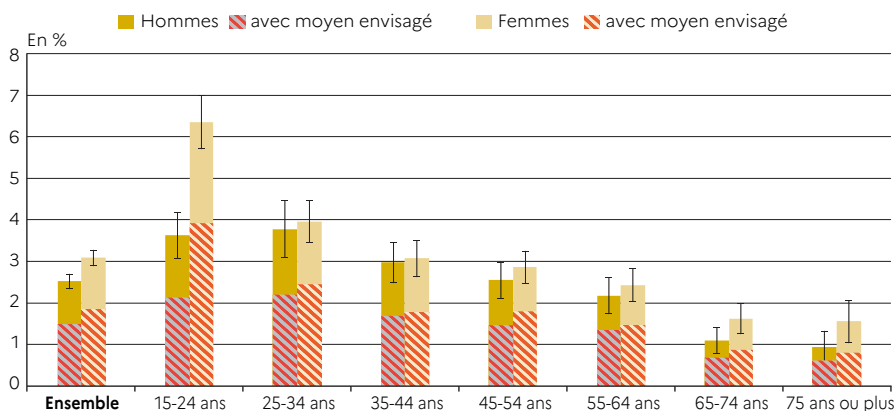
L'enquête EpiCov permet, à partir d'un échantillon d'une taille sans précédent en France, d'estimer la prévalence des pensées suicidaires au cours des douze mois précédant l'interrogation des participants, et celle des tentatives de suicide au cours de la même période et tout au long de la vie (encadré).

Une prévalence des pensées suicidaires trois fois plus élevée chez les femmes âgées de 15 à 24 ans que dans le reste de la population

En novembre 2020, d'après l'enquête EpiCov, la proportion des personnes âgées de 15 ans ou plus qui déclarent avoir pensé à se suicider au cours des douze derniers mois est de 2,8 %. Cette prévalence décroît au fil des classes d'âge : 5,0 % des personnes âgées de

15 à 24 ans sont concernées, contre 1,3 % de celles âgées de 65 ans ou plus¹. Les femmes déclarent plus souvent des pensées suicidaires (3,1 %) que les hommes (2,5 %). Ces différences entre classes d'âge et selon le sexe sont principalement portées par une prévalence des pensées suicidaires près de trois fois plus élevée chez les femmes âgées de 15 à 24 ans (6,4 %) que dans le reste de la population (**graphique 1**). La part des personnes avec des pensées suicidaires qui déclarent avoir été « jusqu'à imaginer comment s'y prendre » est de 59,5 %. Cette proportion est relativement stable selon l'âge et le sexe.

Graphique 1 • Prévalence des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois, déclarées en novembre 2020, par âge et par sexe



Lecture • Parmi les personnes âgées de 15 ans ou plus, 2,8 % (avec une incertitude de 0,1 %) ont présenté des pensées suicidaires dans les douze mois précédant l'enquête, et 1,7 % ont été jusqu'à envisager le moyen de s'y prendre.

Champ • Personnes âgées de 15 ans ou plus au 1^{er} janvier 2020, résidant en France métropolitaine, en Martinique, en Guadeloupe et à La Réunion, hors prisons, maisons de retraite et Ehpad.

Sources • EpiCov (Inserm-DREES), volet 2 – novembre 2020 : questionnaire court.

Le Baromètre santé, réalisé avant le premier confinement et aux mois de juin et juillet 2020, rapporte pour sa part des prévalences de pensées suicidaires supérieures à celles relevées dans l'enquête EpiCov. Elles concernent ainsi 4,2 % des personnes âgées de 18 à 85 ans résidant en France métropolitaine, 4,7 % des femmes et 3,6 % des hommes (fiche 7). Même en se limitant au même champ de population, l'enquête EpiCov recense, en novembre 2020, des prévalences nettement inférieures : 2,8 % des répondants, 3,1 % des femmes et 2,6 % des hommes.

Plusieurs raisons peuvent expliquer ce décalage entre les deux enquêtes. Tout d'abord, la diminution des gestes suicidaires en France et dans plusieurs autres pays industrialisés lors du premier confinement de 2020 (Jollant, *et al.*, 2021) [fiches 2 et 4 ; dossier 1] pourrait avoir

1. Les personnes avec un handicap (qui déclarent être fortement limitées depuis au moins six mois par un problème de santé dans les activités que font habituellement les gens) sont sous-représentées dans l'enquête EpiCov (4,4 %) par rapport aux enquêtes de référence (8,6 % dans la *European Health Interview Survey* [EHIS] 2019, par exemple). Ces personnes sont plus âgées et déclarent plus souvent des pensées suicidaires que le reste de la population (6 % contre 2 % dans l'enquête EpiCov). Leur sous-estimation, tout particulièrement chez les plus âgés, conduit à sous-estimer de 0,2 point la prévalence des pensées suicidaires en population générale et chez les personnes âgées de 65 ans ou plus.

une cause psychosociale. Des phénomènes comparables ont en effet été constatés à très court terme après certains événements traumatiques d'ampleur nationale, telles que les attaques terroristes (Mezuk, *et al.*, 2009 ; Salib, 2003 ; Salib, 2009) et certaines catastrophes naturelles (Matsubayashi, *et al.*, 2013 ; Orui, *et al.*, 2014). Les travaux rapportant ces baisses momentanées de gestes suicidaires pourraient appuyer la théorie durkheimienne de l'intégration sociale par la cohésion de groupe, qui agit jusqu'à un certain degré comme un facteur de protection du suicide. Dans le cas du premier confinement de 2020, la baisse des gestes suicidaires peut également s'expliquer par un accès plus restreint aux moyens létaux et par la moindre possibilité de s'isoler pour mettre fin à ses jours. Par ailleurs, le deuxième volet de l'enquête EpiCov, qui a démarré peu avant l'instauration du second confinement de 2020, présente des différences dans la déclaration de pensées suicidaires avant et après le début du confinement. Ainsi, 3,5 % des personnes âgées de 18 à 85 ans résidant en France métropolitaine interrogées avant le confinement déclarent de telles pensées, contre 2,5 % de celles interrogées après sa mise en place. Il est possible que les périodes de confinement minorent l'occurrence et la verbalisation de pensées suicidaires, ce qui expliquerait en partie les résultats différents du Baromètre santé, réalisé hors période de confinement (fiche 7). Enfin, les modes de passation des questionnaires des deux enquêtes pourraient également être impliqués dans cette différence d'estimation des pensées suicidaires en population générale. Plus de 80 % des personnes interrogées dans le cadre de l'enquête EpiCov ont répondu via un questionnaire ligne, tandis que le Baromètre santé repose uniquement sur des questionnaires téléphoniques. En effet, le mode de passation en ligne paraît entraîner un biais en défaveur des personnes porteuses de handicap, sous-représentées dans EpiCov, ce qui conduit à sous-estimer la prévalence des pensées suicidaires en population générale (voir note 1).

La littérature scientifique incline à nuancer cette diminution des gestes et pensées suicidaires. En effet, à moyen ou à long terme, les taux de suicide tendraient à augmenter après des catastrophes naturelles ou des crises économiques. Certains auteurs estiment ainsi qu'un tel effet rebond pourrait apparaître à l'issue de la crise sanitaire du Covid-19 (Chang, *et al.*, 2013 ; Devitt, 2020 ; Horney, *et al.*, 2020 ; Safarpour, *et al.*, 2022).

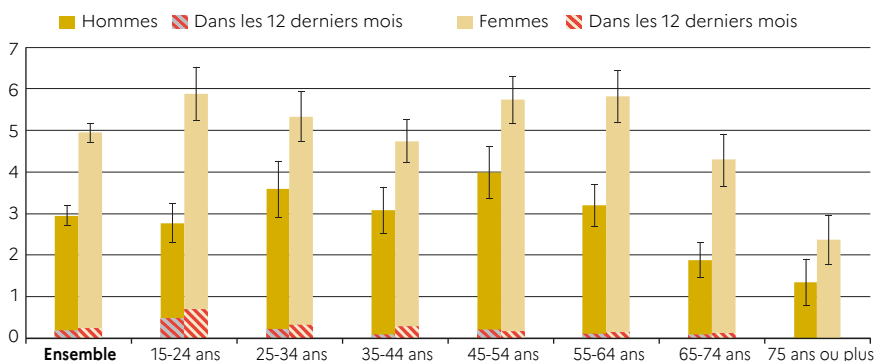
L'évolution de la distribution des pensées suicidaires selon l'âge entre 2017 et 2020 constitue par ailleurs un résultat marquant. Dans le deuxième volet de l'enquête EpiCov, le pic de pensées suicidaires est situé dans la classe d'âge des 15-24 ans, avec une décroissance de la prévalence à mesure que l'âge augmente. C'est également le cas dans l'édition 2020 du Baromètre santé. Ce lien entre l'âge et les pensées suicidaires, principalement attribuable aux prévalences élevées de ce type de pensées chez les jeunes femmes, tranche complètement avec les données de 2017 du Baromètre santé, d'après lequel les jeunes n'étaient pas plus à risque que le reste de la population (Léon, *et al.*, 2019). Le rôle de la crise sanitaire dans cette évolution ne peut cependant pas être affirmé, car certaines enquêtes soulignaient déjà, avant la crise, une dégradation de la santé mentale des plus jeunes en France, tout particulièrement des jeunes femmes. Une augmentation des gestes et pensées suicidaires chez les adolescents entre 2011 et 2017 a, par exemple, été rapportée par les données de l'enquête Escapad (Janssen, *et al.*, 2019). Par ailleurs, chez les personnes âgées

de 15 à 24 ans, les taux de syndromes dépressifs ont fortement augmenté entre 2014 et 2019 dans les enquêtes EHIS : il est passé de 4 % à 11 % chez les femmes, et de 3 % à 10 % chez les jeunes hommes pendant cette période (Hazo, 2021 ; fiche 5).

En novembre 2020, 4 % des individus âgés de 15 ans ou plus déclarent avoir déjà fait une tentative de suicide

D'après l'enquête EpiCov, la proportion des individus âgés de 15 ans ou plus déclarant avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie s'établit à 4,0 % (4,9 % des femmes et 3,0 % des hommes). Pour 0,2 % d'entre eux, cette tentative a eu lieu au cours des douze mois précédant leur interrogation (**graphique 2**) ; parmi ceux-ci, 38 % sont âgés de 15 à 24 ans, 46 % de 25 à 54 ans et 16 % de 55 à 74 ans. Aucun répondant âgé de 75 ans ou plus n'a déclaré avoir attenté à ses jours dans les douze mois précédant l'enquête.

Graphique 2 • Tentatives de suicide déclarées en novembre 2020, au cours de la vie et au cours des douze derniers mois



Lecture • Parmi les hommes âgés de 15 à 24 ans, 2,8 % (avec une incertitude de plus ou moins 0,5 %) déclarent avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie. Pour 0,5 % d'entre eux, cette tentative a eu lieu dans les douze mois précédant l'enquête.

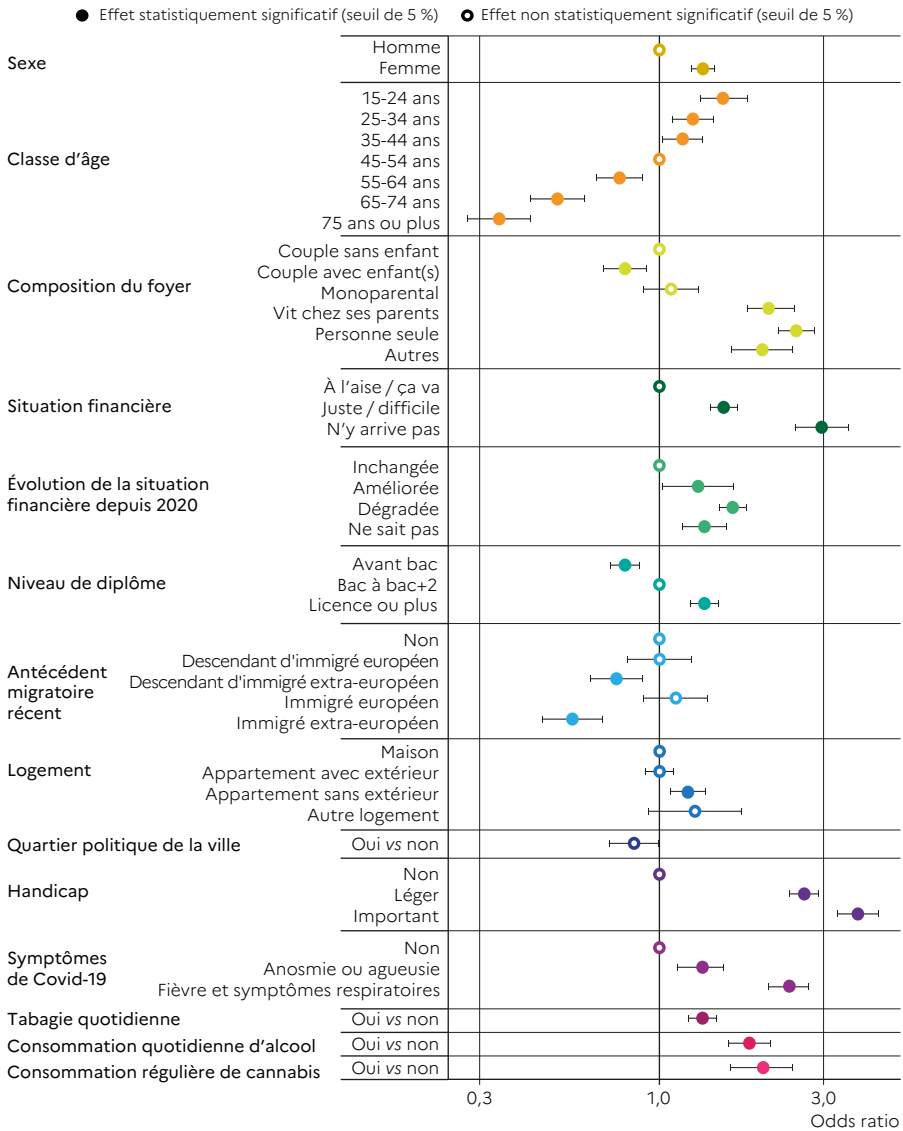
Champ • Personnes âgées de 15 ans ou plus au 1^{er} janvier 2020, résidant en France métropolitaine, en Martinique, en Guadeloupe et à La Réunion, hors prisons, maisons de retraite et Ehpad.

Sources • EpiCov (Inserm-DREES), volet 2 – novembre 2020 : questionnaire court.

Les personnes percevant une dégradation de leur situation financière depuis le début de l'épidémie sont à fort risque de pensées suicidaires

Dans le deuxième volet de l'enquête EpiCov, plusieurs facteurs sont associés à la probabilité de déclarer des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois. L'analyse multivariée de l'enquête tient ainsi compte des autres caractéristiques des participants (**graphique 3**).

Graphique 3 • Facteurs associés aux pensées suicidaires



Note • Régression logistique multivariée. Les variables présentées dans l'analyse multivariée sont sélectionnées dans un premier temps par une méthode descendante pas à pas mêlant maximisation du score de qualité d'Aikake (AIC) et des tests de type II permettant d'estimer l'apport significatif d'une variable au modèle explicatif.

Lecture • Toutes autres variables présentes dans le modèle égales par ailleurs, les personnes de 15 à 24 ans ont une probabilité plus élevée (odds ratio supérieur à 1) de déclarer des pensées suicidaires que celles de 45 à 54 ans (la catégorie de référence pour cette variable).

Champ • Personnes âgées de 15 ans ou plus, résidant en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Martinique et à La Réunion, hors prisons, maisons de retraite et Ehpad.

Sources • EpiCov (Inserm-DREES), volet 2 – novembre 2020, questionnaire court.

Caractéristiques sociodémographiques

- **Sexe** : les femmes ont une probabilité plus élevée que les hommes de déclarer des pensées suicidaires au cours des douze mois précédant l'enquête.
- **Âge** : les personnes âgées de 15 à 44 ans présentent une plus forte probabilité de déclarer des pensées suicidaires que les personnes âgées de 45 à 54 ans, et cela est maximal chez les personnes âgées de 15 à 24 ans. À l'inverse, chez celles âgées 55 ans ou plus, la probabilité est moindre et va en s'amenuisant à mesure que l'âge augmente.
- **Composition du foyer** : les foyers composés de personnes en couple avec un ou plusieurs enfants présentent moins de risque d'avoir des pensées suicidaires que les autres types de foyer. Les personnes vivant seules, chez ou avec l'un de leurs parents ou les deux, de même que celles vivant dans d'autres types de foyer (collocations, foyers, avec d'autres membres de la famille) présentent un surrisque de pensées suicidaires par rapport aux personnes vivant avec un conjoint ou avec un ou plusieurs enfants.
- **Situation financière perçue** : les personnes déclarant avoir une situation financière « juste ou difficile » ont un plus fort risque de présenter des pensées suicidaires que celles se déclarant « à l'aise » ou pour qui « ça va » financièrement. Pour celles considérant que, financièrement, elles « [n'y arrivent pas] sans faire de dettes », le surrisque est maximal. Les personnes percevant une évolution de leur situation financière depuis le début de l'épidémie sont également plus à risque d'avoir des pensées suicidaires, tout particulièrement celles qui ressentent une dégradation de cette situation (21 % de la population).
- **Niveau de diplôme** : les personnes ayant un diplôme de niveau licence ou plus ont une probabilité plus élevée de déclarer des pensées suicidaires que celles dont le diplôme est de niveau bac à bac+2. À l'inverse, les personnes ayant un niveau de diplôme inférieur au bac sont moins à risque de déclarer de telles pensées.
- **Antécédents de migration** : les personnes immigrées ou descendantes directes de personnes immigrées d'un pays non européen présentent des probabilités moindres de déclarer des pensées suicidaires par rapport aux personnes sans antécédent migratoire récent ou en comparaison de celles issues d'une immigration européenne.
- **Type de logement** : les personnes vivant dans un appartement sans balcon ou sans accès à un extérieur ont un risque de pensées suicidaires plus élevé que les personnes vivant dans une maison ou dans un appartement avec cour, balcon ou jardin.

Caractéristiques liées à la santé et aux habitudes de vie

- **État de santé** : la déclaration d'un handicap, qu'il soit léger ou important, est le facteur qui a l'effet le plus élevé sur la probabilité de déclarer des pensées suicidaires. La présence d'un trouble mental, très corrélée aux pensées suicidaires, peut en effet entraîner la déclaration d'un handicap par le répondant².
- **Déclaration de symptômes évocateurs du Covid-19 depuis février 2020** : l'association avec la probabilité de déclarer des pensées suicidaires dans les douze derniers mois est

2. Celui-ci étant approché par la question : « Êtes-vous limité(e), depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ? »

plus prononcée en cas de fièvre associée à de la toux ou des difficultés respiratoires, ou à des douleurs thoraciques³. Elle est également présente, dans une moindre mesure, chez les personnes ayant présenté des troubles de l'odorat ou du goût datant de plus de trois jours.

• **Habitudes de vie** : la consommation quotidienne de tabac ou d'alcool, ou la consommation régulière de cannabis sont des éléments associés à un risque plus élevé de pensées suicidaires.

Certains facteurs de risque identifiés dans les données de l'enquête EpiCov en novembre 2020 concordent avec ceux relevés en 2017 et en 2020 dans le Baromètre santé : les difficultés financières, la structure du foyer, le niveau de diplôme (Léon, *et al.*, 2019 ; fiche 7). En revanche, certains facteurs non étudiés dans le Baromètre santé sont mis en évidence dans l'enquête EpiCov, comme le type de résidence ou le statut migratoire. La plus faible probabilité de déclarer des pensées suicidaires chez les personnes immigrées ou descendantes d'immigré non européen a déjà été observée en Europe hors pandémie, ou au Canada au cours de la pandémie de Covid-19 (Liu, *et al.*, 2021 ; Spallek, *et al.*, 2015).

Covid-19, infection par SARS-CoV-2 et pensées suicidaires

Parmi les caractéristiques de santé associées à la déclaration de pensées suicidaires dans l'enquête, la citation de symptômes faisant suspecter une infection par le SARS-CoV-2 interpelle. Plusieurs études ont en effet montré un lien fort entre la broncho-pneumonie chronique obstructive et le risque suicidaire, indépendamment de la présence de troubles mentaux (Sampaio, *et al.*, 2019).

Deux grandes hypothèses peuvent être évoquées concernant l'association entre symptômes du Covid-19 et pensées suicidaires. La première est biologique : le SARS-CoV-2, en pénétrant dans l'organisme, pourrait provoquer diverses réactions, notamment inflammatoires, et perturber les mécanismes impliqués dans les comportements suicidaires (Costanza, *et al.*, 2022). La seconde hypothèse est quant à elle plus contextuelle et fait écho au modèle théorique du risque suicidaire proposé par Gustavo Turecki et David Brent en 2016 (Turecki et Brent, 2016). Dans ce modèle, le risque suicidaire dépend de facteurs de niveaux populationnel et individuel. Le niveau populationnel comprend la cohésion sociale, impactée par les changements plus ou moins rapides de valeurs sociales, par les fluctuations de l'économie ou encore par la stigmatisation d'individus ou de groupes d'individus. Il compte également des facteurs environnementaux, tels que la représentation du suicide dans les médias, l'accès plus ou moins facilité aux moyens létaux et l'offre de soins en santé mentale. Le niveau de risque individuel regroupe quant à lui, dans ce modèle théorique, des facteurs répartis selon leur caractère « prédisposant » (vulnérabilité génétique, événements de vie pendant l'enfance, etc.), « médiateur » (déficit cognitif, troubles anxieux, addictions, etc.),

³ En l'absence de troubles du goût ou de l'odorat.

ou « précipitant » (événements de vie récents, désinhibition comportementale, etc.). La pandémie et les mesures nécessaires à sa gestion ont aggravé un certain nombre de ces facteurs individuels et entraîné l'apparition d'un contexte propice au développement de comportements suicidaires. L'infection par le SARS-CoV-2, en particulier lorsqu'elle est symptomatique, pourrait donc, d'après cette théorie, être un événement de vie « précipitant » les pensées suicidaires (Czeisler, *et al.*, 2021 ; Taquet, *et al.*, 2021).

Le lien entre les symptômes évocateurs du Covid-19 et le risque de pensées suicidaires a été exploré plus spécifiquement dans la cohorte EpiCov. Deux marqueurs de l'infection par SARS-CoV-2 ont été utilisés :

- la sérologie, réalisée sur des prélèvements de sang de volontaires de la cohorte lors de la deuxième vague, pour une recherche d'anticorps anti-protéines S du SARS-CoV-2 (**encadré**) ;
- les symptômes évocateurs de Covid-19 auto-rapportés, définis par la survenue d'une anosmie, d'une agueusie ou d'une fièvre associée à une toux, de difficultés respiratoires ou d'une oppression thoracique.

En tenant compte des caractéristiques sociodémographiques et de santé des participants de la cohorte, aucune association n'est retrouvée entre le statut sérologique en novembre 2020 et la survenue de pensées suicidaires à partir de décembre 2020⁴. Les participants ayant déclaré des symptômes évocateurs du Covid-19 avant novembre 2020 ont, quant à eux, un risque de survenue ultérieure de pensées suicidaires presque 1,5 fois plus élevé ceux n'en ayant pas déclaré. Bien qu'insuffisants pour infirmer à eux seuls l'hypothèse d'un lien entre SARS-CoV-2 et pensées suicidaires, ces résultats confortent la plausibilité de l'hypothèse contextuelle. La présence de symptômes évocateurs du Covid-19 et leurs répercussions sur le quotidien des personnes concernées pourraient ainsi augmenter la probabilité de pensées suicidaires.

Proposer une offre de suivi psychologique aux personnes se rétablissant d'un Covid-19 symptomatique pourrait s'avérer utile. Une première étape pourrait être de mettre à disposition des messages d'information et de prévention concernant :

- les possibles effets du Covid-19 sur la santé mentale ;
- les contacts des professionnels de santé agréés les plus proches ;
- les numéros d'urgence à joindre en cas de détresse psychique.

4. Pour respecter la temporalité, les personnes ayant déclaré avoir eu des pensées suicidaires ou effectué une tentative de suicide entre novembre 2019 et novembre 2020 ont été exclues des analyses.

Synthèse

D'après l'enquête Épidémiologie et conditions de vie liées au Covid-19 (EpiCov), en novembre 2020, 2,8 % des personnes âgées de 15 ans ou plus déclarent avoir pensé à se suicider au cours des douze mois précédant leur interrogation. Les femmes sont plus souvent concernées : 3,1 % d'entre elles déclarent des pensées suicidaires, contre 2,5 % des hommes. Il existe également d'importantes variations selon l'âge des répondants : la part des personnes déclarant de telles pensées passe de 5,0 % chez les personnes âgées de 15 à 24 ans à 1,3 % parmi celles âgées de 65 ans ou plus.

Les prévalences de pensées suicidaires recensées dans l'enquête EpiCov en novembre 2020 sont plus basses que celles relevées lors de la vague 2017 du Baromètre santé de Santé publique France. Par ailleurs, ces enquêtes révèlent toutes deux une surexposition inquiétante des plus jeunes en 2020. Cette évolution souligne une tendance à l'augmentation du mal-être et des pensées suicidaires chez ces derniers, en particulier chez les jeunes femmes. Celle-ci ne semble que partiellement liée à la période de crise sanitaire, puisqu'on assistait déjà à une dégradation des indicateurs de santé mentale dans cette catégorie de population.

Près d'une personne sur vingt déclare avoir commis une tentative de suicide au cours de sa vie. Pour 0,2 % de la population, cette tentative a eu lieu dans les douze mois précédant l'enquête. Un quart des personnes déclarant une tentative de suicide dans les douze derniers mois sont par ailleurs des jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans.

Toutes choses égales par ailleurs, les personnes ayant une situation financière dégradée et celles vivant seules et résidant dans des zones densément urbanisées ont une plus forte probabilité d'avoir des pensées suicidaires. C'est également le cas des personnes porteuses d'un handicap, de celles consommant régulièrement du cannabis et des fumeurs quotidiens. En revanche, les personnes moins diplômées et celles issues d'une immigration extra-européenne paraissent moins exposées à de telles pensées. Enfin, on retrouve un lien fort entre la déclaration de symptômes évocateurs du Covid-19 et l'apparition ultérieure de pensées suicidaires. Ce lien n'existe cependant pas dans le cas d'une sérologie positive au Covid-19. La prise en compte de la manière dont est perçue l'infection est donc capitale pour comprendre une éventuelle dégradation de la santé mentale de la personne contaminée.

Encadré – Sources et méthodes

L'enquête EpiCov a été élaborée dans le contexte de la pandémie de Covid-19 par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), en collaboration avec Santé publique France et l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Son objectif est d'estimer la dynamique de l'épidémie à un niveau national et départemental, et d'étudier les répercussions de la crise sanitaire sur les conditions de vie et la santé des populations. En mai 2020, 371 000 personnes âgées de 15 ans ou plus au 1^{er} janvier 2020 et résidant en France métropolitaine, en Martinique, en Guadeloupe et à La Réunion (hors personnes résidant en prison, maison de retraite et Ehpad) ont été tirées au sort dans les fichiers démographiques sur les logements et les individus (Fidéli) de l'Insee. 135 000 personnes ont répondu au premier volet de l'enquête, qui s'est déroulé entre le 2 mai et le 2 juin 2020. Parmi elles, 108 000 personnes ont accepté d'être à nouveau interrogées pour le deuxième volet de l'enquête, qui a eu lieu en novembre de la même année. La représentativité nationale de ces échantillons a été assurée par des méthodes statistiques de redressement.

Les questionnaires des différents volets d'EpiCov interrogent des domaines variés de la vie des participants (logement, emploi, santé, vie affective, etc.). Lors du deuxième volet de l'enquête, les pensées suicidaires des participants ont été approchées par la réponse « oui » à la question : « Au cours des douze derniers mois, avez-vous pensé à vous suicider ? » Les tentatives de suicide sont également mesurées lors de ce second volet par la question : « Au cours de votre vie, avez-vous déjà fait une tentative de suicide ? » Cette question admettait plusieurs réponses positives possibles concernant la temporalité de la dernière tentative. Toujours dans ce volet, un kit d'autoprélèvement sanguin à réaliser à domicile était proposé à chaque participant, afin de réaliser une sérologie recherchant les anticorps anti-SARS-CoV-2. Parmi les participants, 67 000 ont retourné leur prélèvement sanguin.

Le graphique 3 présente les résultats d'une régression logistique. Les variables ont été introduites dans un premier modèle complet. Certaines variables ont été écartées du modèle car trop colinéaires entre elles (emploi et âge par exemple), ou trop endogènes (tentatives de suicide au cours de la vie et pensées suicidaires). Elles ont été sélectionnées par une méthode descendante pas à pas mêlant maximisation du score de qualité d'Aikake (AIC) et des tests de type II permettant d'estimer l'apport significatif d'une variable au modèle explicatif.

Références bibliographiques

- **Chang, S.-S., Stuckler, D., Yip, P., et al.** (2013). Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *British Medical Journal*, 347.
- **Costanza, A., Amerio, A., Aguglia, A., et al.** (2022). Hyper/neuroinflammation in Covid-19 and suicide etiopathogenesis: Hypothesis for a nefarious collision? *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 136(104606).
- **Czeisler, M. É., Wiley, J. F., Facer-Childs, E. R., et al.** (2021). Mental health, substance use, and suicidal ideation during a prolonged Covid-19-related lockdown in a region with low SARS-CoV-2 prevalence. *Journal of Psychiatric Research*, 140(5), p. 533-544.
- **Devitt, P.** (2020). Can we expect an increased suicide rate due to Covid-19? *Irish Journal of Psychological Medicine*, 37(4), p. 264-268.
- **Farooq, S., Tunmore, J., Wajid Ali, M., et al.** (2021). Suicide, self-harm and suicidal ideation during Covid-19: A systematic review. *Psychiatry Research*, 306.
- **Hazo, J.-B., Costemalle, V.** (2021). Confinement du printemps 2020 : une hausse des syndromes dépressifs, surtout chez les 15-24 ans. Résultats issus de la première vague de l'enquête EpiCov et comparaison avec les enquêtes de santé européennes (EHIS) de 2014 et 2019. *Études et Résultats*, 1185.
- **Hazo, J.-B., Costemalle, V., Rouquette, A., et al.** (2021). 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*, 1210.
- **Horney, J. A., Karaye, I. M., Abuabara, A., et al.** (2020). The Impact of Natural Disasters on Suicide in the United States, 2003–2015. *Crisis*, 42(5), p. 328 -334.
- **Janssen, E., Spilka, S., du Roscoät, E.** (2019). Tentatives de suicide, pensées suicidaires et usages de substances psychoactives chez les adolescents français de 17 ans. Premiers résultats de l'enquête Escapad 2017 et évolutions depuis 2011. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 3-4, p. 74-92.
- **John, A., Eyles, E., Webb, R. T. et al.** (2021). The impact of the Covid-19 pandemic on self-harm and suicidal behaviour: update of living systematic review [version 2; peer review: 1 approved, 2 approved with reservations]. *F1000Research*, 9:1097.
- **Jollant, F., Roussot, A., Corruble, E., et al.** (2021). Hospitalization for self-harm during the early months of the Covid-19 pandemic in France: A nationwide retrospective observational cohort study. *The Lancet Regional Health – Europe*, 6.
- **Knudsen, A. K. S., Stene-Larsen, K., Gustavson, et al.** (2021). Prevalence of mental disorders, suicidal ideation and suicides in the general population before and during the Covid-19 pandemic in Norway: A population-based repeated cross-sectional analysis. *The Lancet Regional Health – Europe*, 4.
- **Léon, C., Chan-Chee, C., du Roscoät, E.** (2019). Baromètre de Santé publique France 2017 : tentatives de suicide et pensées suicidaires chez les 18-75 ans en France. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 3-4, p. 38-47.
- **Liu, L., Capaldi, C. A., Dopko, R. L.** (2021). Recherche quantitative originale Idées suicidaires au Canada pendant la pandémie de Covid-19. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*, 41(11).

- **Matsubayashi, T., Sawada, Y., Ueda, M.** (2013). Natural disasters and suicide: Evidence from Japan. *Social Science and Medicine*, 82, p. 126-133.
- **Mezuk, B., Larkin, G. L., Prescott, M. R., et al.** (2009). The influence of a major disaster on suicide risk in the population. *Journal of Traumatic Stress*, 22(6), p. 481-488.
- **Orui, M., Harada, S., Hayashi, M.** (2014). Changes in suicide rates in disaster-stricken areas following the Great East Japan Earthquake and their effect on economic factors: an ecological study. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 19(6), p. 459-466.
- **Safarpour, H., Sohrabizadeh, S., Malekian, et al.** (2022). Suicide Death Rate after Disasters: A Meta-Analysis Study. *Archives of Suicide Research*, 26(1), p. 14-27.
- **Salib, E.** (2003). Effect of 11 September 2001 on suicide and homicide in England and Wales. *British Journal of Psychiatry*, 183(3), p. 207-212.
- **Salib, E., Cortina-Borja, M.** (2009). Effect of 7 July 2005 terrorist attacks in London on suicide in England and Wales. *British Journal of Psychiatry*, 194(1), p. 80-85.
- **Sampaio, M. S., Vieira, W. de A., Bernardino, I. de M., et al.** (2019). Chronic obstructive pulmonary disease as a risk factor for suicide: A systematic review and meta-analysis. *Respiratory Medicine*, 151, p. 11-18.
- **Santomauro, D. F., Herrera, A. M. M., Shadid, J., et al.** (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the Covid-19 pandemic. *The Lancet*, 398, p. 1700-1712.
- **Spallek, J., Reeske, A., Norredam, M., et al.** (2015). Suicide among immigrants in Europe – a systematic literature review. *European Journal of Public Health*, 25, p. 63-71.
- **Taquet, M., Geddes, J. R., Husain, M., et al.** (2021). 6-month neurological and psychiatric outcomes in 236 379 survivors of Covid-19: a retrospective cohort study using electronic health records. *The Lancet Psychiatry*, 8, p. 416-427.
- **Turecki, G., Brent, D. A.** (2016). Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*, 387, p. 1227-1239.

FICHE 7

Prévalence et évolution des pensées suicidaires en France métropolitaine en 2020 – Résultats du Baromètre santé

Christophe Léon et Enguerrand du Roscoät (Santé publique France)

Contexte

Le Baromètre santé réalisé par Santé publique France est la seule enquête en population générale adulte permettant de suivre l'évolution des conduites suicidaires (tentatives de suicide et pensées suicidaires) depuis le début des années 2000. Il s'appuie sur des échantillons aléatoires sélectionnés à partir d'une méthodologie comparable d'une vague d'enquête à l'autre¹. Cette fiche étudie principalement les données de l'édition 2020, recueillies par téléphone auprès d'un échantillon représentatif de 14 873 personnes âgées de 18 à 85 ans résidant en France métropolitaine et parlant le français.

À la suite des mesures gouvernementales induites par la crise sanitaire liée au Covid-19, l'enquête s'est déroulée en deux phases. Elle a démarré le 8 janvier 2020 et a été suspendue le 16 mars, avec la mise en place des mesures de confinement. À cette date, 9 178 personnes avaient été interrogées. L'enquête a repris le 4 juin et s'est achevée le 28 juillet, ce qui a permis d'interroger 5 695 personnes supplémentaires après les mesures de confinement (Soullier, *et al.*, 2021).

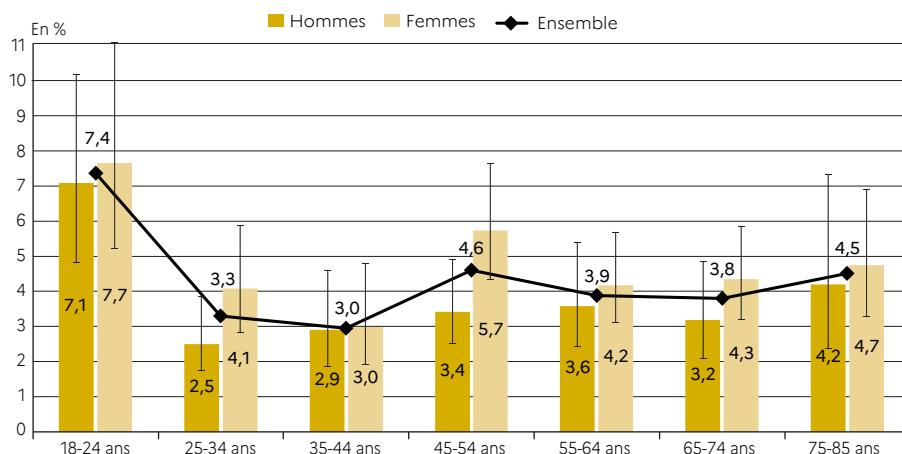
Cette fiche présente une estimation de la prévalence des pensées suicidaires déclarées en 2020 à partir de la question : « Au cours des douze derniers mois, avez-vous pensé à vous suicider ? » Elle présente également son évolution depuis 2010 parmi les personnes âgées de 18 à 75 ans, ainsi qu'une analyse des facteurs sociodémographiques associés. Une étude descriptive des motifs liés aux pensées suicidaires et du fait d'avoir parlé de ces dernières à quelqu'un complètent ces résultats. Quel que soit l'indicateur considéré, aucune différence significative n'a été observée entre les personnes interrogées avant le premier confinement et celles interrogées à la suite de celui-ci. Les analyses présentées portent donc sur la totalité de l'échantillon interrogé entre le 8 janvier et le 28 juillet 2020.

1. Données disponibles concernant les conduites suicidaires pour les années 2000, 2005, 2010, 2014, 2017, 2020.

Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à déclarer des pensées suicidaires

En 2020, 4,2 % des personnes âgées de 18 à 85 ans interrogées dans le cadre du Baromètre santé déclarent avoir eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois précédant leur interrogation. Les femmes (4,7 %) sont, en proportion, plus nombreuses que les hommes (3,6 %) dans ce cas. Cette différence selon le sexe est plus particulièrement marquée chez les personnes âgées de 25 à 34 ans et chez celles âgées de 45 à 54 ans (**graphique 1**). La prévalence varie également selon la classe d'âge, avec un pic chez les individus âgés de 18 à 24 ans (7,4 %), aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

Graphique 1 • Prévalence des pensées suicidaires déclarées par les 18-85 ans au cours des douze derniers mois, en 2020, selon le sexe et la classe d'âge



Note • Les bornes de l'intervalle de confiance à 95 % sont représentées par les barres verticales. La prévalence des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois chez les hommes de 18 à 24 ans a 95 % de probabilité de se situer entre 4,8 % et 10,2 %.

Lecture • 74 % des personnes âgées de 18 à 24 ans déclarent avoir pensé à se suicider au cours des douze mois précédant l'enquête (71 % des hommes et 77 % des femmes).

Champ • France métropolitaine, personnes âgées de 18 à 85 ans.

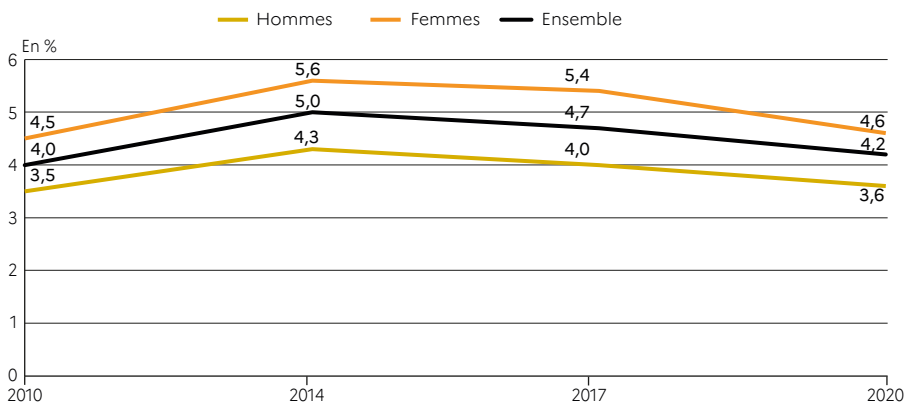
Source • Baromètre santé 2020 (Santé publique France).

La part de jeunes âgés de 18 à 24 ans déclarant des pensées suicidaires augmente fortement de 2014 à 2020

Entre l'édition 2010 et 2020 du Baromètre santé, la part de la population déclarant avoir pensé à se suicider au cours des douze mois précédant l'interrogation pour l'enquête est restée stable². Elle augmente entre 2010 et 2014 (passant de 4,0 % à 5,0 %), puis diminue jusqu'en 2020. Cette tendance concerne les hommes comme les femmes (**graphique 2**).

2. Pour que les résultats du Baromètre santé 2020 soient comparables aux précédentes éditions, les évolutions commentées portent sur les personnes âgées de 18 à 75 ans.

Graphique 2 • Évolution des pensées suicidaires déclarées par les 18-75 ans au cours des douze derniers mois, selon le sexe, de 2010 à 2020



Lecture • 3,5 % des hommes déclarent avoir pensé à se suicider au cours des douze mois précédant leur interrogation en 2010, 4,3 % en 2014, 4,0 % en 2017 et 3,6 % en 2020.

Champ • France métropolitaine, personnes âgées de 18 à 75 ans.

Source • Baromètre santé 2010, 2014, 2017, 2020 (Santé publique France).

La prévalence des pensées suicidaires diffère en revanche selon l'âge. Elle diminue globalement chez les personnes âgées de 25 ans ou plus entre 2014 et 2020. Au cours de la même période, le pourcentage de jeunes de 18 à 24 ans concernés augmente quant à lui de façon importante, passant de 3,3 % en 2014 à 7,4 % en 2020, avec une hausse plus marquée entre 2017 (5,0 %) et 2020³ (graphique 3).

Facteurs sociodémographiques associés aux pensées suicidaires

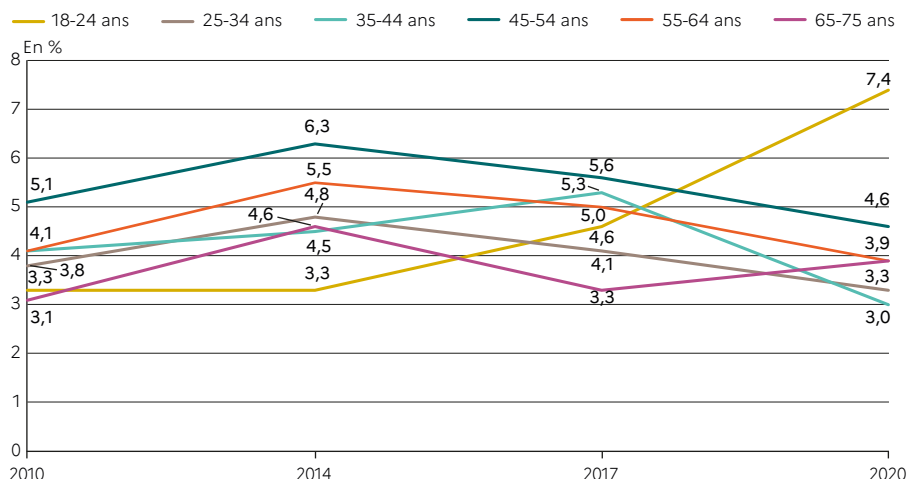
En 2020, indépendamment des autres variables analysées⁴, le fait de vivre dans un ménage d'une seule personne ou de vivre dans une famille monoparentale multiplie par trois chez les hommes et par deux chez les femmes le risque d'avoir eu des pensées suicidaires dans l'année, comparativement aux personnes vivant en couple avec un ou plusieurs enfants. Le fait de se déclarer dans une situation financière difficile triple le risque d'avoir eu des pensées suicidaires dans l'année pour les deux sexes par rapport aux personnes qui se déclarent à l'aise financièrement. Enfin, par rapport aux actifs occupés, les hommes inactifs⁵ sont trois fois plus concernés par les pensées suicidaires, tandis que les femmes en études ou au chômage le sont deux fois plus.

3. Plusieurs sources conduisent à des conclusions convergentes concernant la vulnérabilité accrue des jeunes adultes au cours de la pandémie : dans le présent rapport, voir les fiches 2 et 4 ainsi que la section 3 du dossier 1.

4. Deux régressions logistiques séparées ont été conduites pour les femmes et pour les hommes, avec les variables explicatives suivantes : la phase d'enquête (avant ou après confinement), l'âge, le niveau de diplôme, la situation matrimoniale, la situation professionnelle, la catégorie socioprofessionnelle, la situation financière perçue. Les odds ratio sont calculés à partir des estimations du modèle et sont donc ajustés sur l'ensemble des autres variables du modèle.

5. Au foyer, en congé longue maladie ou inaptes à travailler pour cause d'invalidité.

Graphique 3 • Évolution des pensées suicidaires déclarées par les 18-75 ans au cours des douze derniers mois, selon la classe d'âge, de 2010 à 2020



Lecture • 3,3 % des personnes âgées de 18 à 24 ans déclarent avoir pensé à se suicider au cours des douze mois précédant les enquêtes de 2010 et 2014, 5,0 % dans les douze mois précédant celle de 2017, et 7,4 % dans les douze mois précédant celle de 2020.

Champ • France métropolitaine, personnes âgées de 18 à 75 ans.

Source • Baromètre santé 2010, 2014, 2017, 2020 (Santé publique France).

Les raisons familiales constituent le premier motif de suicide, notamment chez les femmes

En 2020, parmi les personnes âgées de 18 à 85 ans ayant déclaré des pensées suicidaires au cours de l'année, 42,0 % évoquent une raison familiale, 29,0 % un problème de santé, 26,1 % une raison professionnelle, 26,1 % une raison sentimentale et 19,1 % une raison financière⁶. La survenue de pensées suicidaires chez les femmes est davantage associée à des raisons familiales que chez les hommes (48,3 % contre 33,3 %). Pour les autres raisons citées, aucune différence n'a été observée entre les hommes et les femmes.

Les personnes âgées de 25 à 44 ans donnent davantage des raisons sentimentales à leurs pensées suicidaires que les autres classes d'âge (39,8 % contre 21,8 %), tandis que celles qui sont âgées de 75 à 85 ans évoquent plus souvent des raisons de santé (44,9 % contre 27,4 %).

Dans l'ensemble, les motifs liés aux pensées suicidaires dans l'année n'ont pas connu d'évolution significative depuis 2017⁷.

⁶ Les personnes interrogées pouvaient déclarer plusieurs motifs différents.

⁷ Les motifs liés aux pensées suicidaires tels qu'ils sont présentés n'ont été proposés dans l'enquête qu'à partir de 2017.

Recours à une personne pour en parler

Parmi les personnes concernées par des pensées suicidaires dans l'année, 64,0 % déclarent en avoir parlé à quelqu'un, sans différence significative selon le genre et l'âge. Dans la majorité des cas, elles se sont adressées à un professionnel de santé (70,1 %), et dans une moindre mesure à un ami (39,9 %) ou à un membre de la famille (38,2 %), sans différence significative entre les hommes et les femmes. Les personnes âgées de 45 à 54 ans ont davantage eu recours à un professionnel de santé (82,7 % contre 66,7 % pour le reste de la population concernée), tandis que les individus âgés de 18 à 24 ans sont proportionnellement plus nombreux que leurs aînés à en avoir parlé à un ami (64,1 % contre 34,2 % pour les plus âgés concernés).

Le pourcentage de personnes déclarant avoir parlé de leurs pensées suicidaires a nettement augmenté entre 2017 et 2020 chez les personnes âgées de 18 à 75 ans, passant de 47,3 % à 66,2 % en 2020 alors qu'il était resté stable entre 2010 et 2017 (environ 50 %). Cette hausse est observée pour les deux sexes et parmi les personnes de 25 ans ou plus et concerne principalement le fait de parler de ses pensées suicidaires à un professionnel de santé⁸ (54,0 % en 2017, contre 70,6 % en 2020).

Synthèse et limites

Selon le Baromètre santé 2020, 4,2 % des personnes âgées de 18 à 85 ans déclarent avoir pensé à se suicider au cours des douze mois précédant leur interrogation. Proportionnellement, les femmes sont plus nombreuses dans cette situation que les hommes. La proportion de personnes âgées de 18 à 75 ans concernées par des pensées suicidaires est comparable à celui qui était observé en 2017. Cependant, la part des jeunes adultes (18-24 ans) rapportant des pensées suicidaires augmente de près de 3 points par rapport à 2017. Cette proportion a par ailleurs plus que doublé en six ans, passant de 3,3 % en 2014 à 7,4 % en 2020, alors que la tendance était globalement à la baisse chez les personnes âgées de 25 ans ou plus entre 2014 et 2020.

La part des personnes ayant eu des pensées suicidaires qui déclarent en avoir parlé à quelqu'un a nettement augmenté depuis 2017 chez les personnes âgées de 18 à 75 ans. Entre 2017 et 2020, les plus de 25 ans sont par ailleurs de plus en plus nombreux à en avoir parlé à un professionnel de santé.

Être seul, avec ou sans enfant à domicile, en situation financière difficile ou confronté à une précarité d'emploi sont des facteurs associés aux pensées suicidaires.

8. La question concernant la personne à qui ils en ont parlé n'a été posée qu'à partir de 2017.

Les résultats du Baromètre santé attestent d'un niveau élevé de pensées suicidaires déclarées au cours de l'année, avec une prévalence plus élevée que celle observée dans l'enquête EpiCov (4,2 % contre 2,8 %) [fiche 6] mais nettement inférieure à celle observée dans l'enquête CoviPrev (9,2 %) [fiche 8]. Ces écarts peuvent provenir de différences dans les méthodes d'enquête employées. Cependant, toutes convergent pour indiquer une prévalence élevée et en progression des pensées suicidaires chez les jeunes adultes.

Les données du Baromètre santé sont issues d'un échantillon de taille importante, constitué de manière aléatoire, en suivant un protocole d'appels destiné à maximiser les chances de chaque individu d'être joint au téléphone et interrogé (utilisation du téléphone portable, insistance des appels, argumentation des enquêteurs). Ce protocole permet d'assurer une bonne représentativité des comportements les plus à risque, et notamment des conduites suicidaires.

Certaines limites de l'enquête doivent néanmoins être considérées. Tout d'abord, celle-ci n'interroge pas la population des adolescents (moins de 18 ans), très concernée par les tentatives de suicide (notamment les jeunes filles)⁹. Ensuite, les questions abordant la thématique du suicide impliquent, pour les personnes enquêtées, un effort de remémoration d'événements potentiellement anciens, douloureux ou embarrassants. Cela peut générer des biais de mémorisation (repenser à des souvenirs occultés) ou de désirabilité sociale (se présenter sous un jour plus favorable à l'enquêteur), dont l'intensité peut varier en fonction des caractéristiques sociales et psychologiques des enquêtés. Ces biais peuvent entraîner une sous-déclaration des pensées suicidaires. Cependant, ils sont constants d'une vague d'enquête à l'autre, ce qui permet d'effectuer des comparaisons temporelles. Enfin, ils ne sont pas spécifiques au Baromètre santé et concernent également, par exemple, les enquêtes EpiCov et CoviPrev (fiches 5 et 8).

Les différences de prévalences observées entre le Baromètre santé et ces autres enquêtes aléatoires mériteraient d'être davantage investiguées. Notamment, des études sur l'effet de mesure lié à la méthode de collecte – multimodale dans EpiCov (téléphone et internet) – pourraient être conduites. En outre, des comparaisons sur les différents profils socio-démographiques des répondants pourraient être menées, afin d'identifier si les écarts observés concernent l'ensemble ou seulement certains segments de la population au sein des échantillons interrogés.

Si le Baromètre santé 2020 a été suspendu lors du premier confinement de mars (aucune interview n'a pu être réalisée entre mi-mars et juin 2020), cette interruption ne semble pas avoir eu d'impact sur les indicateurs liés aux pensées suicidaires. En effet, aucune différence significative n'a été observée sur ce sujet avant et après le confinement. En outre, les

⁹ Dans le présent rapport, voir la section 4.1 du dossier 1.

analyses multivariées réalisées pour identifier les facteurs associés aux pensées suicidaires ont intégré dans leurs modèles la phase d'enquête comme facteur d'ajustement¹⁰.

Référence bibliographique

- **Soullier, N., Richard, J.-B., Gautier, A.** (2021). Baromètre de Santé publique France 2020. Méthode. Santé publique France, *Études et enquêtes*.

¹⁰. Les deux phases de l'enquête du Baromètre santé 2020 se sont déroulées hors périodes de confinement, ce qui peut expliquer cette absence de différence. D'autres sources semblent indiquer que les prévalences de pensées suicidaires ont diminué pendant les épisodes de confinements (fiche 5).

Prévalence et évolution des pensées suicidaires en France métropolitaine en 2021 – Résultats de l'enquête CoviPrev de Santé publique France

Christophe Léon et Enguerrand du Roscoät (Santé publique France)

Contexte

Le 23 mars 2020, Santé publique France lance l'enquête CoviPrev, en collaboration avec l'institut de sondage BVA. Menée en population générale, celle-ci a notamment pour objectif de suivre l'évolution des comportements de prévention et de la santé mentale des individus âgés de 18 ans ou plus dans le contexte de l'épidémie de Covid-19.

Le caractère non probabiliste de cette enquête et la composition du panel interrogé ne permettent pas de se prononcer sur la qualité des prévalences obtenues. La généralisation de ces dernières à l'ensemble de la population française doit donc se faire avec précaution. Ce type d'enquête permet en effet d'observer des tendances, non d'estimer le niveau des pensées suicidaires en population générale et par sous-population. Celui-ci est ici surestimé par rapport à l'enquête Epicov (fiche 6) et au Baromètre santé (fiche 7), qui font référence.

Des échantillons représentatifs de 2 000 personnes résidant en France métropolitaine ont été interrogés par téléphone, par vagues successives. Les répondants ont été recrutés par l'institut de sondage BVA au sein d'un panel d'internautes. La construction des échantillons a été réalisée selon la méthode des quotas (sexe, âge, région, catégorie socioprofessionnelle et taille d'agglomération). Pour améliorer la représentativité de ces échantillons, les données ont été redressées sur les variables de quotas selon le recensement général de la population de 2016 de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee).

Cette fiche présente une estimation de la prévalence déclarée des pensées suicidaires à partir de la question : « Au cours des douze derniers mois, avez-vous pensé à vous suicider ? », ainsi que son évolution entre février 2021 et janvier 2022. L'enquête s'est déroulée en onze vagues, regroupées en trois périodes :

- Première période : du 15 février au 19 mai 2021.
- Deuxième période : du 21 juin au 7 septembre 2021.
- Troisième période : du 28 septembre 2021 au 18 janvier 2022.

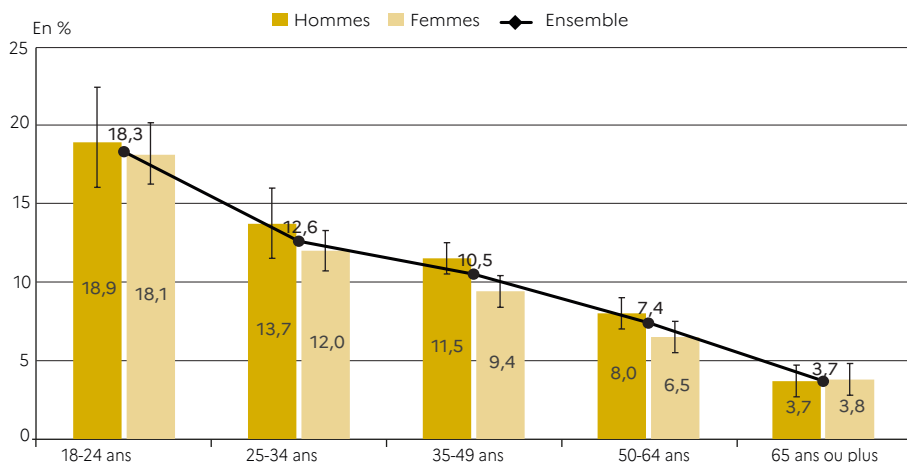
Ces trois périodes aboutissent à un échantillon total de 22 008 répondants. Les résultats présentés dans cette fiche sont complétés par une analyse des facteurs associés à la survenue des pensées suicidaires déclarées.

Prévalences et évolutions

Entre février 2021 et janvier 2022, 9,2 % des personnes interrogées dans le cadre de l'enquête CoviPrev déclarent avoir eu des pensées suicidaires au cours des douze mois précédant leur interrogation, sans différence statistiquement significative entre les hommes et les femmes. Par ailleurs, quel que soit le sexe, la prévalence des pensées suicidaires diminue progressivement avec l'avancée en âge, passant de 18,3 % chez les personnes âgées de 18 à 24 ans à 3,7 % chez celles âgées de 65 ans ou plus (**graphique 1**).

La prévalence des pensées suicidaires reste globalement stable entre février 2021 et janvier 2022, tous âges et sexes confondus. Les analyses selon le sexe des répondants confirment l'absence d'évolution significative, chez les hommes, tout au long de la période considérée. Chez les femmes, il semblerait que la prévalence des pensées suicidaires, augmente légèrement et passe de 8,5 % en début d'année 2021 (pendant la première période

Graphique 1 • Prévalence déclarée des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois, selon le sexe et la classe d'âge, de février 2021 à janvier 2022



Note • Les bornes de l'intervalle de confiance (IC) à 95 % sont représentées par les barres verticales. La prévalence des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois chez les hommes de 18 à 24 ans interrogés pour l'enquête CoviPrev a une probabilité de 95 % de se situer entre 15,8 % et 22,4 %.

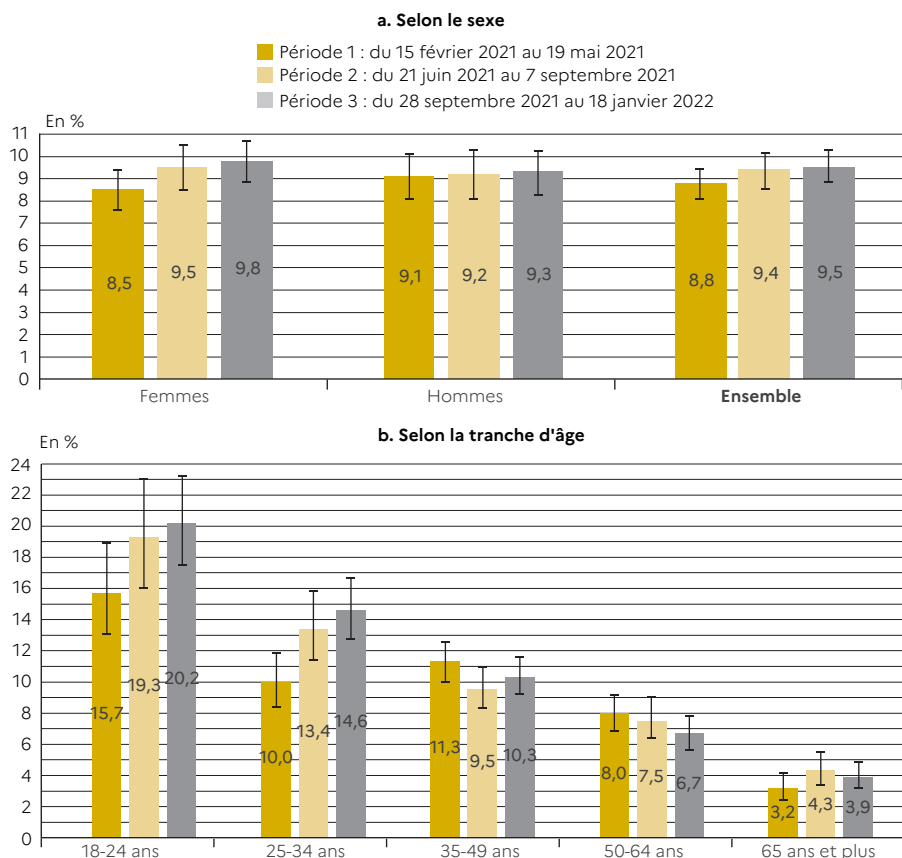
Lecture • 18,3 % des personnes âgées de 18 à 24 ans ayant répondu à l'enquête CoviPrev déclarent avoir pensé à se suicider au cours des douze mois précédant l'enquête (18,9 % des hommes et 18,1 % des femmes).

Champ • France métropolitaine, personnes âgées de 18 ans ou plus.

Source • Enquête CoviPrev, février 2021-janvier 2022.

de l'enquête) à 9,8 % en fin d'année 2021 et au début de 2022 (pendant la troisième période) [graphique 2].

Graphique 2 • Évolution des pensées suicidaires déclarées au cours des douze derniers mois selon le sexe et la classe d'âge de février 2021 à janvier 2022



Note - Les bornes de l'intervalle de confiance (IC) à 95 % sont représentées par les barres verticales. La prévalence des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois chez les personnes âgées de 18 à 24 ans interrogées pour l'enquête CoviPrev a une probabilité de 95 % de se situer entre 13,0 % et 18,9 %.

Lecture - 9,1 % des hommes ayant répondu à l'enquête CoviPrev déclarent avoir pensé à se suicider au cours des douze derniers mois précédant la période 1 (15 février-19 mai 2021), 9,2 % en période 2 (21 juin-7 septembre 2021) et 10,3 % en période 3 (28 septembre-18 janvier 2022).

Champ - France métropolitaine, personnes âgées de 18 ans ou plus.

Source - Enquête CoviPrev, février 2021-janvier 2022.

Le détail des analyses par tranche d'âge montre également une hausse des pensées suicidaires chez les 25-34 ans entre février 2021 et janvier 2022. Leur prévalence passe en effet

de 10,0 % à 14,6 % entre les première et troisième périodes de l'enquête¹. Pour les autres classes d'âge, elle reste stable sur la même période² (graphique 2).

Facteurs associés aux pensées suicidaires

Les personnes ayant déclaré des problèmes de sommeil au cours des huit jours précédant leur interrogation pour l'enquête CoviPrev ou ayant présenté des symptômes dépressifs ont deux fois plus de risque d'avoir eu des pensées suicidaires dans l'année. Ce risque est multiplié par trois pour les individus présentant des symptômes d'un état anxieux ou des antécédents de trouble psychologique, indépendamment des autres variables analysées³.

Après contrôle des états anxieux et dépressifs, des problèmes de sommeil, des antécédents de trouble psychologique et indépendamment des autres variables analysées, les facteurs favorisant la déclaration de pensées suicidaires au cours des douze mois précédant l'enquête sont les suivants : être de sexe masculin, avoir entre 18 et 24 ans, vivre dans un logement surpeuplé ou de petite taille, vivre seul, percevoir sa situation financière comme très difficile, avoir eu des symptômes du Covid-19 ou présenter un risque de forme grave de la maladie.

Synthèse et limites

CoviPrev est la seule enquête en population générale menée en France métropolitaine ayant permis d'effectuer un suivi fin et régulier de l'évolution de la santé mentale de la population générale adulte depuis le début de la pandémie de Covid-19. En moyenne, de février 2021 à janvier 2022, 9,2 % des adultes âgés de 18 ans ou plus déclarent avoir pensé à se suicider au cours de l'année. Si la prévalence des pensées suicidaires est restée globalement stable pendant cette période, des hausses ont cependant été observées chez les femmes et les individus âgés de 18 à 34 ans.

1. Une tendance à la hausse est également observée chez les personnes âgées de 18 à 24 ans, mais sans pouvoir être considérée statistiquement robuste en raison de la taille de l'échantillon considéré.

2. Les résultats obtenus suggèrent une diminution de la prévalence des pensées suicidaires entre la première et la troisième période de l'enquête chez les personnes âgées de 50 à 64 ans, mais la taille de l'échantillon ne permet pas de s'assurer de la robustesse statistique de la tendance observée.

3. Une régression logistique ajustée sur la vague d'enquête, le sexe, la classe d'âge et la catégorie socioprofessionnelle a été conduite pour l'analyse des facteurs associés aux pensées suicidaires, avec comme variables explicatives des caractéristiques sociodémographiques (situation financière perçue, vivre seul, situation professionnelle, diplôme, être parent d'au moins un enfant de moins de 16 ans), des variables liées à la santé mentale (antécédents de trouble psychologique survenus pendant au moins six mois durant la vie, états anxieux ou dépressif selon un score supérieur à 10 sur l'échelle *Hospital Anxiety and Depression scale* (HAD)), problèmes de sommeil survenus au cours des huit derniers jours), et d'autres liées aux conditions de vie (promiscuité dans le logement, soutien social) et à l'exposition au Covid-19 (avoir eu des symptômes de la maladie, présenter le risque d'en développer une forme grave). Dans le modèle de régression final, seules les variables ayant montré un lien significatif avec les pensées suicidaires dans les régressions logistiques ont été retenues (test de Wald au seuil de 5 %).

Les symptomatologies anxieuses et dépressives ainsi que les antécédents de trouble psychologique sont les facteurs les plus fortement associés à la survenue de pensées suicidaires au cours des douze mois précédant l'enquête. Indépendamment de ces manifestations, les pensées suicidaires sont également significativement associées aux conditions de vie pendant l'épidémie (promiscuité dans le logement, précarité financière, isolement) et à l'exposition au Covid-19 (avoir eu des symptômes et présenter des facteurs de risque d'une forme sévère).

Les résultats de l'enquête CoviPrev témoignent d'un niveau élevé de pensées suicidaires déclarées au cours de l'année 2021, en particulier chez les jeunes. Ils confirment l'impact des conditions de vie et de l'épidémie de Covid-19 sur la santé mentale de la population.

La prévalence des pensées suicidaires déclarée en 2021 dans l'enquête CoviPrev est nettement supérieure à celle observée pour 2020 dans le Baromètre santé réalisé par Santé publique France (4,2 %) [fiche 7] et dans l'enquête EpiCov (2,8 %) [fiche 6]. Ces deux enquêtes utilisent une méthode d'échantillonnage aléatoire (tirage au sort des répondants), qui assure une meilleure représentativité des répondants que l'enquête CoviPrev, dont l'échantillon est construit par quotas à partir d'un panel d'internautes. Les différences de méthodes d'échantillonnage tendraient à favoriser l'estimation des prévalences issues des données des Baromètres santé et de l'enquête EpiCov.

Les écarts observés pourraient également être liés au mode de passation du questionnaire, ainsi qu'à la période de récolte des données. Le questionnaire du Baromètre santé, ainsi qu'une partie des questionnaires de l'enquête EpiCov, sont administrés par téléphone. Cela peut générer des biais de présentation de soi ou de désirabilité sociale susceptibles de contribuer à une sous-déclaration des pensées suicidaires. Une analyse de l'effet de mesure lié à la méthode de collecte pourrait confirmer cette interprétation des différences observées en fonction des sources de données.

Bien que des écarts de prévalence importants aient été observés entre les données de l'enquête CoviPrev et celles du Baromètre santé ou d'EpiCov, les résultats issus de toutes les sources disponibles convergent pour indiquer une forte proportion d'idées suicidaires parmi les plus jeunes.

Détresse psychologique et syndromes dépressifs en population générale française au cours du premier confinement consécutif à la pandémie de Covid-19

Coralie Gandré (Institut de recherche et documentation en économie de la santé¹)

Contexte

La progression de la pandémie de Covid-19 dans le monde à partir du premier trimestre de l'année 2020 n'a pas épargné la France, dont la stratégie initiale de lutte contre la pandémie a fortement reposé sur un confinement généralisé à domicile entre mars et mai 2020. Ce confinement a constitué un isolement d'une durée inédite et dans un fort contexte d'incertitude qui a fait craindre une dégradation importante de la santé mentale des Français.

En effet, au début de l'année 2020, une revue de littérature a mis en évidence, lors de précédentes crises sanitaires (épidémies d'Ébola ou de SRAS), une association significative entre la survenue d'une détresse psychologique et un isolement imposé. Ce dernier avait alors uniquement concerné les individus infectés ou en contact avec des personnes malades. Cette détresse psychologique augmentait avec la durée de l'isolement et avec la circulation d'informations fluctuantes sur la situation sanitaire (Brooks, *et al.*, 2020).

Dans ce contexte, il convenait de documenter avec précision l'impact sur l'état de santé mentale des Français d'un confinement cette fois généralisé, ne se limitant pas uniquement aux individus malades ou aux cas contacts. L'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) a ainsi développé la recherche *Coronavirus containment policies and impact on the population's mental health* (Coclico), qui répond à un double objectif. Premièrement, elle a pour but d'évaluer, auprès d'un échantillon représentatif

1. La liste des membres de l'Irdes ayant participé à la recherche Coclico est disponible ici : <https://www.irdes.fr/coclico>

de la population générale, la survenue d'une détresse psychologique au cours du premier confinement, les principaux facteurs y étant potentiellement associés (vulnérabilités en matière de santé, de conditions sociales ou économiques, préexistantes ou induites par la crise sanitaire), et son évolution à la levée du confinement. Dans un second temps, elle vise à documenter la prévalence des syndromes dépressifs pendant le premier confinement par rapport à des données antérieures à la pandémie, mesurées sur les mêmes individus (**encadré**).

Encadré – Méthodologie de la recherche Coclico

La recherche *Coronavirus containment policies and impact on the population's mental health* (Coclico) repose sur la diffusion, en France métropolitaine, d'une enquête internet menée en population générale lors de la première vague de la pandémie de Covid-19. L'échantillon mobilisé, constitué de 20 960 personnes âgées de 18 ans ou plus, est le même que celui qui a été sollicité pour répondre à l'enquête de santé européenne (*European Health Interview Survey [EHIS]*), menée en 2019 par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) avec la participation de l'Irdes. Cela permet un suivi longitudinal des mêmes individus, ce qui est l'une des forces de la recherche Coclico.

La base de sondage de cette enquête est représentative de la population des personnes vivant en ménage ordinaire en France métropolitaine, ce qui rend possible l'obtention de données de prévalence fiables pour l'ensemble de cette population. Afin de tenir compte de la non-réponse, la pondération de la population des répondants à l'enquête Coclico reprend les poids de sondage de l'échantillon de l'enquête EHIS et les corrige par un calage sur marges, qui permet de reproduire les distributions de la population générale par âge, sexe et niveau d'études.

Mesure de la survenue d'une détresse psychologique

Les résultats relatifs à la survenue d'une détresse psychologique sont issus de la diffusion du questionnaire d'enquête au début du premier confinement (du 3 au 14 avril 2020) et à la levée de ce confinement (du 22 au 30 juin 2020). L'instrument de mesure mobilisé pour estimer la survenue d'une détresse psychologique est le *General Health Questionnaire* à 12 items (GHQ-12), dont l'utilisation en population générale a été validée dans la littérature internationale (Lundin, *et al.*, 2016). Celui-ci permet d'évaluer l'évolution du ressenti du répondant par rapport à son état habituel (ici, avant le confinement) en s'appuyant sur l'identification de difficultés fonctionnelles récentes et sur l'apparition de signes d'alerte (problèmes de concentration ou de sommeil, stress, satisfaction vis-à-vis des activités quotidiennes, capacité à faire face à ses problèmes, par exemple). Quatre items de réponse sont proposés pour chaque question, soit formulés positivement (pas du tout, pas plus

que d'habitude, un peu plus que d'habitude, beaucoup plus que d'habitude), soit négativement (plus que d'habitude, comme d'habitude, un peu moins que d'habitude, beaucoup moins que d'habitude).

Plusieurs méthodes sont disponibles afin d'obtenir une cotation et d'interpréter le score global généré. Pour cette enquête, la méthode standard (la plus courante, avec items dichotomisés [0-0-1-1]) a été choisie, ainsi que les seuils les plus fréquemment utilisés avec cette méthode de cotation : un score global de 0 à 3 indique l'absence de survenue d'une détresse psychologique, un score de 4 ou plus indique la survenue de ce trouble, un score compris entre 8 et 12 en traduit un niveau sévère. Les facteurs associés à la survenue d'une détresse psychologique ont ensuite été identifiés par une régression logistique après contrôle préalable des corrélations entre les variables explicatives sélectionnées (Gandré, *et al.*, 2020).

Mesure des syndromes dépressifs

Les résultats relatifs à la prévalence des syndromes dépressifs sont issus de la mesure effectuée du 27 avril au 6 mai 2020. Ils s'appuient sur l'échelle de dépression à huit items du *Patient Health Questionnaire* (PHQ-8), également validée en population générale pour le dépistage de l'épisode dépressif caractérisé (Kroenke, *et al.*, 2009). Les questions qui le composent portent sur l'existence et l'intensité de symptômes évocateurs d'un épisode dépressif recensés au cours des deux semaines précédant la passation du questionnaire (manque d'intérêt ou de plaisir à faire les choses, tristesse, faible estime de soi, difficultés à bouger ou à parler, par exemple). Le répondant présente un syndrome dépressif s'il déclare avoir ressenti, pendant plus de la moitié des jours étudiés, au moins deux des symptômes investigués, dont l'un des deux symptômes marqueurs : tristesse ou perte d'intérêt.

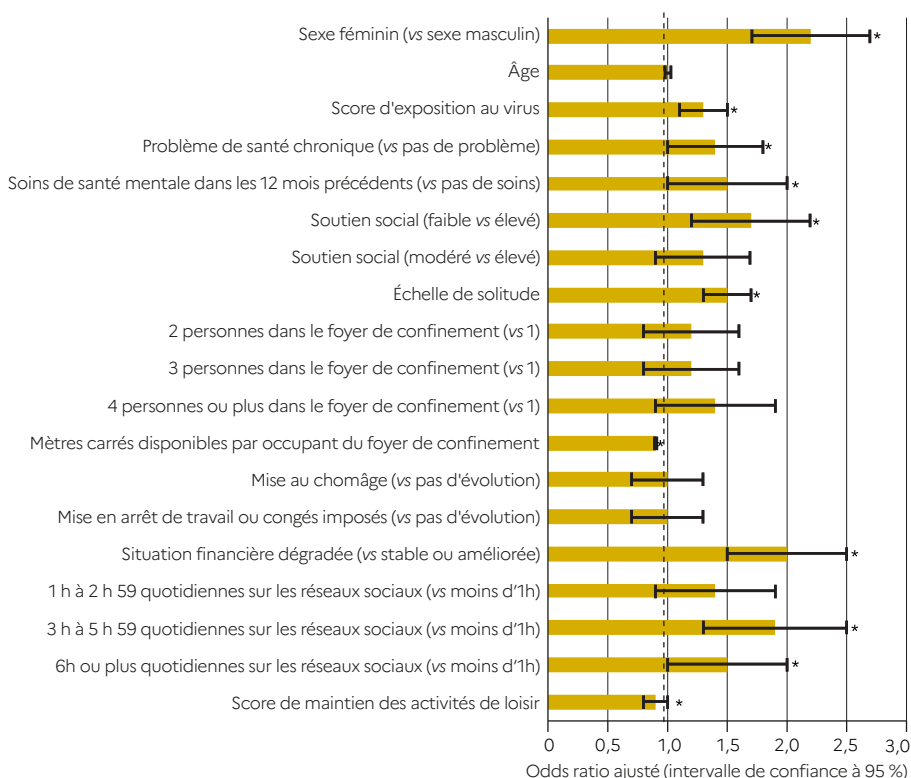
La survenue de détresse psychologique est fortement associée aux conditions et aux conséquences des mesures de confinement

Les résultats de la première vague d'enquête de la recherche Coclico, diffusée entre le 3 et le 14 avril 2020, soit au cœur du premier confinement généralisé, montrent la survenue d'une détresse psychologique chez un tiers (33 %) des répondants, d'intensité sévère pour 12 % d'entre eux. Le fait d'être plus fortement exposé au Covid-19² est associé à un risque plus élevé de survenue de détresse psychologique toutes choses égales par ailleurs (**graphique 1**). Néanmoins, les conditions et conséquences du confinement semblent en réalité avoir joué le rôle le plus marqué. Certains segments de la population particulièrement exposés à ce type de trouble au cours du confinement ont ainsi été identifiés. Il s'agit des femmes, des personnes vivant avec une maladie chronique, de celles bénéficiant d'un

2. L'intensité de l'exposition au Covid-19 est quantifiée par une mesure continue tenant compte de la présence d'une infection au virus confirmée par un test ou un diagnostic médical, de symptômes évocateurs de l'infection et d'une activité professionnelle exposante du répondant ou d'un proche.

faible soutien social, confinées dans des logements suroccupés, dont la situation financière s'est dégradée à la suite du déclenchement de la crise sanitaire et enfin, de celles qui ont passé un temps quotidien élevé sur les réseaux sociaux au cours du confinement. Un fort usage de ces réseaux pourrait notamment avoir un impact négatif *via* l'accès à un grand nombre d'informations potentiellement anxiogènes relatives à la pandémie (Gandré, *et al.*, 2020).

Graphique 1 • Facteurs associés à la survenue de détresse psychologique au cours du premier confinement généralisé



* Résultat statistiquement significatif au seuil de 0,05.

Note • L'intégralité des variables explicatives introduites dans la modélisation sont présentées.

Lecture • L'odds ratio ajusté traduit l'importance de l'association entre la survenue de détresse psychologique et chaque facteur considéré après ajustement sur les autres facteurs susceptibles d'être associés à cette détresse. Un odds ratio égal à 1 (ou dont l'intervalle de confiance inclut 1) traduit l'absence d'association entre le facteur considéré et la survenue d'une détresse psychologique. Un odds ratio supérieur à 1 (et dont l'intervalle de confiance n'inclut pas 1) signale une association entre le facteur considéré et une augmentation du risque de survenue de détresse psychologique. Un odds ratio inférieur à 1 (et dont l'intervalle de confiance n'inclut pas 1) signale une association entre le facteur considéré et une diminution du risque de survenue de détresse psychologique. Plus l'odds ratio est éloigné de 1, plus la force de l'association est importante.

Champ • Personnes majeures résidant en ménage en France métropolitaine ayant rempli le GHQ-12 dans la première vague de l'enquête Coclico (du 3 au 14 avril 2020).

Source • Enquête Coclico.

À l'issue de la levée du premier confinement généralisé en juin 2020, la prévalence de la détresse psychologique ne concernait plus que 22 % de la population générale française. Ce chiffre cache néanmoins une variabilité dans les situations personnelles. Ainsi, si le niveau de détresse psychologique individuel s'améliore pour 50 % des répondants (score au GHQ-12 plus faible lors du déconfinement que pendant le confinement), 29 % des individus conservent un niveau de détresse psychologique stable (même score au GHQ-12 au cours et décours du confinement) et 21 % font face à une dégradation de leur niveau de détresse psychologique (augmentation du score au GHQ-12 lors du déconfinement). Néanmoins, l'interprétation du score au questionnaire GHQ-12 dans une approche longitudinale doit être faite avec prudence (Benítez, *et al.*, 2019).

La prévalence des symptômes dépressifs a augmenté par rapport à des données mesurées sur les mêmes individus peu de temps avant la pandémie

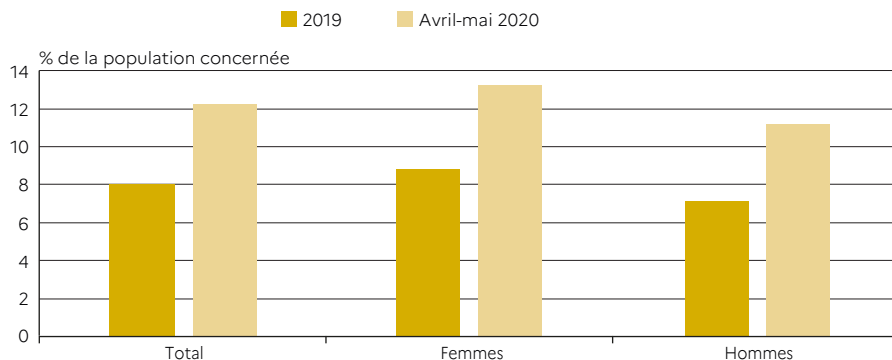
La prévalence des syndromes dépressifs au cours du premier confinement généralisé constitue également un signal d'alerte quant aux conséquences de la crise sanitaire sur la santé mentale des Français. En effet, parmi les individus ayant répondu aux questions de l'enquête EHIS en 2019 et à celles de l'enquête Coclico entre fin avril et début mai 2020, 12 % ont présenté des syndromes dépressifs au cours du confinement contre 8 % en 2019 (**graphique 2**).

Synthèse

Les résultats de la recherche Coclico mettent en évidence, sur la base d'un faisceau d'indices convergents, une dégradation de la santé mentale de la population générale française au cours du premier confinement généralisé du printemps 2020. Cette dégradation est ainsi perceptible tant dans la survenue d'une détresse psychologique, qui a concerné un tiers des répondants, que dans l'augmentation des syndromes dépressifs par rapport à 2019, avant la crise sanitaire. Si la survenue d'une détresse psychologique est significativement associée à une plus forte exposition au virus (infection avérée ou possible, activité professionnelle à risque, etc.), les conditions du confinement (en particulier l'isolement social ou la suroccupation du logement) et ses conséquences (notamment une dégradation de la situation financière ou une surconsommation de réseaux sociaux) jouent un rôle important. Le constat d'une diminution de la prévalence de la détresse psychologique à la suite de la levée du confinement du printemps 2020 en population générale française va dans le même sens.

Bien que la recherche Coclico n'inclue pas de données spécifiques sur les idées ou les conduites suicidaires, elle fournit ainsi des signaux d'alerte quant aux conséquences des mesures de confinement généralisé sur les comportements suicidaires. En effet, la probabilité de ce type de comportements augmente significativement avec la présence

Graphique 2 • Prévalence des syndromes dépressifs au cours du premier confinement généralisé en comparaison avec l'année 2019



Note • La prévalence des syndromes dépressifs est évaluée en mobilisant l'échelle de dépression à huit items du *Patient Health Questionnaire* (PHQ-8). Le poids de sondage de l'échantillon de l'enquête EHIS est corrigé par un calage sur marges reproduisant les distributions de la population générale sur l'âge, le sexe et le niveau d'études.

Lecture • Les syndromes dépressifs dans la population de 18 ans ou plus résidant en ménage en France métropolitaine concernent 8,0 % de cette population en 2019, contre 12,3 % en 2020. Les données par sexe soulignent que cette évolution est observée à la fois chez les hommes et les femmes.

Champ • Personnes majeures résidant en ménage en France métropolitaine ayant rempli le PHQ-8 dans l'enquête EHIS 2019 et dans la seconde vague de l'enquête Coclico (du 27 avril au 6 mai 2020).

Source • Enquête Coclico.

d'une détresse psychologique ou de syndromes dépressifs, en particulier lorsque ces deux troubles ne sont pas diagnostiqués et pris en charge (Ribeiro, *et al.*, 2018). Ainsi, nos résultats appellent au renforcement du dépistage et de la prise en charge de la dégradation de la santé mentale des Français dans un contexte de pandémie associé à des mesures de confinement impactant fortement les conditions de vie des individus. Ils soutiennent également le développement de recherches complémentaires visant à documenter leurs effets psychiques à plus long terme, notamment sur les comportements suicidaires.

Références bibliographiques

- **Benítez, I., Adams, B. G., He, J.** (2019, octobre). An integrated approach to bias in a longitudinal survey in the United Kingdom: assessing construct, method, and item bias in the General Health Questionnaire (GHQ-12). *Assessment*, 26(7), p. 1194-1206.
- **Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, et al.** (2020, février). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), p. 912-920.
- **Gandré, C., Coldefy, M., Rochereau, T.** (2020, juin). Les inégalités face au risque de détresse psychologique pendant le confinement. Premiers résultats de l'enquête Coclico du 3 au 14 avril 2020. *Questions d'économie de la santé*, 249.
- **Kroenke, K., Strine, T. W., Spitzer, R. L., et al.** (2009, avril). The PHQ-8 as a measure of current depression in the general population. *Journal of Affective Disorders*, 114(1-3), p. 163-173.

- **Lundin, A., Hallgren, M., Theobald, H., et al.** (2016, juillet). Validity of the 12-item version of the General Health Questionnaire in detecting depression in the general population. *Public Health*, 136, p. 66-74.
- **Ribeiro, J. D., Huang, X., Fox, K. R., et al.** (2018, mars). Depression and hopelessness as risk factors for suicide ideation, attempts and death: meta-analysis of longitudinal studies. *The British Journal of Psychiatry*, 212(5), p. 279-286.

Idées suicidaires chez les étudiants universitaires au cours de la pandémie de Covid-19 – Résultats de l'enquête Cosame

Marielle Wathelet, Guillaume Vaiva et Fabien D'Hondt (CHU de Lille)

Contexte

La pandémie de Covid-19 et les mesures sanitaires associées ont rapidement suscité des inquiétudes quant à leurs conséquences sur la santé mentale des populations. Dès février 2020, une revue de littérature sur le sujet indique que, d'après les expériences des épidémies précédentes, les mesures de confinement peuvent effectivement avoir des effets psychologiques négatifs sur les personnes concernées, et que les jeunes adultes (16-24 ans) constituent un groupe à risque (Brooks, *et al.*, 2020). Parmi eux, les étudiants font l'objet d'une attention particulière, en raison de leur vulnérabilité bien connue aux troubles de santé mentale. Dès le début de la pandémie, une étude chinoise rapporte que, comparés aux adultes plus âgés, les étudiants étaient plus à risque de présenter des troubles tels que des symptômes de stress, d'anxiété et de dépression (Wang, *et al.*, 2020). C'est dans ce contexte que l'enquête Cosame a été initiée. Il s'agit de la première enquête nationale dédiée aux étudiants, mise en œuvre afin de mesurer la prévalence des troubles de santé mentale au sein de cette population, ainsi que leur évolution au cours de la pandémie (**encadré 1**). L'enquête s'est déroulée en trois vagues et les données des deux premières périodes de mesure ont été analysées (**encadrés 1 et 2**). Cette fiche présente les principaux résultats relatifs aux idées suicidaires.

Résultats de la première vague de l'enquête (17 avril-4 mai 2020)

Prévalence des idées suicidaires pendant le premier confinement

Lors de la première vague de l'enquête, l'échantillon était composé de 69 054 étudiants ayant répondu à l'ensemble des questions relatives aux troubles étudiés (anxiété, dépression, stress, détresse et idées suicidaires). Près d'un étudiant sur deux (42,8 %) rapporte alors au moins l'un de ces troubles (**tableau 1**).

Encadré 1 – L'enquête Conséquences de la pandémie sur la santé mentale des étudiants universitaires (Cosame)

Déroulement de l'enquête

L'enquête Cosame est une étude transversale répétée initiée par le Centre national de ressources et résilience (CN2R). Elle s'est déroulée en trois vagues :

- du 17 avril au 4 mai 2020 (lors du premier confinement) ;
- du 15 juin au 15 juillet 2020 ;
- du 15 juillet 2020 au 30 août 2021 (hors contexte de confinement ou de couvre-feu généralisé).

Au total, 96 861 étudiants inscrits à l'université ont participé au premier temps de l'enquête, 28 120 au deuxième et 55 457 au troisième. Un questionnaire en ligne, hébergé par le fonds Recherche et Innovation de la Fédération hospitalière de France, a permis de collecter les données nécessaires à l'enquête. À la demande du ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, l'ensemble des universités ainsi que le Centre national des œuvres universitaires et scolaires (CNOUS) ont sollicité leurs étudiants par mail (environ 1 600 000) afin que ceux-ci répondent au questionnaire. En raison de l'hétérogénéité des dispositions sanitaires mises en place d'un pays à l'autre, seuls les étudiants résidant en France pendant le premier confinement ont été inclus. Les résultats présentés dans cette fiche sont non pondérés.

La note d'information de l'enquête mettait à disposition des contacts ressources pour les étudiants présentant des difficultés de santé mentale. Elle précisait par ailleurs que les données étaient anonymes. Néanmoins, une méthode de pseudonymisation reposant sur des informations personnelles mais non identifiantes permettait de distinguer les étudiants ayant répondu à plusieurs temps de mesure.

Avant son lancement, cette enquête a été examinée par le comité de protection des personnes (CPP) Île-de-France VIII.

Limites

- Malgré un nombre important de répondants, cette étude n'inclut que 4,3 % des étudiants français à l'époque du confinement, et 1,4 % des étudiants à son issue. Les femmes sont surreprésentées et un biais d'auto-sélection peut avoir affecté les résultats.
- Les données sont déclaratives.
- Les échelles utilisées sont des outils de dépistage et non des outils diagnostiques.
- Ce type d'étude ne permet pas de conclure au lien causal entre confinement et troubles de la santé mentale.
- Ces résultats sont limités au début de la période pandémique.

Encadré 2 – Données collectées par l'enquête Cosame

Parmi les données recueillies dans le cadre de l'enquête Cosame, les variables présentées dans cette fiche sont les suivantes :

Données de santé mentale

- **Prévalence des idées suicidaires** au cours du mois qui précède l'interrogation pour l'enquête.
- **Symptômes sévères de stress perçu** : score supérieur à 26 sur l'échelle de stress perçu (PSS-10).
- **Symptômes sévères d'anxiété** : score supérieur à 55 sur la sous-échelle YB de l'inventaire d'anxiété situationnelle et de trait d'anxiété (STAI-Y2).
- **Symptômes sévères de dépression** : score supérieur à 15 sur l'inventaire de dépression de Beck (BDI-13).
- **Symptômes sévères de détresse** : score supérieur à 36 sur l'échelle révisée d'impact des événements (IES-R), uniquement lors de la première vague de l'enquête.

Autres variables

- **Caractéristiques sociodémographiques** : âge, genre (féminin, masculin, autre), année d'études, filière (médecine, santé hors médecine, autres), étudiant étranger (oui, non), zone d'habitation (urbaine, semi-urbaine, rurale), département de résidence particulièrement affecté par le Covid-19 (oui pour un département comptant plus de 50 décès dus au Covid-19 au 29 mars 2020).
- **Précarité** : perte de revenu due à la quarantaine (oui, non), qualité du logement (échelle de 0 à 10, 10 indiquant la qualité la plus élevée).
- **Santé** : antécédents de suivi psychiatrique (oui, non), symptômes compatibles avec le Covid-19 depuis le début de la pandémie (oui, non), activité physique pendant la quarantaine (en minutes par jour).
- **Entourage** : enfants (oui, non), sentiment d'intégration sociale avant la quarantaine (échelle de 0 à 10, 10 indiquant l'intégration sociale la plus élevée), composition du foyer pendant la quarantaine (seul, en famille, en colocation, autre), préoccupation pour la santé des proches (échelle de 0 à 10, 10 indiquant le niveau de préoccupation le plus élevé), qualité des relations sociales pendant la quarantaine (échelle de 0 à 10, 10 indiquant la qualité la plus élevée).
- **Information et médias** : consommation des médias en lien avec la pandémie (en minutes par jour), opinion de l'enquêté sur la qualité des informations reçues (échelle de 0 à 10, 10 indiquant la qualité la plus élevée).
- **Recours aux soins** pour raisons de santé mentale depuis le début de la pandémie (oui, non).

Alors qu'une étude de 2018 menée auprès de 18 875 étudiants français rapportait une prévalence de 8 % des idées suicidaires au cours des douze derniers mois précédant l'interrogation des participants (Observatoire national de la vie étudiante, 2018), la prévalence des idées suicidaires rapportée au cours du mois précédent l'interrogation des étudiants de notre échantillon est de 11,4 %. Cette prévalence varie significativement en fonction du genre, avec près d'un étudiant sur deux concerné chez les non-binaires (46,3 %) contre environ 1 sur 10 chez les hommes (9,9 %) et chez les femmes (11,4 %) [tableau 1]. Parmi les 7 891 étudiants présentant des idées suicidaires, seuls 1 743 (22,1 %) déclarent avoir eu recours aux soins à partir du début du confinement.

Tableau 1 • Prévalence des troubles lors du premier confinement en fonction du genre

	Ensemble		Femmes		Hommes		Non-binaires	
	Nombre d'individus	Part dans la catégorie (en %)	Nombre d'individus	Part dans la catégorie (en %)	Nombre d'individus	Part dans la catégorie (en %)	Nombre d'individus	Part dans la catégorie (en %)
Au moins un trouble	29 564	42,8	23 467	46,7	5 534	30,7	563	71,8
Dont idées suicidaires	7 891	11,4	5 745	11,4	1 783	9,9	363	46,3
Dont détresse sévère	15 463	22,4	12 557	25	2 630	14,6	276	35,2
Dont stress sévère	17 093	24,7	14 081	28	2 640	14,6	372	47,4
Dont dépression sévère	11 133	16,1	8 717	17,3	2 084	11,6	332	42,3
Dont anxiété sévère	18 970	27,5	15 497	30,8	3 081	17,1	392	50
Total	69 054	-	50 251	-	18 019	-	784	-

Note • Les chiffres correspondent aux effectifs et pourcentages des différents troubles au sein de l'échantillon, puis au sein de chaque sous-catégorie (femmes, hommes, non-binaires). L'association entre la présence du trouble et le genre est statistiquement significative au seuil de 0,001 pour chacun des troubles évoqués dans ce tableau.

Lecture • Parmi les 69 054 étudiants sollicités lors du premier temps de l'enquête Cosame, 7 891 (soit 11,4 %) déclarent avoir eu des idées suicidaires dans le mois qui a précédé leur interrogation. Cette proportion varie significativement en fonction du genre : 9,9 % chez les hommes, 11,4 % chez les femmes et 46,3 % chez les personnes non-binaires.

Champ • Étudiants ayant participé au premier temps de mesure de l'enquête Cosame.

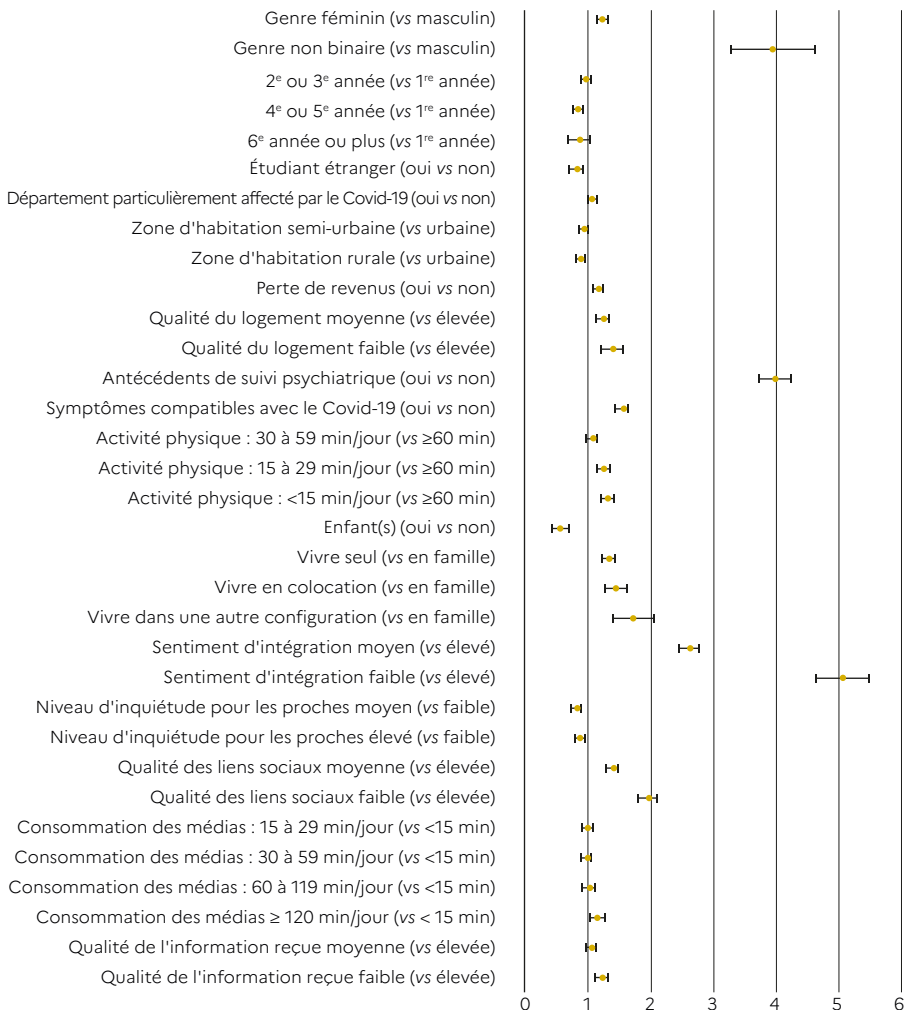
Source • Cosame.

Facteurs associés aux idées suicidaires pendant le premier confinement

Les trois facteurs de risque les plus fortement associés à la présence d'idées suicidaires lors de la première vague de l'enquête sont le genre non binaire, les antécédents de suivi psychiatrique et un faible sentiment d'intégration sociale (**graphique 1**). Un surrisque de déclarer des idées suicidaires, mais de façon plus modérée, est lié aux caractéristiques suivantes : le genre féminin, un sentiment d'intégration sociale moyen, la précarité, le fait d'avoir présenté des symptômes compatibles avec le Covid-19, une faible activité physique,

le fait de ne pas vivre en famille, une faible ou moyenne qualité des liens sociaux et, enfin, le fait de considérer n'avoir disposé que d'une information de faible qualité sur la pandémie. Le fait d'être un étudiant étranger, d'être plus avancé dans le parcours universitaire, de résider en zone semi-urbaine ou rurale, d'avoir des enfants, et de s'inquiéter pour la santé de ses proches sont en revanche des facteurs protecteurs.

Graphique 1 • Facteurs explicatifs de présence d'idées suicidaires lors du premier confinement



Note • Régression logistique multivariée expliquant la présence d'idées suicidaires lors du premier confinement. Les résultats sont présentés sous forme d'odds ratios ajustés et de leurs intervalles de confiance à 95 %.

Lecture • Le genre féminin et le genre non binaire sont des facteurs de risque de présenter des idées suicidaires lors du premier confinement. L'odds ratio est légèrement supérieur à 1 pour le genre féminin, et quasiment égal à 4 pour le genre non binaire.

Champ • Participants au premier temps de mesure de l'enquête Cosame.

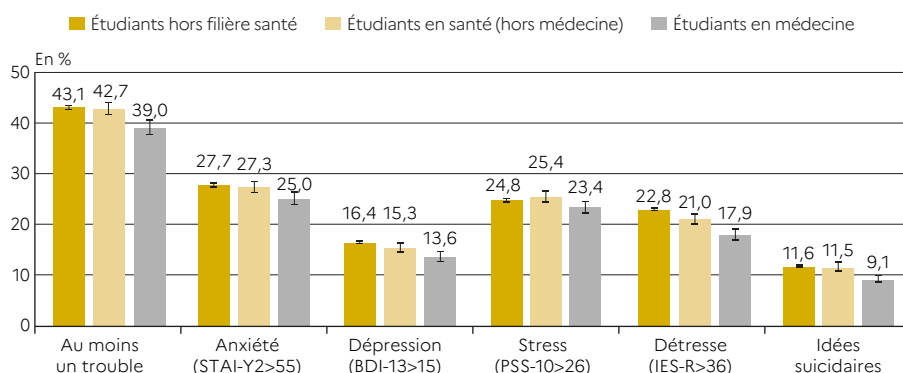
Source • Cosame.

Focus sur les étudiants en santé

Parmi les 69 028 participants à la première période de l'étude Cosame ayant précisé leur filière universitaire, 4 193 (6,1 %) sont en médecine, 5 431 (7,9 %) sont dans une filière de santé hors médecine, et 59 404 suivent un autre parcours (86,0 %). La prévalence de chaque trouble étudié est significativement plus faible chez les étudiants en médecine, comparés aux étudiants en santé hors médecine, et comparés aux étudiants des autres filières (**graphique 2**).

Alors que 9,1 % des étudiants en médecine sont concernés par des idées suicidaires, les étudiants en santé hors médecine et les étudiants des autres filières sont respectivement 11,5 % et 11,6 % dans ce cas. Après ajustement sur les facteurs de confusion potentiels, il n'y a plus de différence significative entre les étudiants en médecine et les étudiants en santé hors médecine. En revanche, les étudiants en médecine présentent moins d'idées suicidaires que les étudiants des filières hors santé.

Graphique 2 • Prévalence des troubles lors du premier confinement en fonction de la filière universitaire



Lecture • Parmi les répondants, 9,1 % des étudiants en médecine déclarent avoir eu des idées suicidaires dans le mois qui a précédé leur interrogation, contre 11,5 % des étudiants en santé hors médecine et 11,6 % chez les étudiants des autres filières.

Champ • Participants au premier temps de mesure de l'enquête Cosame.

Source • Cosame.

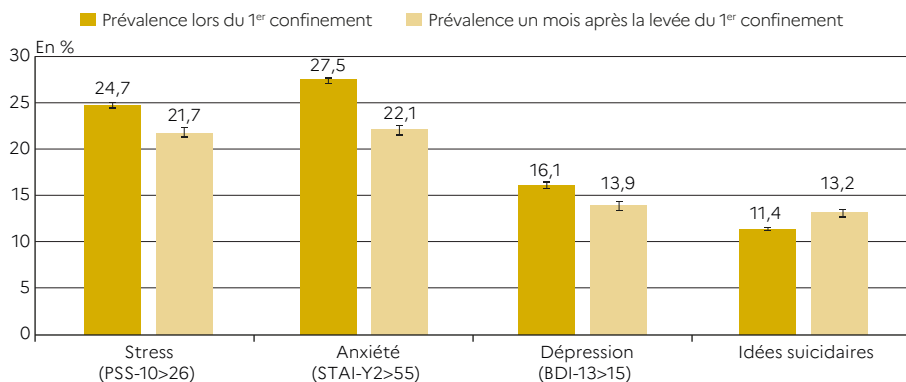
Résultats de la deuxième vague de l'enquête (15 juin 2020-15 juillet 2020)

Évolution des troubles un mois après la levée du premier confinement

22 540 étudiants ont complété intégralement le questionnaire de l'enquête Cosame du 15 juin au 15 juillet 2020. Alors que la prévalence des autres troubles régresse par rapport à la période précédente (sans toutefois revenir aux niveaux prépandémiques), la prévalence des idées suicidaires augmente significativement et passe de 11,4 % à 13,2 % (**graphique 3**). Après ajustement en fonction des facteurs de confusion potentiels et afin de tenir compte des

variations possibles des caractéristiques de l'échantillon entre la première et la deuxième vague de l'enquête, la levée de la quarantaine (deuxième vague) reste significativement associée à une augmentation des idées suicidaires par rapport à la période de confinement (première vague).

Graphique 3 • Prévalence des troubles lors du premier confinement et un mois après sa levée



Note • La prévalence de la détresse n'est pas décrite car elle n'a été mesurée que lors du premier confinement.

Lecture • La prévalence des idées suicidaires est égale à 11,4 % lors du premier confinement et à 13,2 % après sa levée.

Champ • Participants au premier ou au deuxième temps de mesure de l'enquête Cosame.

Source • Cosame.

Association entre la présence d'idées suicidaires et les autres troubles un mois après la levée du premier confinement

La prévalence des idées suicidaires est systématiquement plus importante chez les étudiants déclarant un autre trouble. Ainsi, à l'issue du premier confinement, parmi les étudiants rapportant des symptômes de stress sévère, près de 36,5 % déclarent en même temps des idées suicidaires, contre 6,7 % parmi ceux ne déclarant pas ce type de symptômes. De même, parmi les étudiants présentant une anxiété sévère, 37,3 % déclarent des idées suicidaires, contre 6,3 % parmi ceux qui ne rapportent pas ce trouble. En ce qui concerne la dépression, plus d'un étudiant sur deux (54,2 %) avec une symptomatologie dépressive sévère rapportent également des idées suicidaires, contre 6,5 % dans le groupe sans symptomatologie sévère (**tableau 2**).

Synthèse et perspectives

L'enquête nationale Cosame révèle une prévalence élevée d'idées suicidaires chez les étudiants universitaires confinés et un recours aux soins en santé mentale particulièrement faible. À la levée du premier confinement, alors que la prévalence des autres troubles (stress, anxiété et dépression) régresse, la prévalence des idées suicidaires augmente. Parmi les facteurs

de risque identifiés, le genre féminin ou non binaire, un faible sentiment d'intégration sociale, les antécédents psychiatriques, la perte de revenus liée à la quarantaine et une qualité des liens sociaux altérée sont associés à un risque accru de présenter des idées suicidaires.

Considérant que les événements stressants de la vie, y compris les catastrophes naturelles, précèdent de nombreux suicides et tentatives (Fazel, *et al.*, 2020), et que les idées suicidaires sont un indicateur de troubles psychiatriques, de dysfonctionnement global et de futures tentatives (Goldney, *et al.*, 1991 ; Reinherz, *et al.*, 2006 ; Silverman, *et al.*, 2014), une attention particulière doit être accordée aux taux de prévalence élevés d'idées suicidaires dans la population étudiante pendant la pandémie de Covid-19. Par ailleurs, des modélisations récentes prédisent une augmentation du nombre de suicides sur la base du nombre attendu de pertes d'emplois dues à la crise sanitaire (Kawohl, *et al.*, 2020).

Dans une étude traitant de la consommation de psychotropes de mars 2020 à février 2021, les auteurs ont montré que le nombre de remboursements pour ces produits a augmenté par rapport à la période de janvier 2015 à février 2020. Plus les patients étaient jeunes, plus l'ampleur de l'augmentation était prononcée (Levaillant, *et al.*, 2021). Or, il a déjà été montré que les patients qui décèdent par suicide ont reçu plus de médicaments psychotropes que la population générale (Reneflot, *et al.*, 2019). En raison de ces signes avant-coureurs et des incertitudes concernant les effets à long terme de la pandémie sur la santé mentale, il semble capital de poursuivre la surveillance de celle des étudiants au cours des prochaines années (Aknin, *et al.*, 2021).

Tableau 2 • Prévalence des idées suicidaires chez les étudiants, un mois après la levée du premier confinement, en fonction de la présence d'autres troubles

		Ensemble		Idées suicidaires		Pas d'idées suicidaires	
		Nombre d'individus	Part dans la catégorie (en %)	Nombre d'individus	Part dans la catégorie (en %)	Nombre d'individus	Part dans la catégorie (en %)
Symptômes de stress sévère	Non	17 639	78,3	1 179	6,7	16 460	93,3
	Oui	4 901	21,7	1 791	36,5	3 110	63,5
Symptômes d'anxiété sévère	Non	17 556	77,9	1 111	6,3	16 445	93,7
	Oui	4 984	22,1	1 859	37,3	3 125	63,7
Symptômes de dépression sévère	Non	19 395	86,1	1 265	6,5	18 130	93,5
	Oui	3 145	13,9	1 705	54,2	1 440	45,8

Note • L'association entre la présence d'un trouble et la prévalence des idées suicidaires est statistiquement significative au seuil de 0,001 pour chacun des troubles évoqués dans ce tableau.

Lecture • Parmi les 4 901 étudiants déclarant un niveau sévère de stress, 1 791 (36,5 %) présentent également des idées suicidaires. Parmi les 17 639 étudiants sans stress sévère, 1 179 (6,7 %) rapportent également des idées suicidaires.

Champ • Étudiants ayant participé au deuxième temps de mesure de l'enquête Cosame.

Source • Cosame.

Références bibliographiques

- **Aknin, L., De Neve, J.-E., Dunn, E., et al.** (2021). Mental Health During the First Year of the Covid-19 Pandemic: A Review and Recommendations for Moving Forward. *Perspectives on Psychological Science*.
- **Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., et al.** (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), p. 912-920.
- **Fazel, S., Runeson, B.** (2020). Suicide. *New England Journal of Medicine*, 382(3), p. 266-274.
- **Goldney, R. D., Smith, S., Winefield, A. H., et al.** (1991). Suicidal ideation: its enduring nature and associated morbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83(2), p. 115-120.
- **Kawohl, W., Nordt, C.** (2020). Covid-19, unemployment, and suicide. *The Lancet Psychiatry*, 7(5), p. 389-390.
- **Levaillant, M., Wathelet, M., Lamer, A., et al.** (2021). Impact of Covid-19 pandemic and lockdowns on the consumption of anxiolytics, hypnotics and antidepressants according to age groups: a French nationwide study. *Psychological Medicine*, déc. 14.
- **Observatoire national de la vie étudiante** (2018). *Repères sur la santé des étudiants*. Disponible à partir de l'url : <http://www.ove-national.education.fr>, rubrique Les publications.
- **Reinherz, H. Z., Tanner, J. L., Berger, S. R., et al.** (2006). Adolescent suicidal ideation as predictive of psychopathology, suicidal behavior, and compromised functioning at age 30. *American Journal of Psychiatry*, 163(7), p. 1226-1232.
- **Reneflot, A., Kaspersen, S. L., Hauge, L. J., et al.** (2019). Use of prescription medication prior to suicide in Norway. *BMC Health Services Research*, 19(1), 215.
- **Silverman, M. M., Berman, A. L.** (2014). Suicide risk assessment and risk formulation part I: A focus on suicide ideation in assessing suicide risk. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(4), p. 420-431.
- **Wang, C., Pan, R., Wan, X., et al.** (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (Covid-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5).

Articles publiés à partir des données Cosame

- **Leroy, A., Wathelet, M., Fovet, T., et al.** (2021). Mental health among medical, healthcare, and other university students during the first Covid-19 lockdown in France. *Journal of Affective Disorders Reports*, 6.
- **Wathelet, M., Duhem, S., Vaiva, G., et al.** (2020). Factors associated with mental health disorders among university students in France confined during the Covid-19 pandemic. *JAMA Network Open*, 3(10).
- **Wathelet, M., Fovet, T., Jousset, A., et al.** (2021). Prevalence of and factors associated with post-traumatic stress disorder among French university students one month after the Covid-19 lockdown. *Translational Psychiatry*, 11.

Santé mentale et pensées suicidaires des étudiants au cours de l'épidémie de Covid-19 : comparaison avec les non-étudiants

Melissa Macalli, Christophe Tzourio (Inserm)

Contexte

Du fait de sa dimension, de sa durée et des retentissements majeurs qu'elle a eu sur la vie quotidienne – depuis la distanciation physique imposée pour y faire face jusqu'aux conséquences économiques qui en ont découlé –, l'épidémie de Covid-19 est susceptible d'avoir eu des répercussions importantes sur la santé psychique de la population. Ces dernières devraient se prolonger, voire passer au premier plan avec le reflux de la pandémie, ou se renforcer avec la persistance de celle-ci dans le temps. Les conduites suicidaires, notamment, pourraient augmenter au sein de la population générale et des groupes vulnérables, à mesure que se poursuit la pandémie et que se développent ses effets à plus long terme.

En raison de leur vulnérabilité préexistante ou des effets inévitables de la pandémie, les étudiants sont ainsi plus susceptibles d'avoir présenté une souffrance psychique pendant l'épidémie. Ces derniers, en effet, qui sont habituellement concernés par de hauts niveaux d'anxiété, de symptômes dépressifs et de conduites suicidaires (Auerbach, *et al.*, 2018 ; Macalli, *et al.*, 2020), ont été considérablement fragilisés par l'épidémie, du fait de leurs inquiétudes liées au déroulement de leurs études et au bouleversement de leurs perspectives d'avenir. La vie étudiante, en outre, a été profondément chamboulée par les événements (fermeture des universités et des lieux de socialisation, continuité pédagogique à distance, perte d'emploi, par exemple). À l'international (Yu, *et al.*, 2021 ; Copeland, *et al.*, 2021) et en France (Husky, *et al.*, 2020 ; Wathelet, *et al.*, 2020), les études rapportent ainsi des fréquences élevées de stress, d'anxiété, de symptômes dépressifs et de pensées suicidaires chez les étudiants au cours de l'épidémie.

L'épidémie et les restrictions qui l'accompagnent ayant eu un impact délétère sur la santé mentale de l'ensemble de la population, il n'est cependant pas certain que les étudiants aient été effectivement plus à risque de troubles psychiques que les non-étudiants,

ou qu'ils aient été impactés différemment dans les périodes de confinement. La cohorte Confins, qui inclut des participants en population générale, étudiants ou non, a permis de comparer la fréquence des symptômes dépressifs¹, d'anxiété² et de pensées suicidaires³ entre ces deux groupes, lors des périodes clés de l'épidémie de Covid-19, de mars 2020 à janvier 2021, en France (**encadré 1**).

Encadré 1 – La cohorte Confins

L'étude Confins, lancée en mars 2020, est portée par la société Kappa Santé, en collaboration avec sa start-up Kap Code et l'équipe de l'étude i-Share de l'université de Bordeaux. Il s'agit d'une cohorte longitudinale collectée en ligne¹. Le recrutement se fait par le biais des médias classiques, des réseaux sociaux et d'envois de mails. Tout adulte majeur francophone ayant été en situation de confinement est éligible, mais les personnes interrogées ne sont pas représentatives de la population (**encadré 3**).

En utilisant un schéma transversal répété, les données d'inclusion ont été analysées selon trois périodes correspondant aux périodes clés de l'épidémie de Covid-19 en France :

- Période 1 : premier confinement national (du 17 mars au 11 mai 2020).
- Période 2 : aucune restriction de confinement (du 12 mai au 27 octobre 2020).
- Période 3 : deuxième confinement national et couvre-feu (du 28 octobre 2020 au 25 janvier 2021).

1. www.confins.org.

Les étudiants présentent des fréquences plus élevées de troubles psychiques que les non-étudiants

Parmi les 3 783 personnes incluses dans la cohorte, 67 % (2 518 participants, dont 59 % d'étudiants) ont été recrutés pendant le premier confinement (période 1), 21 % (811 participants, dont 64 % d'étudiants) l'ont été pendant la période sans restriction (période 2), et 12 % (454 participants, dont 73 % d'étudiants) pendant le deuxième confinement et couvre-feu (période 3). L'âge moyen de l'ensemble de l'échantillon est de 29,2 ans (23,4 ans

1. Les symptômes dépressifs ont été mesurés par le *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9). Le seuil habituel d'un score supérieur ou égal à 10 a été utilisé pour définir des symptômes dépressifs modérés à sévères.

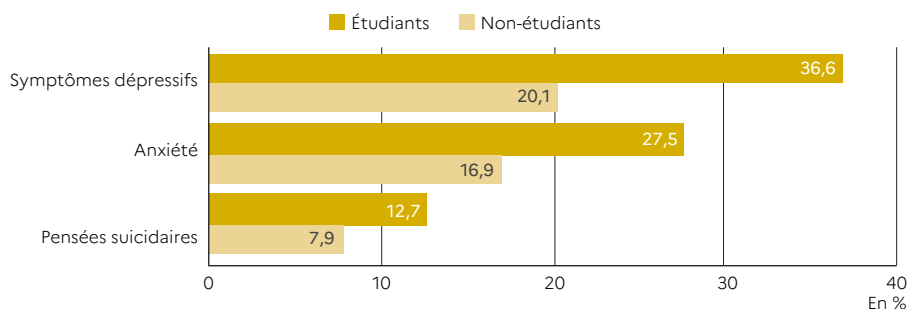
2. L'anxiété a été mesurée par l'échelle *Generalized Anxiety Disorder* (GAD-7). Le seuil habituel d'un score supérieur ou égal à 10 a été utilisé pour définir la présence de symptômes anxieux modérés à sévères.

3. Les pensées suicidaires sont mesurées par la question : « Au cours des sept derniers jours, vous est-il arrivé de penser à vous suicider (d'avoir des idées suicidaires) ? » Les modalités de réponse étaient les suivantes : (1) Non, jamais ; (2) Oui, quelquefois ; (3) Oui, à de multiples reprises. Les pensées suicidaires occasionnelles ou fréquentes ont été considérées ensemble dans cette analyse.

pour les étudiants et 38,4 ans pour les non-étudiants). Près de quatre participants sur cinq sont des femmes, et environ un participant sur cinq a déclaré des antécédents de maladies psychiatriques.

Les analyses menées entre mars 2020 et janvier 2021 montrent que, dans l'échantillon, les étudiants présentent des fréquences plus élevées de troubles psychiques que les non-étudiants, notamment de symptômes dépressifs (36,6 % contre 20,1 %), d'anxiété (27,5 % contre 16,9 %) et de pensées suicidaires (12,7 % contre 7,9 %) [graphique 1].

Graphique 1 • Fréquence des symptômes dépressifs, d'anxiété et des pensées suicidaires chez les étudiants et les non-étudiants, de mars 2020 à janvier 2021



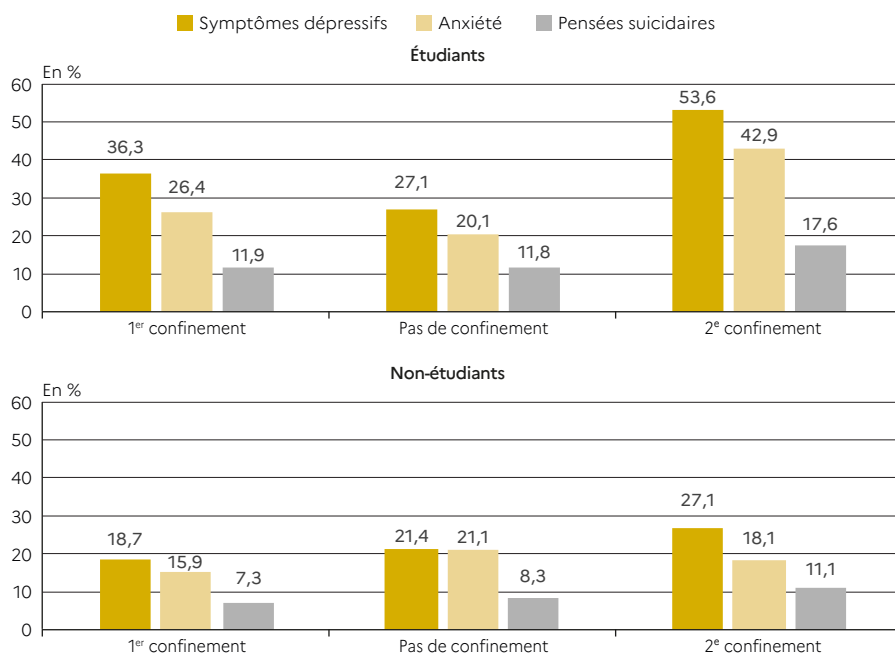
Lecture • Au sein de la cohorte Confins, 36,6 % des étudiants présentent des symptômes dépressifs, contre 20,1 % des non-étudiants de cette cohorte.

Source • Cohorte Confins.

Un écart qui se creuse pendant les périodes de confinement

Entre les étudiants et les non-étudiants enquêtés, il existe des différences importantes de fréquence des troubles psychiques en fonction du moment de la période épidémique (**graphique 2**). Plus précisément, les étudiants ont ressenti davantage de symptômes dépressifs et d'anxiété pendant les confinements que pendant la période sans confinement. En revanche, chez les non-étudiants, la fréquence de troubles psychiques est restée relativement stable au cours du temps. Ainsi, pendant le premier confinement, les étudiants sont presque deux fois plus nombreux que les non-étudiants à avoir rapporté des symptômes dépressifs (36,3 % contre 18,7 %). En revanche, l'écart est statistiquement non significatif au cours de la deuxième période sans restrictions. Au cours du deuxième confinement, plus de la moitié des étudiants de l'échantillon ont déclaré des symptômes dépressifs, contre environ un quart des non-étudiants (53,6 % contre 27,1 %). La fréquence des pensées suicidaires est également plus élevée chez les étudiants que chez les non-étudiants à chaque période : 11,9 % contre 7,3 % au cours du premier confinement, 11,8 % contre 8,3 % dans la période sans confinement et 17,6 % contre 11,1 % au cours du deuxième confinement.

Graphique 2 • Fréquence des symptômes dépressifs, d'anxiété et des pensées suicidaires chez les étudiants et les non-étudiants au cours des périodes clés de l'épidémie de Covid-19 en France



Lecture • Au cours du 1^{er} confinement, 36,3 % des étudiants de la cohorte Confins présentaient des symptômes dépressifs, 26,4 % de l'anxiété et 11,9 % déclaraient des pensées suicidaires.

Source • Cohorte Confins.

Les modèles de régression logistique multivariée (**encadré 2**) indiquent que, au sein de l'échantillon, l'effet négatif lié au statut d'étudiant a varié au cours du temps (**tableau**). Toutes choses égales par ailleurs, et particulièrement l'âge, le genre et les antécédents de maladies psychiatriques, les étudiants enquêtés ont ainsi présenté des risques environ 60 % plus élevés de déclarer des symptômes dépressifs et d'anxiété par rapport aux non-étudiants lors du premier confinement. Au cours du deuxième confinement, les estimations étaient encore plus élevées pour les symptômes dépressifs (surrisque de 80 %) et pour l'anxiété (surrisque de 125 %). En revanche, dans la période sans confinement, il n'y a pas eu de différence statistiquement significative entre les deux groupes interrogés. Quelle que soit la période, il n'y a pas eu non plus de différence statistiquement significative entre les groupes concernant les pensées suicidaires.

L'ensemble de ces résultats doit être interprété en considérant les limites inhérentes à l'étude, les échantillons disponibles n'étant pas représentatifs des populations étudiantes et non-étudiantes dans leur ensemble (**encadré 3**).

Encadré 2 – Les régressions logistiques

Pour mesurer l'association entre les indicateurs de santé mentale et le statut d'étudiant, des modèles de régression logistique ont été mis en œuvre pour chaque période étudiée. Les résultats sont exprimés selon les rapports de cotes ajustés (RCa) et leurs intervalles de confiance (IC) à 95 %. Les analyses ajustées prennent en compte l'âge, le genre (homme, femme, autre), la situation familiale (célibataire, marié ou en couple), le niveau d'éducation (études universitaires ou non) et les antécédents de maladies psychiatriques (oui ou non), avec imputation multiple par équation chaînée sur les données manquantes.

Tableau • Association entre le statut d'étudiant et les indicateurs de santé mentale au cours des périodes clés de l'épidémie de Covid-19 en France

	1 ^{er} confinement		Pas de confinement		2 ^e confinement	
	RCa	IC 95 %	RCa	IC 95 %	RCa	IC 95 %
Symptômes dépressifs	1,59	1,22-2,08	1,17	0,76-1,80	1,80	1,04-3,12
Anxiété	1,63	1,22-2,18	0,94	0,59-1,4	2,25	1,24-4,10
Pensées suicidaires	1,21	0,91-1,60	0,82	0,42-1,61	0,99	0,53-1,85

IC : Intervalle de confiance au seuil de 95 % ; RCa : rapport des cotes.

Note • Le rapport des cotes est ajusté sur l'âge, le genre, la situation familiale, le niveau d'éducation et les antécédents de maladies psychiatriques.

Lecture • Au sein de la cohorte Confinis, les étudiants présentent un risque environ 60 % plus élevé de symptômes dépressifs que les non-étudiants lors du premier confinement.

Source • Cohorte Confinis.

Encadré 3 – Les limites de l'étude

En raison du protocole d'enquête et de la baisse du nombre de participants (attrition) au fil des trois phases d'enquête (2 518 enquêtés durant le premier confinement, 811 au cours de la période interconfinement et 454 enquêtés lors du deuxième confinement), cette étude ne permet pas de se prononcer sur l'évolution de la santé mentale dans les deux groupes comparés (étudiants et non-étudiants). Elle permet toutefois de suivre et d'analyser la fréquence de troubles psychiques des participants recrutés dans l'enquête au cours des périodes clés de l'épidémie.

Des stratégies de recrutement identiques ont été mobilisées pour les trois vagues d'enquête, et les mêmes messages ont été reçus par les étudiants et les non-étudiants. Néanmoins, comme dans toute cohorte de volontaires, la constitution de l'échantillon est affectée d'un biais d'autosélection. En effet, les personnes ayant

accepté de répondre à une enquête concernant l'impact de l'épidémie de Covid-19 sur leur santé et leur bien-être présentent des caractéristiques distinctes de l'ensemble de la population de référence. Il peut s'agir de personnes dont la santé mentale s'est particulièrement dégradée au cours de l'épidémie ou, au contraire, de personnes dont la santé mentale s'est maintenue. En outre, les personnes peu familières avec les outils numériques sont écartées de l'échantillon.

En raison des caractéristiques de la cohorte – principalement féminine et significativement différente des populations comparées du point de vue de leur âge – il n'est pas possible de généraliser les conclusions de l'analyse à l'ensemble des étudiants et des non-étudiants. Enfin, malgré l'ajustement sur l'âge, la possibilité de distinguer l'effet de l'âge de celui du statut étudiant a pu être incomplète (risque d'endogénéité).

Pour davantage de détails concernant les échantillons, les méthodes adoptées pour tenir compte des biais éventuels et des limites de ces résultats, le lecteur peut se rapporter aux premières publications réalisées à l'aide de la cohorte Confins (Arsendaux, *et al.*, 2021 ; Maccali, *et al.*, 2021).

Synthèse

D'après l'étude Confins portant sur 3 783 participants, les étudiants interrogés sont plus nombreux que les non-étudiants à avoir présenté des troubles psychiques pendant la pandémie de Covid-19. Cette tendance était particulièrement forte pendant les périodes de confinement, ce qui suggère que les étudiants interrogés constituent un groupe plus fragile dans ces conditions. Si, pour ces derniers, la période sans confinement s'est accompagnée d'une nette amélioration des résultats en matière de santé mentale, le deuxième confinement semble avoir eu un effet encore plus marqué sur leur santé mentale. Les effets à long terme sur les pensées suicidaires doivent continuer d'être mesurés avec attention.

Cette analyse de comparaison directe tend à indiquer que, même si toute la population française a été affectée par la crise sanitaire et les restrictions associées, les étudiants pourraient avoir constitué une population particulièrement vulnérable, notamment au cours des périodes de confinement.

Références bibliographiques

- **Auerbach, R. P., Randy, P., Mortier, P., et al.** (2018). WHO World Mental Health Surveys International College Student Project: Prevalence and distribution of mental disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 127(7), p. 623-638.
- **Macalli, M., Côté, S., Tzourio, C.** (2020). Perceived parental support in childhood and adolescence as a tool for mental health screening in students: A longitudinal study in the i-Share cohort. *Journal of Affective Disorders*, 266, p. 512-519.
- **Copeland, W. E., McGinnis, E., Bai, Y., et al.** (2021). Impact of Covid-19 pandemic on college student mental health and wellness. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 60(1), p. 134-141.
- **Yu, Y., She, R., Luo, S., et al.** (2021). Factors influencing depression and mental distress related to covid-19 among university students in China: Online cross-sectional mediation study. *JMIR Mental Health*, 8(2), e22705.
- **Husky, M. M., Kovess-Masfety, V., Swendsen, J. D.** (2020). Stress and anxiety among university students in France during Covid-19 mandatory confinement. *Comprehensive Psychiatry*, 102, 152191.
- **Wathelet, M., Duhem, S., Vaiva, G., et al.** (2020). Factors associated with mental health disorders among university students in France confined during the Covid-19 pandemic. *JAMA Network Open*, 3(10), e2025591.

Articles publiés à partir des données de l'étude Confins

- **Arsandaux, J., Montagni, I., Macalli, M., et al.** (2021). Mental health condition of college students compared to non-students during Covid-19 lockdown: the Confins study. *BMJ Open*, 11(8), e053231.
- **Macalli, M., Texier, N., Schück, S., et al.** (2021). A repeated cross-sectional analysis assessing mental health conditions of adults as per student status during key periods of the Covid-19 epidemic in France. *Scientific Reports*, 11(1), 21455.

FICHE 12

Les associations durant la crise sanitaire

Françoise Facy et Marc Fillatre (Union nationale de prévention du suicide)

De l'incertitude subie à la diversité des observations et des interventions

La prévention partagée, qui mobilise l'Union nationale de prévention du suicide (UNPS) depuis 2019, se décline sous forme d'interventions croisées de différents acteurs et non plus d'interventions juxtaposées. Cette nouvelle logique relève en partie d'une expérimentation dite « monitorée », consistant à rendre compte du sens des actions menées, sans autre finalité que l'amélioration des situations à risque suicidaire. Les diverses modalités d'intervention des structures adhérentes de l'UNPS dépendent de leur variété, que ce soit dans leur objet social (entièrement ou partiellement consacré à la prévention du suicide), dans leurs modalités d'intervention (en présence, à distance, ou suivant toute autre modalité), dans leur organisation (collectif, fondation, réseau, association), ou du point de vue des populations qu'elles soutiennent (âge, profession, secteur géographique). Ces différentes modalités donnent une vision différenciée et multiple de la problématique suicidaire et des pistes possibles pour y répondre. Elle est à même de faire émerger des idées inattendues, comme cela a été le cas lors de la survenue brutale de la pandémie de Covid-19, avec comme finalité de réorganiser ici et à terme, les offres d'écoute, d'accompagnement et de prise en charge.

La crise du Covid-19 est survenue à un moment où les grands organisateurs sociaux étaient pour la plupart déjà en redéfinition. L'épisode épidémique, circonscrit dans le temps, est peu à peu passé au statut pandémique, sans limite perceptible, et a anéanti toute visibilité évolutive. Cet événement met notre société et les sujets qui l'animent, dont celui du suicide, à très rude épreuve.

Pour le réseau de l'UNPS, les questions sont multiples :

- Face à de nouveaux besoins de santé, exacerbés par la crise sanitaire et sociale du Covid-19, comment les pratiques d'écoute modelées par le dispositif « Prévention et aide à distance en santé » (label de Santé publique France) se sont-elles adaptées ?
- Au-delà des mobilisations et innovations ponctuelles, comment les complémentarités des actions se sont-elles organisées ?

Seul un point de vue global, intégrant de façon opérationnelle la complexité du vivant – où l’incertitude, l’inattendu, n’est plus un problème mais la réalité – pourra nous permettre d’avancer dans le champ de la prévention. Cette période de pandémie nous le rappelle avec insistance.

Des lignes d’écoute bousculées par la crise du Covid-19

Lors de deux réunions de l’Observatoire national du suicide (ONS), le travail des lignes d’écoute et des associations en lien avec la santé mentale ou le suicide pendant les différents confinements a été mis en avant, afin d’illustrer de nouveaux besoins et des adaptations de réponses. À l’aune de la prévention partagée, plusieurs adhérents de l’UNPS gérant des lignes directement en lien avec le suicide et certaines en lien avec des facteurs de risque de suicide¹ ont contribué à faire l’éclairage particulier de ces besoins et adaptations.

Depuis 2020, les besoins des personnes ayant recours à des lignes d’écoute se sont multipliés et diversifiés, principalement en matière de santé. Les pathologies préexistantes à un suicide ou à une tentative de suicide ont accentué leur rôle de déterminants et de vulnérabilités. Ainsi, les retours d’expérience de Sida Info Service, du Refuge et de l’Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (Unafam) illustrent bien l’effet de potentialisation des problématiques de santé sexuelle, de santé mentale et de santé physique sur la santé globale. Les difficultés psychologiques liées au Covid-19 ont en outre considérablement augmenté les besoins d’écoute, et de nombreux témoignages portent essentiellement sur l’anxiété due au virus (crainte de sortir, d’être contaminé) et sur le sentiment de solitude face à l’isolement forcé. Ce fut notamment le cas à la fin de l’année 2020, lors du deuxième confinement.

Les appels à des lignes d’écoute relèvent également d’une montée des états dépressifs, des émotions négatives, de la colère (due au sentiment d’infantilisation face aux restrictions, par exemple), des questionnements autour de la mort et des intentions suicidaires. L’Unafam note ainsi principalement une hausse des appels liés à des épisodes d’anxiété ou à des violences intrafamiliales lors du second confinement. Plusieurs lignes d’écoute, comme Suicid’écoute, sont fréquemment sollicitées durant les deux confinements (au printemps et fin 2020) au sujet de la consommation d’alcool pour certains ou de la prise d’anxiolytiques et d’antidépresseurs, nécessaires pour d’autres afin de supporter la période. À partir de mars 2020, Santé publique France constate par ailleurs une augmentation importante, d’une part, des appels de jeunes hommes âgés de 20 à 39 ans et, d’autre part, de l’entourage (notamment conjointes, conjoints ou enfants) de personnes sujettes à des conduites addictives. En effet, la crise sanitaire a fait apparaître ou renforcé la vulnérabilité de nombreux individus, comme si la situation anxiogène et stressante avait réactivé des épisodes traumatiques antérieurs.

1. Suicide Écoute, SOS Amitié, SOS Suicide Phénix, Solitud’écoute, Sida Info Service, l’Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (Unafam), Les Petits Frères des Pauvres.

Dès le début du premier confinement, le nombre d'appels journaliers vers des lignes d'écoute, ainsi que l'utilisation d'autres modes de communication à distance (tchat, mail) augmente très fortement. Le recours à ces outils dépend néanmoins du milieu social, de l'âge et du genre des individus concernés. La fédération SOS Suicide Phénix a ainsi recensé beaucoup plus d'appels de personnes qui ne recouraient habituellement pas à leur ligne d'écoute. Il s'agit principalement de personnes actives privées de leur activité et ressentant le besoin d'en parler, ou bien de personnes, notamment des femmes, ayant mal vécu les confinements avec une charge mentale plus importante et une séparation entre vie privée et vie professionnelle quasi inexistante. Les associations adhérentes à SOS Suicide Phénix ont été trois fois plus sollicitées pendant les confinements.

L'isolement et les ruptures parfois extrêmes des liens sociaux entre les individus ont en effet provoqué une hausse des sollicitations liées à un sentiment d'angoisse, d'anxiété et de solitude, la pandémie n'étant que rarement la cause première des appels mais révélatrice de difficultés préexistantes. Lors du premier confinement, Solitud'écoute indique que les appels liés à l'isolement social et à l'anxiété ont respectivement augmenté de 20 %, et que ceux en lien avec la santé mentale se sont accrus de 15 % à 25 % entre le premier et le deuxième confinement. Ce dernier s'est révélé particulièrement difficile, et la quasi-totalité des associations du réseau déclarent une hausse des appels liés à l'anxiété pendant cette période. C'est aussi pendant ce confinement que les appels pour violence ont considérablement augmenté. SOS Suicide Phénix recense ainsi une hausse des appels pour violence intrafamiliale. Les problématiques évoquées varient aussi en fonction de l'âge : Sida Info Service note que les questions relationnelles sont partagées par 61 % des appelants âgés de 70 ans ou plus, et par 41 % de ceux âgés de 15 à 29 ans. En revanche, ces derniers abordaient davantage des problématiques liées aux symptômes et à la contagion que les premiers.

Au cours de la crise sanitaire, des changements de pratiques ont été effectués dans le système de santé et dans les structures d'écoute ou d'orientation. De nouvelles compétences et des pratiques d'écoute renouvelées ont vu le jour sous l'effet des modifications constatées dans les demandes d'aide et d'accompagnement. Par exemple, Sida Info Service a modifié ses pratiques pour répondre à des besoins d'aide psychologique plus diversifiés, ayant trait à des maladies autres que sexuellement transmissibles. Les programmes de formation mis en place à cet effet sont collaboratifs et s'appuient sur le partage d'outils. Ils constituent des leviers essentiels pour soutenir de telles pratiques, y compris pour les bénévoles. Solitud'écoute a ainsi multiplié le nombre de ses bénévoles présents à l'écoute pendant le premier confinement. Les contenus des appels font par ailleurs apparaître la nécessité d'améliorer le système d'information pour prendre en compte les vulnérabilités de groupes populationnels dans leur milieu de vie. C'est pourquoi certaines situations ont fait l'objet de protocoles d'urgence ou d'un maintien de lien par des rappels tout le long du confinement. Ainsi, certains premiers appels sont vite devenus des appels quotidiens. Pour protéger les personnes victimes de violences conjugales, l'anonymat des appels a aussi parfois été rompu.

Durant la crise sanitaire, les lignes d'écoute se sont adaptées aux outils numériques. Dès le début du premier confinement, SOS Amitié a ainsi mis en place et développé l'écoute au domicile des bénévoles, ce qui a permis d'augmenter considérablement le nombre d'écoutes en simultané. Une phase de test a néanmoins eu lieu avant la validation et la mise en place de ce mode d'écoute inhabituel. Pour certaines associations (SOS Amitié, Solitud'écoute, par exemple), les écoutes ont été formés par le biais de conférences en ligne. Par ailleurs, des structures de consultations médico-psychologiques ont développé des prises en charge par téléphone, comme la Fédération Addiction, qui gère des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). De même, l'association Entractes a construit, en partenariat avec l'Institut Renaudot, un guide d'approche intitulé « Prendre des nouvelles par téléphone ou en porte à porte ».

Pour les interventions médico-psychosociales, SOS Amitié, SIS Association ou la fondation Croix-Rouge française ont indiqué une diversification et un élargissement des relais d'orientation (association Nightline, relais de la ligne nationale Covid-19, par exemple). Des difficultés liées à l'orientation de certains publics ont cependant été signalées par l'Unafam. Ainsi, le sentiment de solitude a dominé parmi les proches aidants pendant cette période. Le manque d'accompagnement auprès de ces aidants et de communication dans la façon dont ils devaient s'adapter dans ce contexte particulier a beaucoup joué dans le sentiment de solitude de ces derniers. Le manque de communication avec le secteur médical et la difficulté à trouver des informations claires ont en outre été mis en avant par certaines lignes d'écoute. Sida Info Service, par exemple, souhaite que l'expérience de cette crise permette d'améliorer le système d'information pour assurer un meilleur repérage et éviter des ruptures de soins, qui ont malheureusement été constatées durant la période de Covid-19.

Enfin, les variables socio-environnementales (territoriales, matérielles, familiales, relationnelles, etc.) conditionnent l'information, la communication et les comportements. Les difficultés liées à l'accès et à l'utilisation des outils numériques se sont ainsi, pour certains, cumulées avec d'autres facteurs de vulnérabilité, pour les jeunes comme pour leurs aînés. Sida Info Service et SOS Suicide mettent ainsi en lumière les états d'angoisse et d'anxiété, notamment chez les individus âgés de 15 à 29 ans, liés aux multiples sources d'information, parfois contradictoires, diffusées sur les réseaux sociaux.

Les perspectives de l'UNPS

Le réseau des associations et collectifs locaux de l'UNPS représente un continuum d'actions en matière de prévention du suicide, qui s'appliquent à la population générale, à des groupes particuliers ou à des individus. Ces actions coïncident avec la stratégie de prévention en santé publique, qui se décline selon trois approches : universelle, ciblée et indiquée. La période de Covid-19 a donné lieu à une autre organisation de la prévention primaire (identification des groupes à risque), secondaire (prise en charge des patients qui mentionnent

des idées suicidaires) et tertiaire (prévention de la récurrence) dans un parcours de maladie transmissible. La conjugaison de ces trois approches a donné lieu à des expériences inédites de mobilisation des acteurs et à une évolution des pratiques. Cette évolution renforce la structuration de l'UNPS en complémentarité de ses interventions, qu'il s'agisse de l'écoute à distance, des actions collectives ou de l'accompagnement en face à face.

La typologie des appelants des lignes d'écoute varie selon les missions fondamentales des associations concernées. Ces dernières interviennent en effet soit directement pour la prévention du suicide, soit plus largement pour des questions en lien avec la santé mentale, soit au sujet de pathologies spécifiques, soit auprès de groupes populationnels précis. Les changements observés avec la pandémie de Covid-19 ajoutent un nouveau paradigme de prévention, écosystémique cette fois. La prévention écosystémique, notamment mise en œuvre par le réseau Vivre et intervenir ensemble face au suicide² (Vies 37), n'est plus uniquement centrée sur la personne mais prend aussi en compte son environnement (éducatif, professionnel, familial, etc.).

Le déploiement des correspondants territoriaux de l'UNPS en région permet ainsi de renforcer la complémentarité des interventions pour répondre aux besoins en fonction des contextes locaux spécifiques, avec les moyens existants. La participation des citoyens, au titre de la démocratie en santé, est sollicitée pour mesurer le niveau d'attente concernant l'aide et le soutien des personnes. Elle contribue ainsi à évaluer l'adéquation des réponses sanitaires et sociales avec ces besoins.

Références bibliographiques

- Les vidéos des Journées nationales de prévention du suicide organisées chaque année par l'UNPS sont disponibles à partir de l'url : <https://www.unps.fr>, rubrique Nos actions.
- **Observatoire national du Suicide** (2016). *Suicide : connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives. 2^e rapport*. Paris, France : DREES.

2. Vivre et intervenir ensemble face au suicide (Vies 37) est un réseau d'Indre-et-Loire, qui relie différentes institutions et associations départementales pour améliorer la prévention et assurer une meilleure prise en charge des conduites suicidaires.

FICHE 13

Mesures prises en promotion de la santé mentale positive et prévention pour améliorer la santé mentale des Français pendant la crise

Pascale Fritsch (Direction générale de la santé)

Contexte

Lors de la crise sanitaire et de ses vagues successives, l'état de santé mentale des Français¹ s'est fortement dégradé. Cette évolution a notamment été mesurée par l'enquête CoviPrev² menée par Santé publique France (SPF) à partir de mars 2020. Cette dégradation est observée dès le premier confinement et de manière plus marquée chez certains professionnels, chez les chômeurs, chez les personnes isolées et chez les jeunes, notamment étudiants. Pour toutes ces personnes affectées par la pandémie, le ministère des Solidarités et de la Santé a apporté des réponses dès le début de la crise. Ces dernières ont évolué pour s'adapter au contexte, et certaines ont ciblé tout particulièrement les enfants et les jeunes.

Afin de traiter des problématiques tant structurelles que liées à la crise, et de mobiliser les acteurs concernés pour y répondre, le ministère des Solidarités et de la Santé a organisé, en septembre 2021, les Assises de la santé mentale et de la psychiatrie. Les 30 mesures annoncées et portées par le président de la République à cette occasion concernent tous les milieux et tous les secteurs. Elles font une part importante à la promotion et à la prévention en santé mentale³ :

- Mesure 1 : assurer une communication grand public régulière sur la santé mentale.
- Mesure 2 : mettre en service le numéro national gratuit de prévention du suicide.

1. Population adulte de 18 ans ou plus.

2. Sur l'enquête CoviPrev, voir la fiche 8 du présent rapport. Sur l'évolution de la santé mentale au cours de la pandémie, voir les fiches 1 à 5 du présent rapport.

3. Ces mesures complètent celles initiées avant la crise liée au Covid-19 pour répondre aux objectifs de l'axe 1 de la feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie, présentée en juin 2018 par le Comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie (CSSMP) : « Mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie. »

- Mesure 4 : faire de la santé mentale une priorité permanente du comité interministériel pour la santé.
- Mesure 11 : définir une stratégie multisectorielle de déploiement des compétences psychosociales-CPS (notamment à l'école).
- Mesure 12 : développer des premiers secours en santé mentale dans tous les secteurs de la société.
- Mesure 13 : faire émerger un acteur en charge de la coordination de la santé des 3-11 ans, grâce à l'expérimentation de maisons de l'enfance et de la famille.

Des mesures prises dès le début de la crise

Dès le début de la crise, un suivi épidémiologique de l'état de santé mentale a été mis en place, les dispositifs d'écoute psychologique ont été renforcés et des campagnes d'information sur la santé mentale et de lutte contre la stigmatisation ont été déployées. La mise en œuvre de la stratégie nationale de prévention du suicide a quant à elle été accélérée (fiche 16).

Suivi épidémiologique de l'état de santé mentale de la population

Des enquêtes spécifiques ont été mises en place pour permettre le suivi régulier de l'état de santé mentale de la population dans le contexte de la crise sanitaire liée au Covid-19 :

- les enquêtes récurrentes CoviPrev (Santé publique France) et l'enquête EpiCov (DREES-Inserm) notamment (fiches 5 et 8) ;
- les tableaux de bord hebdomadaires de Santé publique France, qui présentent des indicateurs de santé mentale ciblant notamment les plus jeunes, établis à partir données des passages aux urgences du réseau OSCOUR® et des actes médicaux réalisés par SOS Médecins.

En 2022, puis tous les deux à trois ans, une première étude nationale sur le bien-être des enfants de 3 à 11 ans (Enabee) sera menée par Santé publique France, en lien avec le ministère de l'Éducation nationale.

Écoute des personnes en souffrance

Un dispositif national d'écoute médico-psychologique (numéro vert : 0 800 235 236, fonctionnant 24h/24 et 7j/7) a été déployé dès mars 2020, en collaboration avec Croix-Rouge Écoute (CRE), Sida Info Service, SOS Amitié et SOS Crise. En cas de trouble considéré comme inquiétant, l'appelant est signalé auprès de la cellule d'urgence médico-psychologique de son département, pour une prise en charge psychiatrique.

De façon complémentaire, de nombreuses initiatives ont vu le jour pendant la crise, avec la création de plateformes d'écoute aux niveaux national, régional ou local, ciblant des publics variés : grand public, patients, aidants, personnes handicapées, familles endeuillées, professionnels, par exemple.

Enfin, à partir du 1^{er} octobre 2021, le nouveau numéro national de prévention du suicide, le 3114, a été mis en place (fiche 16).

Information de la population et lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques

L'information du grand public repose sur différentes ressources en ligne, telle que la page « Santé mentale et Covid » proposée sur le site internet de Santé publique France, ou les actualités présentées sur celui du Psycom.

En outre, pour la première fois depuis 14 ans, une campagne nationale d'information grand public en santé mentale a été diffusée. Le slogan « En parler, c'est déjà se soigner » a été diffusé *via* des spots radiodiffusés et télévisés en avril 2021, afin d'encourager les personnes en souffrance à en parler à leur entourage ou à un professionnel de santé, et de rappeler les dispositifs de soutien psychologique existants. À partir de juin 2021, sa déclinaison numérique, qui cible les plus jeunes, #JEnParleA, est lancée sur les réseaux sociaux et propose notamment une orientation vers Fil Santé Jeunes. La rediffusion de cette campagne de janvier à mai 2022 a été couplée à une opération d'affichage dans les établissements scolaires à partir de mars.

Enfin, une stratégie de communication pluriannuelle sera élaborée dans le cadre de la mise en œuvre de la mesure 1 des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie. Son objectif est de structurer des actions récurrentes visant à mieux informer le grand public sur la santé mentale positive et sur les troubles de santé mentale.

Si les actions de communication menées contribuent à lever le tabou sur la santé mentale, deux outils récemment mis à disposition permettent également d'aborder le sujet et de lutter contre la stigmatisation des troubles psychiques :

- Le GPS anti-stigma, mis en place par Psycom en novembre 2020, est proposé aux acteurs du secteur pour les guider dans l'élaboration et l'autoévaluation de leurs actions de lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques (Psycom, 2021a).
- La brochure *La santé mentale dans la Cité*, élaborée en partenariat avec l'association des maires de France et le Psycom, parue en novembre 2021, vise à sensibiliser des élus locaux à la promotion de la santé mentale (Psycom, 2021b).

Prévention du suicide

La mise en œuvre de la stratégie nationale de prévention du suicide a également connu des avancées importantes dans le contexte de la crise sanitaire, avec notamment la poursuite du déploiement du dispositif de recontact des suicidants Vigilans et avec le lancement du numéro national de prévention du suicide, le 3114 (fiche 16).

Des mesures ciblant les jeunes et les enfants

La dégradation de la santé mentale des enfants et des jeunes, notamment étudiants, étant particulièrement marquée, des mesures spécifiques ont été rapidement prises.

Information, formation et lutte contre la stigmatisation

Fin 2020, l'association Nightline, avec le soutien du ministère des Solidarités et de la Santé, a initié une campagne de lutte contre la stigmatisation des personnes atteintes d'un trouble mental, qui cible les étudiants et s'appuie sur les influenceurs et les réseaux sociaux. L'association a aussi mis en ligne un annuaire de ressources pour les étudiants et renforcé son réseau d'écouterants.

Le déploiement de la formation aux premiers secours en santé mentale (PSSM) a également été accéléré. Celle-ci permet une meilleure connaissance de la santé mentale et des troubles psychiques, ainsi que le repérage de ces troubles. Elle donne par ailleurs des éléments pour savoir réagir face à une personne en souffrance ou en crise. En janvier 2022, 30 universités sont mobilisées sur ce projet. La mesure 12 des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie prévoit son déploiement dans tous les milieux, notamment au sein des trois fonctions publiques, ainsi que des modules spécifiques à certaines populations (jeunes, adolescents, personnes âgées).

Enfin, des contenus sont à disposition des étudiants futurs professionnels de santé pour les aider à élaborer et à mener des actions sur le thème de la santé mentale (prévention du suicide, lutte contre la stigmatisation) dans leur service sanitaire.

Stratégie multisectorielle de déploiement des compétences psychosociales (notamment à l'école)

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit les compétences psychosociales (CPS) comme « la capacité d'une personne à maintenir un état de bien-être subjectif lui permettant de répondre de façon positive et efficace aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne ». Chez les enfants et chez les adolescents, le renforcement des CPS permet d'améliorer le bien-être, la résilience, la réussite scolaire, et de fortement réduire les conduites à risque. Chez les adultes, il améliore le sentiment personnel d'efficacité, les relations avec les enfants et la qualité de vie au travail.

Le développement des CPS dans les différents milieux de vie des enfants et des jeunes est prévu et suivi dans le cadre d'une stratégie nationale multisectorielle, portée conjointement par les ministères des Solidarités et de la Santé, de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, de l'Agriculture, de la Justice, et par la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. Afin d'aider les acteurs concernés dans l'appropriation de ces compétences, un référentiel

(Lambooy, *et al.*, 2022) a été élaboré par Santé publique France. Différents outils de sensibilisation et de formation seront également mis à disposition.

Repérage et prise en charge de la souffrance psychique des enfants et des jeunes

Le dispositif de soutien psychologique d'urgence PsyEnfantAdo a temporairement été mis en place de mars 2021 à fin janvier 2022. Il prévoit la prise en charge intégrale de dix séances (au maximum) de soutien psychologique pour les jeunes âgés de 3 à 17 ans en souffrance psychologique d'intensité légère à modérée.

De même, le dispositif expérimental Écoute'moi, lancé en 2019 et renforcé en 2021, a permis de proposer des prises en charge gratuites par des psychologues pour des jeunes âgés de 6 à 21 ans en souffrance psychique. L'inclusion de jeunes dans le dispositif s'est achevée fin décembre 2021. Cependant, une prise de relais a ensuite été opérée dans le cadre du dispositif national MonPsy, porté par la mesure 18 des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie et voté en vertu de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2022. Ce dispositif, mis en place à partir d'avril 2022, s'adresse à toute personne âgée de 3 ans ou plus souffrant de troubles psychologiques d'intensité légère à modérée. Il prévoit la prise en charge par l'Assurance maladie de consultations d'accompagnement psychologique réalisées par un psychologue de ville, sur orientation médicale.

Renforcement de la coordination des acteurs de la santé mentale pour les enfants (3-11 ans)

Il n'existe pas de structure qui coordonne les parcours de prévention et de soins dédiée à la santé mentale des enfants (3 à 11 ans). Pourtant, les besoins en la matière sont importants. La mesure 13 des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie vise à répondre à ce manque grâce à l'expérimentation de maisons de l'enfance et de la famille, votée dans le cadre de la loi relative à la protection des enfants pour 2022. L'objectif est de s'appuyer sur des structures déjà présentes dans les territoires et de leur confier des missions comprenant :

- la sensibilisation et la coordination des acteurs de la santé susceptibles d'intervenir auprès des enfants (protection maternelle et infantile, médecine scolaire, aide sociale à l'enfance, généralistes, pédiatres, pédopsychiatres en ville ou en centre médico-psychologique, par exemple) ;
- l'accueil et l'orientation des enfants et de leurs familles, dans une approche globale de la santé.

Cette expérimentation, déployée sur quatre territoires, fera l'objet d'une évaluation en vue d'une généralisation du dispositif après 2024.

Conclusion

La crise sanitaire a été à l'origine d'une grande mobilisation des acteurs de la santé pour apporter des réponses aux nouveaux besoins constatés en matière de santé mentale. Les mesures de promotion et de prévention initiées avant la pandémie ont ainsi connu une accélération sensible de leur mise en œuvre après son déclenchement. Elles ont en outre été complétées par de nouvelles actions, présentées dans le cadre des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie.

Cet ensemble cohérent et ambitieux est destiné à se développer au-delà de la période de crise sanitaire, sous le pilotage du ministère de la Santé et de la Prévention, en partenariat avec les autres départements ministériels et les collectivités territoriales.

Références bibliographiques

- **Lamboy, B., Arwidson, P., du Roscoät, E., et al.** (2022). *Les compétences psychosociales : un référentiel pour un déploiement auprès des enfants et des jeunes. Synthèse de l'état des connaissances scientifiques et théoriques réalisé en 2021*. Saint-Maurice, France : Santé publique France. Disponible à partir de l'URL : www.santepubliquefrance.fr
- **Psycom** (2021a). *Qu'est-ce que le GPS anti-stigma ?* Disponible à partir de l'url : <https://www.psycom.org>, rubrique Agir, L'action anti-stigmatisation [mise à jour : 17/09/2021].
- **Psycom** (2021b). *La santé mentale dans la Cité*. Disponible à partir de l'url : <https://www.psycom.org>, rubrique Agir, La promotion de la santé mentale [mise à jour : 15/11/2021].

Autres travaux sur le suicide

FICHE 14

Données épidémiologiques sur les décès par suicide en France en 2017

Grégoire Rey (Inserm-CépiDc)

L'indicateur du nombre de décès par suicide est construit à partir de l'exploitation des certificats de décès par le centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). Les personnes décédées ayant fait l'objet d'un examen médico-légal dont la conclusion n'a pas été rapportée à l'Inserm ou celles dont l'origine de la mort violente est restée indéterminée ne peuvent toutefois pas être comptabilisées parmi les décès par suicide à partir de cette source.

Il est ainsi possible que le nombre de suicides soit sous-évalué. En 2006, cette sous-évaluation avait été estimée à 10 % pour les données nationales (Aouba, *et al.*, 2011). Les principales conclusions concernant les caractéristiques démographiques et spatiales de la mortalité par suicide restent néanmoins proches avant et après cette correction de référence. En revanche, la hausse du nombre de certificats pour décès de cause inconnue, notamment à partir de 2011, suggère une sous-estimation plus marquée du nombre réel de décès par suicide en France à partir de cette date.

Les causes de ce biais ne sont toutefois pas strictement constantes dans le temps. Aux cas de morts violentes sans précision de l'intentionnalité de l'acte et à l'absence de retour de certains instituts médico-légaux se sont en effet ajoutées deux autres causes à partir de 2011 : d'une part, les Agences régionales de santé (ARS) ont remonté moins de données de la partie confidentielle des certificats de décès – qui documente les causes de décès¹ – vers l'Inserm-CépiDc ; d'autre part, le système de synchronisation des données avec l'Insee a été refondu. Ces deux facteurs sont à l'origine d'une hausse du nombre de décès de cause inconnue, susceptibles de masquer un suicide.

1. Le circuit de remontée des certificats de décès a pour objectif de garantir la confidentialité des causes de décès. L'Insee reçoit les informations civiles de la personne décédée mais ne connaît pas les causes médicales du décès, alors que l'Inserm-CépiDc reçoit les causes du décès mais pas le nom de la personne décédée.

Le taux de suicides est plus élevé chez les hommes que chez les femmes et augmente avec l'âge

En 2017, 8 366 décès par suicide ont été enregistrés en France entière, hors Mayotte (tableau 1). En faisant l'hypothèse d'une sous-estimation de 10 %, on compterait après correction près de 9 203 décès. En France métropolitaine, 8 225 décès par suicide ont été enregistrés, 9 048 avec redressement après hypothèse d'une sous-estimation.

Tableau 1 • Effectifs et taux standardisés de décès par suicide selon le sexe et la classe d'âge, en 2017

	Femmes			Hommes			Ensemble		
	Nombre de décès par suicide	Taux de suicide standardisés ¹ (pour 100 000)	Part des suicides dans la mortalité totale	Nombre de décès par suicide	Taux de suicide standardisés ¹ (pour 100 000)	Part des suicides dans la mortalité totale	Nombre de décès par suicide	Taux de suicide standardisés ¹ (pour 100 000)	Part des suicides dans la mortalité totale
1-14 ans	9	0,2	1,9 %	16	0,3	2,5 %	25	0,2	2,3 %
15-24 ans	97	2,5	14,4 %	229	5,9	13,1 %	326	4,2	13,5 %
25-54 ans	860	6,6	6,6 %	2 941	23,5	11,7 %	3 801	15,0	10,0 %
25-34 ans	156	3,9	13,3 %	574	14,8	19,3 %	730	9,3	17,6 %
35-44 ans	257	6,0	8,5 %	998	23,9	16,7 %	1 255	15,0	13,9 %
45-54 ans	447	9,8	5,1 %	1 369	30,7	8,5 %	1 816	20,2	7,3 %
55-74 ans	707	8,8	1,4 %	1 911	26,3	2,0 %	2 618	17,6	1,8 %
55-64 ans	388	9,0	2,1 %	1 116	27,7	3,0 %	1 504	18,4	2,7 %
65-74 ans	319	8,7	1,0 %	795	24,5	1,4 %	1 114	16,6	1,3 %
75 ans ou +	415	10,6	0,2 %	1 181	49,5	0,7 %	1 596	30,1	0,4 %
75-84 ans	228	9,7	0,4 %	665	38,3	0,9 %	893	24,0	0,6 %
85-94 ans	172	13,2	0,1 %	482	77,7	0,6 %	654	45,5	0,3 %
95 ans ou +	15	10,8	0,0 %	34	90,1	0,3 %	49	50,5	0,1 %
Ensemble	2 088	6,0	0,7 %	6 278	20,7	2,1 %	8 366	13,4	1,4 %

1. Taux standardisés sur l'âge et le sexe de la population Eurostat EU-EFTA.

Lecture • En 2017, 8 366 décès par suicide ont été enregistrés en France entière (hors Mayotte). Le taux standardisé de décès par suicide est de 13,4 pour 100 000 habitants. La part du suicide dans le total des décès est de 1,4 %.

Champ • France entière (hors Mayotte).

Source • Inserm-CépiDc.

Le nombre de décès par suicide est nettement plus élevé chez les hommes (6 278) que chez les femmes (2 088). Le taux de décès standardisé en fonction de l'âge² révèle la même différence. Il est 3,5 fois supérieur chez les hommes, avec 20,7 décès pour 100 000 hommes et 6,0 décès pour 100 000 femmes. L'écart observé entre les deux sexes ne s'explique donc pas par les différences d'âge entre ces deux sous-populations.

2. Taux de suicide obtenu en appliquant les taux de suicide par âge à une population qui aurait la même structure par âge que la population de référence (population Eurostat EU-EFTA).

Le taux de décès par suicide augmente par ailleurs fortement avec l'âge, surtout chez les hommes. En 2017, il s'élevé à 5,9 décès pour 100 000 hommes âgés de 15 à 24 ans, et à 49,5 pour 100 000 hommes âgés de 75 ans ou plus. Cependant, la part du suicide dans la mortalité globale est nettement plus élevée chez les jeunes des deux sexes que chez les personnes âgées. Le suicide représente ainsi 13,5 % du total des décès entre 15 et 24 ans, et 0,4 % à 75 ans ou plus.

Le taux global de décès par suicide baisse entre 2001 et 2017

Globalement, le taux de décès par suicide diminue entre 2001 et 2017, de 32,6 % (tableau 2). Cette baisse est plus importante entre 2009 et 2017 (-26,7 %) qu'entre 2001 et 2009 (-8,0 %). Les taux diminuent pour toutes les classes d'âge pendant ces deux périodes, sauf pour les personnes de moins de 25 ans et pour celles âgées de 45 à 64 ans entre 2001 et 2009.

Tableau 2 • Variation des taux standardisés de mortalité par suicide selon la classe d'âge en 2001, 2009 et 2017

	Taux standardisé ¹ de décès par suicide (pour 100 000)			Évolution (en %) du taux standardisé de décès par suicide		
	2001	2009	2017	2001-2009 ²	2009-2017 ³	2001-2017 ⁴
1-14 ans	0,3	0,4	0,2	16,4	-42,3*	-32,8
15-24 ans	7,5	6,7	4,2	-9,7	-37,4*	-43,5*
25-54 ans	22,2	20,8	15,0	-6,6*	-27,6*	-32,4*
25-34 ans	16,1	13,6	9,3	-15,6*	-31,5*	-42,2*
35-44 ans	24,8	21,5	15,0	-13,3*	-30,6*	-39,8*
45-54 ans	25,1	26,4	20,2	5,0	-23,3*	-19,4*
55-74 ans	24,0	23,1	17,6	-4,0	-23,8*	-26,9*
55-64 ans	22,4	23,0	18,4	2,8	-20,3*	-18,0*
65-74 ans	26,0	23,1	16,6	-11,1*	-28,0*	-36,0*
75 ans ou +	48,5	40,9	30,1	-15,7*	-26,5*	-38,0*
75-84 ans	39,4	33,9	24,0	-13,8*	-29,3*	-39,1*
85-94 ans	71,7	58,6	45,5	-18,3*	-22,4*	-36,6*
95 ans ou +	78,2	64,6	50,5	-17,3	-21,9	-35,4*
Ensemble	19,8	18,2	13,4	-8,0*	-26,7*	-32,6*

* L'évolution est statistiquement significative au seuil de 5 %.

1. Taux pour 100 000 habitants standardisés selon la structure par sexe et par âge de la population Eurostat EU-EFTA.

2. (Taux 2009 – Taux 2001)*100 / Taux 2001.

3. (Taux 2017 – Taux 2009)*100 / Taux 2009.

4. (Taux 2017 – Taux 2001)*100 / Taux 2001.

Lecture • En 2017, en France entière (hors Mayotte), le taux standardisé de décès par suicide est de 13,4 pour 100 000 habitants. Il a diminué de 32,6 % entre 2001 et 2017.

Champ • France entière (hors Mayotte).

Source • Inserm-CépiDc.

Des taux de décès par suicide très variables selon les régions

Entre 2015 et 2017, les taux standardisés moyens de décès par suicide varient fortement selon les régions (**tableau 3**). Celui de la Bretagne dépasse de 55,6 % le taux moyen de la France entière (hors Mayotte). Viennent ensuite les régions Pays de la Loire, Normandie et Hauts-de-France, avec des taux supérieurs de plus de 25 % au taux moyen de la France entière (hors Mayotte). Les régions Île-de-France et Corse, ainsi que les DROM, enregistrent les plus bas taux de décès par suicide, inférieurs de plus de 30 % au taux moyen de la France entière (hors Mayotte). Entre 2001-2003 (période de référence) et 2015-2017, les taux de décès par suicide diminuent de façon significative, quelle que soit la région.

Tableau 3 • Taux standardisés de décès par suicide, selon la région, en 2001-2003 et en 2015-2017

Région de domicile	Taux standardisés ¹ 2015-2017 (pour 100 000)	Taux standardisés ¹ 2001-2003 (pour 100 000)	Écart par rapport au taux global 2015-2017 ²	Variations 2001-2003 et 2015-2017 ³
11 - Île-de-France ⁴	7,0	10,6	-49,4 %	-33,9 %*
24 - Centre-Val de Loire	17,0	24,3	22,6 %	-30,0 %*
27 - Bourgogne-Franche-Comté	16,3	24,1	17,4 %	-32,3 %*
28 - Normandie	17,7	26,3	27,4 %	-32,6 %*
32 - Hauts-de-France	18,1	26,0	30,4 %	-30,4 %*
44 - Grand Est	14,8	18,0	6,6 %	-17,8 %*
52 - Pays de la Loire	18,8	25,8	35,2 %	-27,4 %*
53 - Bretagne	21,6	31,1	55,6 %	-30,6 %*
75 - Nouvelle-Aquitaine	16,5	22,8	18,6 %	-27,7 %*
76 - Occitanie	13,0	17,6	-6,2 %	-26,2 %*
84 - Auvergne-Rhône-Alpes	12,4	18,5	-11,0 %	-33,3 %*
93 - Provence-Alpes-Côte-d'Azur	12,9	18,8	-7,2 %	-31,4 %*
94 - Corse	9,0	14,3	-35,1 %	-37,1 %*
97 - DROM (hors Mayotte)	9,2	12,5	-34,0 %	-26,7 %
France entière (hors Mayotte)	14,0	19,9	0,0 %	-29,7 %*

* L'évolution est statistiquement significative au seuil de 5 %.

1. Taux standardisés selon la structure par sexe et âge de la population Eurostat EU-EFTA.

2. Variation régionale = (Taux régional – Taux France métropolitaine) * 100 / Taux France métropolitaine (à partir des taux standardisés).

3. Variation temporelle = (Taux standardisé 2015-2017 – Taux standardisé 2001-2003) * 100 / (Taux standardisé 2001-2003).

4. Les taux en Île-de-France sont fortement sous-estimés en raison d'une absence de transmission des résultats d'investigation de l'institut médico-légal de Paris de 2001 à 2003 et de 2015 à 2017.

Lecture • Entre 2015 et 2017, en France entière (hors Mayotte), le taux de décès par suicide est de 14,0 pour 100 000 habitants. Il a diminué de 29,7 % entre 2001-2003 et 2015-2017. En Bretagne, le taux est supérieur de 55,6 % au taux moyen en France entière (hors Mayotte).

Champ • France entière (hors Mayotte).

Source • Inserm-CépiDc.

Les écarts entre les taux de suicide selon les régions doivent cependant être considérés avec prudence. Ils sont en effet vraisemblablement dus, en partie, à l'hétérogénéité des remontées d'information et pas nécessairement à des différences de situation épidémiologique réelles (ONS, 2016).

En 2017, le mode de suicide le plus fréquent reste la pendaison

En 2017, comme les années précédentes, le mode de suicide le plus fréquent est la pendaison (57 % des suicides), loin devant les armes (12 %), les prises de médicaments et autres substances (11 %) et les sauts d'un lieu élevé (8 %).

Les modes de décès les plus utilisés diffèrent sensiblement selon le sexe. Pour les hommes, il s'agit de la pendaison (62 % des suicides), puis des armes (15 %). Pour les femmes, il s'agit aussi de la pendaison (40 %), puis de la prise de médicaments et autres substances (25 %).

Le taux de décès par suicide en France est élevé par rapport au reste de l'Union européenne

Pour l'ensemble des 27 pays de l'Union européenne et pour le Royaume-Uni, le taux standardisé de décès par suicide s'élève à 10,3 pour 100 000 habitants en 2017. La France fait partie des pays européens ayant un taux élevé de suicide (13,4 pour 100 000 habitants), après la Belgique, la Finlande, l'Autriche et la plupart des pays de l'Est (**graphique**). Son rang est identique quel que soit le sexe.

Les données internationales doivent cependant être comparées avec prudence, en raison d'éventuelles différences en matière de définition du suicide, de la qualité et de l'exhaustivité des déclarations.

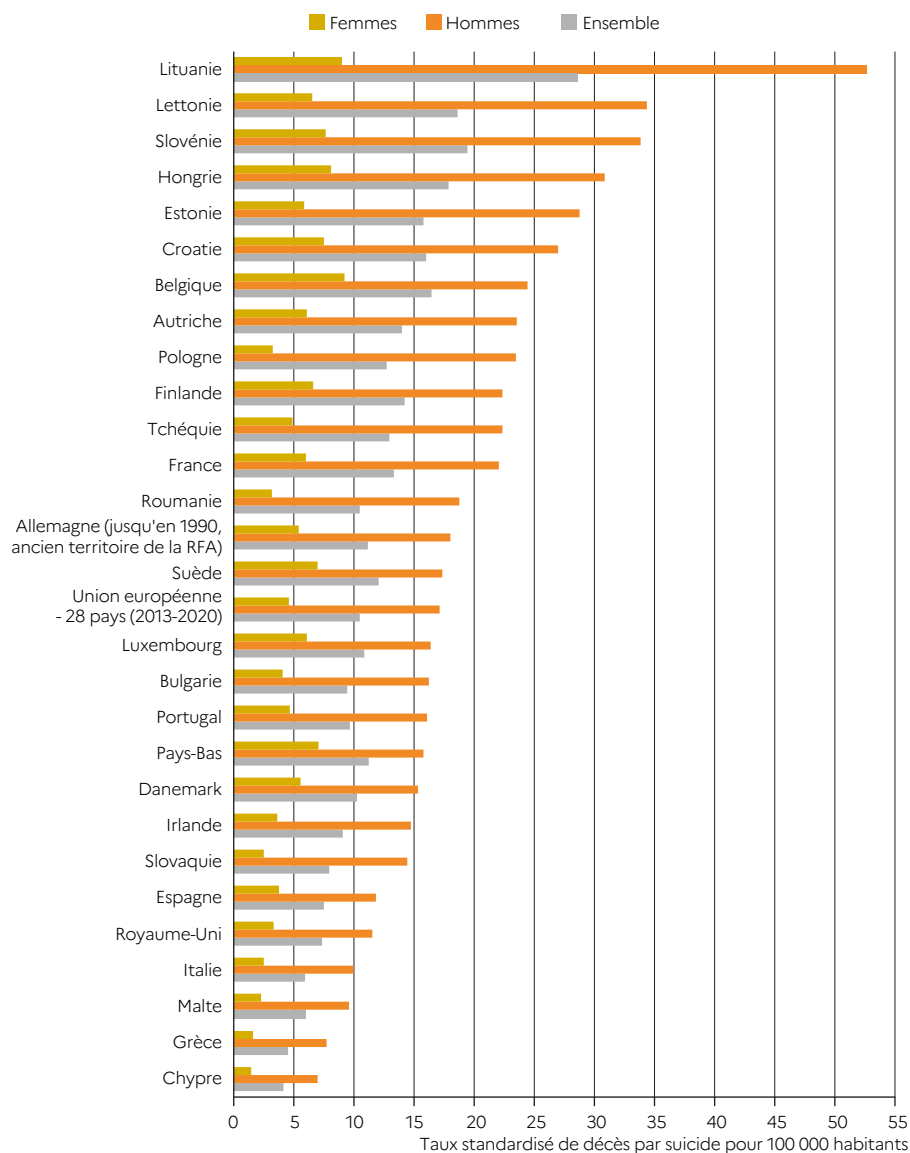
Synthèse

La France se situe, en Europe, parmi les pays ayant un taux de suicide élevé, malgré une baisse entre 2001 et 2017, sauf entre 2001 et 2009 chez les personnes de moins de 25 ans et chez celles âgées de 45 à 54 ans. Ce taux est nettement plus élevé chez les hommes, en particulier chez les hommes âgés. Il varie fortement selon les régions, avec des taux plus élevés dans la moitié nord de la France.

Les comparaisons régionales et internationales, ainsi que les variations récentes, doivent toutefois être interprétées avec prudence, en raison de la disparité des modalités de déclaration et de remontée des informations liées aux décès par suicide.



Graphique • Taux standardisé de décès par suicide dans l'Union européenne et au Royaume-Uni, par sexe, en 2017



Note • Taux de décès standardisé pour 100 000 habitants selon la structure par âge, selon la population de référence Eurostat UE-EFTA.

Source • Eurostat.

Références bibliographiques

- **Aouba, A., Péquignot, F., Camelin, L., et al.** (2011). Évaluation de la qualité et amélioration de la connaissance des données de mortalité par suicide en France métropolitaine, 2006. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 47-48, p. 497-500.
- **Aouba, A., Péquignot, F., Camelin, L., et al.** (2009, septembre). La mortalité par suicide en France en 2006. DREES, *Études et Résultats*, 702.
- **Laanani, M., Ghosn, W., Jougl, E., et al.** (2015). Impact of unemployment variations on suicide mortality in Western European countries (2000-2010). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 69(2), p. 103-109.
- **Observatoire national du suicide (ONS)** (2016). *Suicide : connaître pour prévenir. Dimensions nationales, locales et associatives – 2^e rapport*. Paris, France : DREES, p. 185.
- **Richaud-Eyraud, E., Rondet, C., Rey, G.** (2018). Transmission des certificats de décès au CépiDc-Inserm en cas de mort suspecte en France, depuis 2000. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 66(2), p. 125-33.
- **Richaud-Eyraud, E., Gigonzac, V., Rondet, C., et al.** (2018). État des lieux des pratiques et de la rédaction des certificats de décès par les instituts médico-légaux en France, en 2016, dans la perspective de la mise en place d'un volet complémentaire du certificat de décès. *La Revue de médecine légale*, 9(1).

FICHE 15

Violences sexuelles et tentatives de suicide

Claire Scodellaro (*Institut national d'études démographiques*)

Contexte

Le lien entre violence sexuelle subie et problème de santé mentale est bien établi par les enquêtes quantitatives en population générale (Scodellaro, 2020). En particulier, le fait d'avoir été victime de violence sexuelle et celui d'avoir effectué une tentative de suicide sont corrélés (Jaspard, *et al.*, 2003 ; Michel, *et al.*, 2005). Les tentatives de suicide peuvent-elles pour autant être considérées comme une conséquence des violences sexuelles ?

Deux clés d'analyse sont ici considérées. La première repose sur le lien temporel entre violence subie et tentative de suicide, qui interroge, d'un côté, le rapport chronologique entre ces deux événements et, de l'autre, le moment de la vie auquel survient pour la première fois une violence sexuelle (depuis l'enfance jusqu'à l'âge adulte). D'une part, les tentatives de suicide succèdent-elles aux violences sexuelles ou peuvent-elles les précéder ? D'autre part, le risque de tentative de suicide est-il aussi élevé quel que soit l'âge auquel la violence sexuelle a été subie pour la première fois, et culmine-t-il dans le même laps de temps après ce premier événement ? Le second point d'analyse concerne la coexistence de facteurs de vulnérabilité. D'autres situations de violence se cumulant à la violence sexuelle peuvent-elles augmenter le risque de passage à l'acte ?

Les études sur la violence sexuelle subie se focalisent souvent sur des événements ayant eu lieu soit pendant l'enfance (« *child abuse* ») soit à l'âge adulte, dans une période ayant eu lieu récemment au moment de l'enquête (le plus souvent dans les douze mois précédant son administration). L'enquête Violences et rapports de genre (Virage), menée par l'Institut national d'études démographiques (Ined), fournit quant à elle des données rétrospectives (**encadré 1**), qui ont donné lieu à des analyses biographiques (**encadré 2**) permettant de répondre à ces questions, en se focalisant sur les viols et tentatives de viol.

Une forte corrélation entre violence sexuelle subie et tentative de suicide

En 2015, les femmes âgées de 20 à 69 ans déclarent environ six fois plus souvent que les hommes avoir subi un viol ou une tentative de viol au cours de leur vie (3,6 % d'entre elles contre 0,6 % d'entre eux). Les âges auxquels femmes et hommes sont les plus exposés aux

violences sexuelles diffèrent également fortement. Les trois-quarts des hommes ayant rapporté ce type d'événement en ont été victimes dans l'enfance ou dans l'adolescence, avant 18 ans, alors que quatre femmes sur dix concernées l'ont pour la première fois été à l'âge adulte.

Les femmes rapportent également plus souvent une tentative de suicide que les hommes (6,5 % contre 2,9 %) [tableau 1]. Celle-ci est par ailleurs très fortement corrélée au fait d'avoir été victime de violence sexuelle. Ainsi, quasiment un tiers des femmes adultes exposées à un viol ou à une tentative de viol ont également tenté de se suicider. Le taux de suicide étant plus élevé parmi les hommes (Inserm-CépiDc, 2016), de même que leur taux de mortalité générale, la fréquence des violences sexuelles subies au cours de leur vie et leur corrélation avec des tentatives de suicide pourraient davantage être sous-estimées parmi eux. Cependant, la corrélation entre les deux types d'événements est déjà très forte et l'ampleur des inégalités face aux violences sexuelles selon le genre ne serait sans doute que peu atténuée par la prise en compte de la surmortalité masculine.

Encadré 1 – Les données de l'enquête Virage

Déroulement de l'enquête

L'enquête Virage, réalisée en 2015 par l'Ined, a été administrée par téléphone à un échantillon aléatoire de 15 556 femmes et de 11 712 hommes âgés de 20 à 69 ans, résidant en ménage ordinaire, en France métropolitaine. Lors de l'entretien, d'une durée moyenne d'une heure, l'enquêté est interrogé, de manière particulièrement détaillée par rapport à ce qui se fait habituellement dans les enquêtes, sur ses caractéristiques sociodémographiques et sur son état de santé. Certains événements recueillis, telles les tentatives de suicide, sont datés. Les questions concernant la survenue de violences sexuelles, parmi d'autres violences, concernent la période des douze mois précédant l'interrogation et antérieurement. Ces événements sont répartis selon la sphère de vie (travail, études, espaces publics, couple, ex-conjoint, famille). Les questions sur les violences sexuelles subies sont formulées en décrivant les faits, sans employer le mot « viol » par exemple, le classement selon les catégories juridiques de viol et tentative de viol étant effectué *a posteriori* (Debauche, *et al.*, 2017). L'enquêté est également interrogé sur son âge au moment de la première violence sexuelle.

Limites

Les données rétrospectives recueillies dans l'enquête sont issues d'éléments biographiques, avec les limites que cela implique. Selon son ancienneté, une violence subie, tout comme une tentative de suicide, peut en effet être interprétée, remémorée et donc déclarée différemment. Par ailleurs, bien que ces deux types d'événement soient questionnés à des moments différents de l'entretien, leur

déclaration a parfois lieu simultanément. Cela est sans doute dû au fait que les personnes interrogées font elles-mêmes le lien entre événement violent et événement de santé.

En outre, l'enquête ne permet pas de mesurer l'évolution de la suicidalité par âge au fil du temps. En effet, l'échantillon est uniquement constitué de personnes ayant survécu aux conséquences de violences sexuelles, que la mort des autres soit survenue par suicide ou pour une autre raison. Les données ne permettent donc pas d'estimer l'impact des violences sexuelles sur les suicides, mais plutôt celui des violences sexuelles sur les tentatives de suicide de celles et ceux qui y ont, par définition, survécu.

Encadré 2 – Méthodes d'analyse biographique

À partir de l'âge déclaré de la première tentative de suicide, on peut estimer la probabilité d'effectuer une tentative de suicide à chaque âge dans une cohorte fictive, qui connaîtrait au cours de sa vie les mêmes événements que ceux rapportés par les adultes âgés de 20 à 69 ans interrogés en 2015 pour l'enquête Virage (méthode de Kaplan-Meier). Cette méthode peut être appliquée aux seules personnes ayant vécu des violences sexuelles (**graphique 1**). À partir d'un modèle de Cox, on peut ainsi estimer les risques relatifs d'effectuer une tentative de suicide au cours de la vie d'un individu selon l'âge qu'il avait au moment du premier viol subi ou de la première tentative de viol (**tableau 2**). Seule la première tentative de suicide ayant eu lieu après la première violence sexuelle est prise en compte ici.

Pour estimer la probabilité de commettre une tentative de suicide selon la durée écoulée depuis la première violence sexuelle (cette durée pouvant être positive, négative ou nulle) un modèle de régression logistique à temps discret est utilisé. L'événement étudié est l'éventuelle tentative de suicide et, pour chaque individu, il est observé pour chaque durée jusqu'à son éventuelle survenue. Les variables de contrôle dans la régression sont donc la durée, mais aussi le carré de la durée et le sexe. Les probabilités de tentative de suicide estimées par ce modèle sont ici présentées pour les femmes (**graphique 2**).

Les risques relatifs de tentative de suicide au cours de la vie sont également examinés dans des cohortes fictives grâce à deux modèles de Cox successifs prenant en compte d'autres événements de violence datés (« événements perturbateurs ») que les violences sexuelles, ainsi que certaines caractéristiques sociodémographiques (**tableau 3**).

Tableau 1 • Tentative de suicide au cours de la vie selon le sexe et la déclaration de viol ou de tentative de viol

	En %	
	Femmes	Hommes
Viol ou tentative de viol au cours de la vie	32,6	28,7
Pas de viol ou de tentative de viol	5,5	2,7
Ensemble	6,5	2,9

Lecture • 32,6% des femmes ayant déclaré au moins un viol ou une tentative de viol au cours de leur vie ont également rapporté au moins une tentative de suicide.

Champ • Femmes et hommes âgés de 20 à 69 ans résidant en ménage ordinaire en France métropolitaine.

Source • Enquête Virage (Ined, 2015).

Un risque de tentative de suicide d'autant plus élevé que la première violence sexuelle a eu lieu à un jeune âge

La forte corrélation entre tentative de suicide et violence sexuelle n'implique pas que les tentatives de suicide succèdent aux violences sexuelles ni que ces dernières figurent parmi les facteurs déclencheurs du passage à l'acte. Les résultats qui suivent lèvent cette limite et prennent en compte la succession des événements, de manière à mettre en évidence le rôle de la violence sexuelle dans les tentatives de suicide.

Plus la première violence sexuelle a été subie à un jeune âge, plus la probabilité de faire une première tentative de suicide après cet événement est élevée (**tableau 2**). Ainsi, les personnes qui en ont été victimes dans l'enfance ou à l'adolescence ont des risques significativement plus élevés de commettre une tentative de suicide au cours de leur vie que celles ayant subi des violences sexuelles à 25 ans ou plus. Les personnes qui avaient moins de 15 ans au moment des faits sont en outre trois à quatre fois plus exposées à une tentative de suicide que celles qui avaient déjà au moins 25 ans.

Par exemple, si des violences sexuelles ont été subies avant l'âge de 11 ans, la probabilité d'avoir déjà fait une tentative de suicide à 50 ans est quasiment de 40 %, contre près de 15 % si les violences ont été subies à 25 ans ou après (**graphique 1**). La plus longue durée d'exposition au risque de suicide pour les victimes les plus jeunes n'est pas la seule explication. L'adolescence est aussi une période à risque en population générale, pendant laquelle le risque de première tentative de suicide est très élevé pour celles et ceux ayant déjà subi une violence sexuelle. Ainsi, la probabilité cumulée de faire une tentative de suicide après ce type d'événement augmente très fortement si ce dernier a eu lieu avant l'âge de 18 ans. À 18 ans, une personne sur six ayant subi une violence sexuelle avant l'âge de 11 ans a en outre déjà fait au moins une tentative de suicide.

Tableau 2 • Risque relatif de tentative de suicide au cours de la vie, selon l'âge au premier viol ou à la première tentative de viol

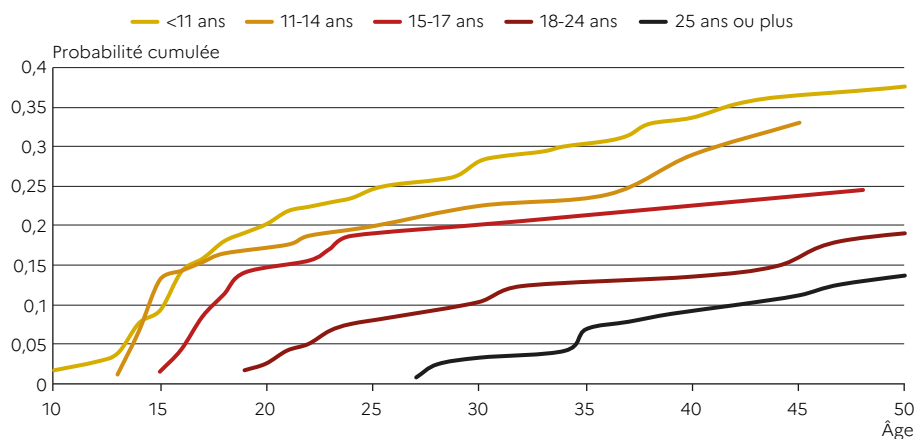
	Risque relatif
Avant 11 ans	3,9****
11-14 ans	3,2***
15-17 ans	2,4*
18-24 ans	1,5
25 ans ou plus	référence

Note • Le nombre d'étoiles indique la significativité statistique de la différence de risque de tentative de suicide au cours de la vie en fonction de l'âge du premier viol ou de la première tentative de viol, par rapport à celui de la catégorie de référence : au seuil de 1 pour 10 000 (****), de 1 pour 1 000 (***) ou de 1 pour 20 (*). Dans les autres cas, le risque n'est pas statistiquement différent de celui de la catégorie de référence.

Lecture • Par rapport aux personnes ayant déclaré un premier viol ou une première tentative de viol à 25 ans ou plus, celles qui ont connu cet événement avant l'âge de 11 ans ont un risque 3,9 fois plus élevé de faire une tentative de suicide avant 70 ans. Ce risque relatif est significatif au seuil de 1 pour 10 000.

Champ • Femmes et hommes âgés de 20 à 69 ans résidant en ménage ordinaire en France métropolitaine, ayant déclaré un viol ou une tentative de viol au cours de leur vie.

Source • Enquête Virage, Ined, 2015.

Graphique 1 • Probabilités cumulées d'une première tentative de suicide, selon l'âge au premier viol ou à la première tentative de viol

Lecture • Pour les personnes ayant subi un premier viol ou une première tentative de viol avant l'âge de 11 ans, la probabilité d'avoir déjà fait une tentative de suicide est de 24,6 % à 25 ans, et de 37,7 % à 50 ans.

Champ • Femmes et hommes âgés de 20 à 69 ans résidant en ménage ordinaire en France métropolitaine, ayant déclaré un viol ou une tentative de viol au cours de leur vie.

Source • Enquête Virage, Ined, 2015.

Un risque de tentative de suicide qui perdure longtemps pour les personnes victimes d'une première violence sexuelle dans l'enfance

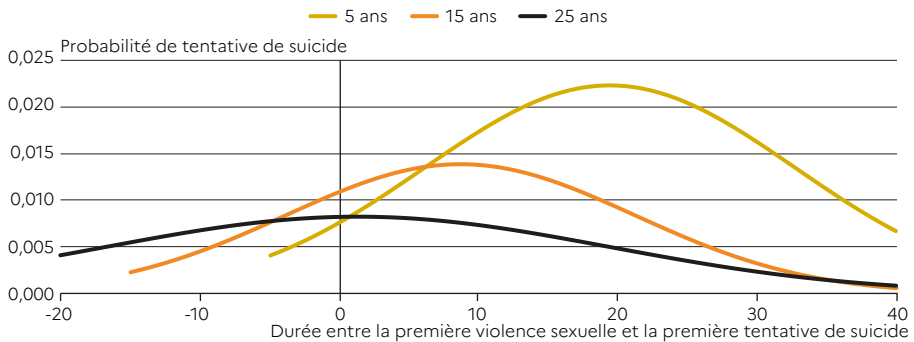
Lorsque la première violence sexuelle s'est produite à l'âge adulte, il est possible qu'une première tentative de suicide ait eu lieu auparavant, ce que l'approche précédente ne

permet pas d'observer. Les femmes ayant subi une première violence sexuelle à 25 ans ou à 15 ans ont ainsi une probabilité non négligeable d'avoir déjà fait une tentative de suicide avant cet événement (**graphique 2**). Cette probabilité continue cependant de s'élever par la suite. Pour les femmes qui en sont victimes à 25 ans, la probabilité de tentative de suicide culmine un à deux ans après les faits, ce qui concorde avec des analyses menées en Australie (Rees, *et al.*, 2014). Chez les adultes, le passage à l'acte survient ainsi assez rapidement après une violence subie.

Le risque de tentative de suicide s'élève pendant une durée d'autant plus importante que la victime était jeune au moment des faits. Par exemple, la probabilité d'un passage à l'acte pour une femme ayant subi une première violence sexuelle à l'âge de 5 ans culmine 19 ans après l'événement, et 9 ans après pour une femme qui avait alors 15 ans.

Le fait que certaines tentatives de suicide aient lieu avant une première violence sexuelle souligne que la corrélation entre violence et problème de santé mentale ne tient pas à une causalité univoque ou à une succession systématique des événements. Néanmoins, les tentatives de suicide surviennent majoritairement après le fait d'avoir subi une violence.

Graphique 2 • Probabilité d'une première tentative de suicide, selon la durée écoulée depuis l'âge au premier viol ou à la première tentative de viol (femmes)



Note - La partie gauche du graphique représente la probabilité d'avoir effectué une tentative de suicide avant d'avoir subi une première violence sexuelle, selon le temps écoulé entre les deux événements.

Lecture - Pour les femmes ayant subi un premier viol ou une première tentative de viol à l'âge de 5 ans, la probabilité d'une première tentative de suicide est maximale 19 ans après les faits (2,2 %).

Champ - Femmes âgées de 20 à 69 ans résidant en ménage ordinaire en France métropolitaine, ayant rapporté un viol ou une tentative de viol au cours de leur vie.

Source - Enquête Virage (Ined, 2015).

Un cumul de situations de violence avant la tentative de suicide

Les personnes qui déclarent avoir fait l'objet d'une violence sexuelle ont tendance à davantage rapporter d'autres situations de violence au cours de leur vie, pour différentes raisons : par exemple, une plus grande exposition aux autres violences, ou une plus grande facilité

à les identifier ou à en parler lors d'une enquête. En outre, certaines positions dans les rapports sociaux, telle l'identification à une minorité sexuelle (homosexuels ou bisexuels, par exemple) peuvent davantage exposer à la fois aux violences sexuelles (Trachman et Lejbowicz, 2020) et aux tentatives de suicide (Beck, *et al.*, 2011). Si les personnes ayant rapporté une violence sexuelle ont un risque 7,5 fois plus élevé de rapporter une tentative de suicide que les autres (**tableau 3, modèle 1**), c'est en partie parce que certaines d'entre elles ont également été exposées à d'autres situations de violence, ou que leurs caractéristiques sociodémographiques les exposent à la fois aux violences et aux problèmes de santé mentale. Lorsqu'on prend en compte ces autres événements et caractéristiques (**tableau 3, modèle 2**), le risque de tentative de suicide de ces personnes diminue de 7,5 à 2,6. Le risque relatif de tentative de suicide apparaît tout aussi élevé en cas de violence psychologique subie dans le cadre familial avant 18 ans (2,6). Il n'est guère plus faible en cas de violence conjugale (2,4) ou de violence physique familiale avant 18 ans (2,1). Le cumul de situations de violence joue donc un rôle non négligeable dans l'exposition des victimes de violence sexuelle au risque de tentative de suicide. Les femmes sont doublement désavantagées, car à la fois davantage victimes de violence sexuelle et d'autres situations de violence.

Tableau 3 • Risque relatif de tentative de suicide au cours de la vie selon le sexe et les situations de violence

	Caractéristiques	Risque relatif
Modèle 1 : sexe + violences sexuelles	Femme (référence = homme)	1,9
	Viol ou tentative de viol (référence = aucun)	7,5
Modèle 2 : Sexe + violences sexuelles + autres violences + caractéristiques sociodémographiques	Femme (référence = homme)	1,9
	Viol ou tentative de viol (référence = aucun)	2,6
	Violence conjugale (référence = aucune)	2,4
	Violence psychologique familiale subie avant 18 ans (référence = aucune)	2,6
	Violence physique familiale subie avant 18 ans (référence = aucune)	2,1

Note • Les variables sociodémographiques de contrôle (résultats non montrés) sont le statut socioprofessionnel des parents lors des 14 ans de l'enquête, la structure familiale à ce même âge, l'histoire migratoire, l'identification sexuelle, la religion et le placement par l'aide sociale à l'enfance.

Lecture • Modèle 2 : une fois les autres caractéristiques fixées, les personnes qui ont connu un viol ou une tentative de viol ont un risque de tentative de suicide au cours de la vie 2,6 fois plus élevé que celles qui n'en ont pas rapporté. Ce risque relatif est significatif au seuil de 1 pour 10 000.

Champ • Femmes et hommes âgés de 20 à 69 ans résidant en ménage ordinaire en France métropolitaine.

Source • Enquête Virage (Ined, 2015).

Synthèse

Le risque de tentative de suicide est fortement corrélé à une violence sexuelle subie (viol ou tentative de viol). Différentes méthodes biographiques permettent d'établir ce lien au cours de la vie des adultes de 20 à 69 ans y ayant, par définition, survécu. Le risque est d'autant plus élevé que le premier fait de violence sexuelle a eu lieu aux âges les plus jeunes, tout

particulièrement avant 15 ans. Il est le plus élevé si cette dernière a été subie avant l'âge de 11 ans. Les individus victimes de violence sexuelle pendant l'adolescence sont d'autant plus vulnérables que cette période de la vie est associée à un risque très élevé de tentative de suicide. Ce risque continue en outre de s'élever au-delà de cette période, pendant une durée d'autant plus importante que la victime était jeune au moment des faits. La violence sexuelle subie n'est cependant pas le seul facteur de passage à l'acte suicidaire. Le cumul avec d'autres violences au cours de la vie (violence conjugale ou familiale, notamment), contribue également aux tentatives de suicide pour une partie des hommes et plus souvent pour les femmes.

Références bibliographiques

- **Beck, F., Firdion, J.-M., Legleye S., et al.** (2011). Risques suicidaires et minorités sexuelles : une problématique récente. *Agora débats/jeunesses*, 58(2), p. 33-46.
- **Charruault, A., Grunvald, S., Scodellaro, C.** (2020). Les violences sur mineur.e.s dans la famille et son entourage. Dans Brown, E., Debauche, A., Hamel, C., et al. (dir.), *Violences et rapports de genre. Enquête sur les violences de genre en France*. Paris, France : Ined, p. 149-181.
- **Debauche, A., Lebugle, A., Brown, E., et al.** (2017). *Présentation de l'enquête Virage et premiers résultats sur les violences sexuelles*. Ined, *Document de travail*, 229.
- **Hamel, C., Debauche, A., Brown, E., et al.** (2016). Viols et agressions sexuelles en France : premiers résultats de l'enquête Virage. *Population et Sociétés*, 538.
- **Inserm-CépiDc** (2016). Données épidémiologiques sur les décès par suicide. Dans Observatoire national du suicide. *Suicide : connaître pour prévenir. Dimensions nationales, locales et associatives. 2^e rapport*. Paris, France : DREES, fiche 1.
- **Jaspard, M., Brown, E., Condon, S., et al.** (2003). *Les violences envers les femmes. Une enquête nationale*. Paris, France : La Documentation française.
- **Michel, G., Aquaviva, E., Aubron, V., et al.** (2007). Suicides : mieux comprendre, pour prévenir avec plus d'efficacité. Dans Beck, F., Guilbert, P., Gautier, A., *Baromètre santé 2005*. Saint-Denis, France : INPES, p. 487-506.
- **Scodellaro, C.** (2020). Violences et santé : le poids du genre ? Dans Brown, E., Debauche, A., Hamel, C., et al. (dir.), *Violences et rapports de genre. Enquête sur les violences de genre en France*. Paris, France : Ined, p. 443-483.
- **Trachman, M., Lejbowicz, T.** (2020). Lesbiennes, gays, bisexuel-le-s en trans (LGBT) : une catégorie hétérogène, des violences spécifiques. Dans Brown, E., Debauche, A., Hamel, C., et al. (dir.), *Violences et rapports de genre. Enquête sur les violences de genre en France*. Paris, France : Ined, p. 355-390.
- **Rees, S., Steel, Z., Creamer, M., et al.** (2014). Onset of common mental disorders and suicidal behavior following women's first exposure to gender based violence: a retrospective, population-based study. *BMC Psychiatry*, 14(312).

La stratégie nationale de prévention du suicide

*Pauline Mercier (Direction générale de la santé)
et Pierre Thomas (Pôle national du 3114)*

En France, bien que le taux de suicide soit en baisse tendancielle depuis 20 ans, près de 9 000 personnes mettent encore fin à leurs jours chaque année¹, ce qui représente près d'un suicide toutes les heures. Or, le suicide, qui résulte de l'interaction de nombreux facteurs (biologiques, psychologiques, sociaux, environnementaux) de mieux en mieux connus, est en partie évitable. La prévention du suicide est donc un enjeu majeur de santé publique, qui a été renforcé dans le contexte de crise sanitaire liée au Covid-19 et par les répercussions de cette dernière sur la santé mentale des Français.

Le ministère des Solidarités et de la Santé, qui mène de longue date des actions de prévention du suicide, a inscrit cette thématique dans la feuille de route santé mentale et psychiatrie de 2018, et réaffirmé cette priorité de santé publique à l'occasion du Ségur de la santé de juillet 2020.

La stratégie nationale de prévention du suicide s'appuie sur les recommandations du Haut Conseil de la santé publique (HCSP, 2016). Elle consiste à mettre en œuvre, de façon coordonnée, dans les territoires, un ensemble d'actions intégrées² :

- **Le maintien du contact avec les personnes ayant fait une tentative de suicide** : le dispositif Vigilans de recontact des personnes ayant fait une tentative de suicide, après une sortie des urgences ou à la suite d'une hospitalisation, est opérationnel en février 2022 dans 17 régions. L'amélioration de sa couverture infrarégionale est recherchée dès la même année. Depuis la création du dispositif en 2015, les centres Vigilans ont permis de suivre environ 90 000 personnes.
- **La formation au repérage, à l'évaluation et à l'intervention auprès des personnes à risque suicidaire** : une actualisation de ces formations a été réalisée en 2019 par le groupement d'études et de prévention du suicide (GEPS), avec le soutien du ministère des Solidarités et de la Santé. Ces dernières ont pour but de créer, dans les territoires, des réseaux de

1. En 2017, 8 225 décès par suicide ont été enregistrés en France métropolitaine (source Inserm-CépiDc 2017). En faisant l'hypothèse d'une sous-estimation de 10 %, on compterait après correction de l'ordre de 9000 décès (voir fiche 14).

2. Instruction n° DGS/SP4/2022/171 du 6 juillet 2022 actualisant l'instruction n° DGS/SP4/2019/190 du 10 septembre 2019 et relative à la stratégie nationale de prévention du suicide.

personnes relais, capables de repérer les personnes en souffrance et d’agir en lien avec les professionnels de santé pour leur prise en charge. Les formations s’adressent, d’une part, à des citoyens volontaires (les sentinelles) et, d’autre part, aux professionnels de santé prenant en charge les personnes en souffrance (évaluateurs et intervenants de crise). Une attention toute particulière est portée à la sensibilisation des médecins généralistes, car ces derniers constituent des acteurs clés dans l’offre de soins de premier recours. Une formation spécifique axée sur la dépression, qui intègre le repérage et l’évaluation du risque suicidaire, a par ailleurs été incluse, en 2020, dans les offres de développement professionnel continu (DPC) pour les professionnels de santé.

• **Le développement d’actions ciblées pour lutter contre le risque de contagion suicidaire :** les personnes exposées directement ou indirectement à un événement suicidaire ont un risque accru d’avoir elles-mêmes des idées suicidaires, ou même de passer à l’acte. Face à ce phénomène, l’objectif de la stratégie nationale de prévention du suicide consiste, à l’échelon d’un territoire, d’une entreprise ou d’une institution, à définir et à mettre en place un plan d’action en amont et en aval d’un événement suicidaire. Ce plan est élaboré autour de quatre axes : la promotion d’un traitement médiatique approprié en lien avec le programme Papageno³ ; le repérage et la sécurisation des hot-spots suicidaires⁴ ; l’intervention sur internet et les réseaux sociaux ; la définition, enfin, de plans de postvention⁵.

• **La mise en place d’un numéro national de prévention du suicide :** le 3114, accessible 7j/7 et 24h/24 sur l’ensemble du territoire (**encadré 1**), permet une prise en charge immédiate des personnes suicidaires par des professionnels du soin. À l’issue d’un appel à projets de la Direction générale de la santé⁶ publié le 8 décembre 2020, le CHU de Lille a été désigné comme pôle national en charge du déploiement opérationnel de cette ligne nationale, avec l’association de différents partenaires. Financé dans le cadre du Ségur de la santé, ce nouveau service public, complémentaire des lignes d’écoute associatives, a été mis en service le 1^{er} octobre 2021.

Pilotée par le ministère de la Santé et de la Prévention, la stratégie nationale de prévention du suicide a pour vocation de s’appliquer à tous les secteurs. L’objectif est d’agir au plus près des personnes à risque suicidaire et d’actionner tous les leviers disponibles pour leur apporter, notamment, une aide précoce (OMS, 2021). Cette stratégie s’appuie ainsi sur de nombreux partenaires. En outre, son impact est amplifié par l’action conjointe d’autres ministères engagés sur cet enjeu de santé publique : par exemple, le ministère de la Justice (pour la prévention du suicide auprès des personnes détenues), le ministère de l’Intérieur (pour la prévention auprès de ses agents), ou le ministère de l’Agriculture et de la

3. Papageno est un programme national intégré à la stratégie globale de prévention du suicide, qui vise à la fois la prévention de la contagion suicidaire et la promotion de l’entraide et du recours aux soins. Pour plus d’informations : <https://papageno-suicide.com>.

4. Un hot-spot suicidaire ou « site emblématique » est un site spécifique, généralement public, fréquemment utilisé comme lieu de suicide compte tenu de sa facilité d’accès, de sa symbolique ou de sa létalité perçue.

5. Ensemble des interventions qui se déploient après un suicide dans le milieu où ce dernier a eu lieu ou dans les milieux qui étaient fréquentés par la personne décédée (école, travail, communauté, etc.). Ces actions ont pour objectifs de diminuer la souffrance individuelle, de renforcer la capacité des individus à faire face à l’adversité, de diminuer le risque de contagion suicidaire, d’augmenter le sentiment de sécurité du milieu et de favoriser un retour au fonctionnement habituel pour le milieu touché.

6. Note d’information n° DGS/SP4/2020 du 8 décembre 2020 relative à l’appel à projet du pôle national chargé de la mise en place du numéro national de prévention du suicide.

Souveraineté alimentaire (pour la prévention auprès des professionnels de ce secteur). Les outils de la prévention du suicide sont à la disposition de tous, dans l'objectif partagé d'aller au-devant de ces décès évitables.

Encadré 1 – Le 3114, numéro national de prévention du suicide : une ligne téléphonique, un nouvel acteur de la prévention, un projet

Le 3114 : une ligne téléphonique

- Le 3114 est une ligne téléphonique fonctionnant 24h/24 et 7j/7. Elle est confidentielle, gratuite et accessible en tout point du territoire. Ses répondants sont infirmiers ou psychologues et sont supervisés par un psychiatre coordonnateur. Ils ont reçu une formation spécifique, adossée à un référentiel de bonnes pratiques professionnelles¹ (RBPP) spécialement créé et validé par un groupe d'experts.
- Le 3114 est de portée universelle. Il concerne aussi bien les personnes en souffrance psychique que les personnes inquiètes pour un proche, les personnes endeuillées par un suicide ou les professionnels engagés dans la prévention.
- Les répondants du 3114 offrent une écoute bienveillante et valorisent la démarche de demande d'aide des appelants, afin de renforcer le lien avec ces derniers. Le cas échéant, ils informent les appelants sur leurs droits en tant qu'usagers, conformément à la réglementation en vigueur sur la protection des données (RGPD).
- La réponse apportée par le 3114 peut prendre plusieurs formes : information, conseil, orientation (vers différentes ressources, sanitaires, médico-sociales, sociales, publiques ou associatives), intervention et secours. Elle peut également s'inscrire dans une logique de postvention, lorsque l'appelant est une personne endeuillée ou lorsque le centre de réponse est sollicité pour un suicide survenu en institution (Ehpad, par exemple).
- Dans tous les cas, le risque suicidaire fait l'objet d'une évaluation clinique spécifique. Chaque fois que nécessaire, l'entourage et les professionnels en contact avec la personne concernée par ce risque sont recherchés, dans le respect du secret médical. L'objectif est de rompre l'isolement de la personne en détresse, de l'éloigner des moyens létaux auxquels elle pourrait avoir accès et de l'accompagner dans des démarches de demande d'aide. Dans les situations les plus sensibles, un rappel de la personne peut être programmé. Ce rappel a pour but d'évaluer l'évolution clinique de la personne à risque et de vérifier si elle a eu recours aux services proposés et si elle a mis en application le plan d'action élaboré avec le répondant. L'urgence suicidaire est par ailleurs réévaluée à cette occasion. En revanche, le 3114 n'effectue

1. Le référentiel de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) est issu d'un triple corpus : empirique, extrait d'une revue de littérature francophone et internationale relative aux pratiques en prévention à distance des conduites suicidaires ; clinique, s'appuyant sur le retour d'expérience d'acteurs de terrain disposant d'une expertise dans l'aide à distance (opérateurs de Vigilans, médecins régulateurs et des assistants de régulation médicale du Samu-Centre 15, bénévoles de lignes d'écoute) ; et enfin théorique, s'appuyant sur un passage en revue des principaux modèles théoriques et des formations existantes dans le champ de la prévention du suicide.

pas d'accompagnement au long cours. Sa vocation est plutôt de passer le relais aux partenaires susceptibles d'assurer ce suivi, en s'y articulant de la façon la plus fluide et efficace possible.

- Pour assurer la qualité de leurs réponses et couvrir la grande diversité des appels, les répondants du 3114 s'appuient sur un répertoire large de ressources, incluant notamment les acteurs de la prévention du suicide aux niveaux local et national.
- L'organisation du 3114 est régionalisée. Elle est pilotée par des centres hospitaliers, avec l'objectif systématique d'établir des liens étroits avec le Samu, le service d'accès aux soins (SAS) et le dispositif Vigilans. Cette valence sanitaire ne saurait résumer l'action des centres répondants. En effet, ceux-ci doivent en outre s'inscrire dans un territoire, travailler avec les divers réseaux qui y sont implantés, qu'ils soient spécifiques ou non à la prévention du suicide, et s'inscrire dans la stratégie régionale de prévention du suicide pilotée par les Agences régionales de santé.

Le 3114 : un nouvel acteur dans la prévention du suicide, résolument inscrit dans des écosystèmes territoriaux

- 11 centres répondants sont ouverts au 31 décembre 2021. L'ouverture progressive de 6 autres centres en 2022 doit porter leur nombre total à 17, afin d'assurer un maillage de l'ensemble du territoire national (métropolitain et ultramarin).
- 3 centres fonctionnent 24h/24, les autres en journée. Les appels des centres de jour sont basculés durant la période de fermeture vers les centres fonctionnant 24h/24.
- Pour apporter une réponse la plus efficiente possible et assurer une bonne coordination avec d'autres structures, il est indispensable que les centres répondants connaissent leur territoire d'implantation et y nouent des partenariats. C'est pourquoi ils se composent non seulement de répondants, mais aussi de professionnels dont l'activité est consacrée à cet enracinement territorial (chargé de réseau ou travailleur social, par exemple). Le plan de déploiement du numéro national de prévention du suicide, validé par le ministère des Solidarités et de la Santé et annexé à son instruction du 7 juillet 2021², décrit plus précisément ces missions.
- L'inscription de ces centres dans un écosystème local et leur articulation fine avec tous les partenaires permet ainsi de travailler sur différents niveaux en mettant en œuvre :
 - une intervention dans le champ de la prévention universelle, sélective ou ciblée (approche multiniveau) ;
 - une intervention dans différents milieux de vie et appuyée sur différents secteurs de la prévention (approche multisectorielle) ;
 - une intervention combinant les modalités d'action pour la prévention (approche multimodale) ;

2. Instruction relative à la mise en place du numéro national de prévention du suicide dans le cadre de la stratégie nationale de prévention du suicide.

- une intervention convoquant différents champs de savoir (approche multidisciplinaire).

L'articulation entre ces niveaux d'intervention permet aux centres répondants et, au-delà, au numéro national de prévention du suicide, d'agir globalement en faveur de cette dernière. En cela, il constitue l'un des pivots de la stratégie ministérielle de prévention du suicide.

Références bibliographiques

- **Haut Conseil en santé publique (HCSP)** (2015, juin). *Évaluation du programme national d'actions contre le suicide 2011-2014*. Disponible à partir de l'url : <https://www.hcsp.fr>, rubrique Avis et rapports.
- **Organisation mondiale de la santé (OMS)** (2021). *Live life: an implementation guide for suicide prevention in countries*. Disponible à partir de l'url : <https://www.who.int>, rubrique Publications.

Caractéristiques sociodémographiques des personnes hospitalisées pour tentative de suicide entre 2015 et 2017 (EDP-Santé)

*Charline Sterchele, avec la collaboration de Samuel Allain
et Noémie Courtejoie (DREES)*

Contexte

En France, le suicide et les tentatives de suicide¹ affectent de manière contrastée les catégories sociales et professionnelles (ONS, 2020). Les conduites suicidaires diffèrent également selon l'âge et le sexe. Les hommes se suicident trois fois plus que les femmes (Rey, 2020), alors que ces dernières sont plus souvent hospitalisées pour tentative de suicide (Chan-Chee, 2020), particulièrement les jeunes filles âgées de 15 à 19 ans. Le système national des données de santé (SNDS) permet d'identifier de manière exhaustive les hospitalisations pour tentative de suicide, mais ne contient que très peu d'informations sur les caractéristiques socio-économiques des patients (âge, sexe, indice de défavorisation sociale de la commune de résidence, par exemple). Certaines enquêtes, tel le Baromètre santé de Santé publique France, collectent des données sociodémographiques (ONS, 2020). Cependant, leur mise en place est assez lourde et la taille des échantillons de personnes enquêtées reste modeste. Cette étude exploite les données de l'échantillon démographique permanent (EDP) de l'Insee apparié au SNDS ; celui-ci permet d'analyser des situations épidémiologiques rares comme les tentatives de suicide en population générale, tout en mesurant et en apportant un éclairage inédit sur les inégalités socio-économiques de santé (**encadré**).

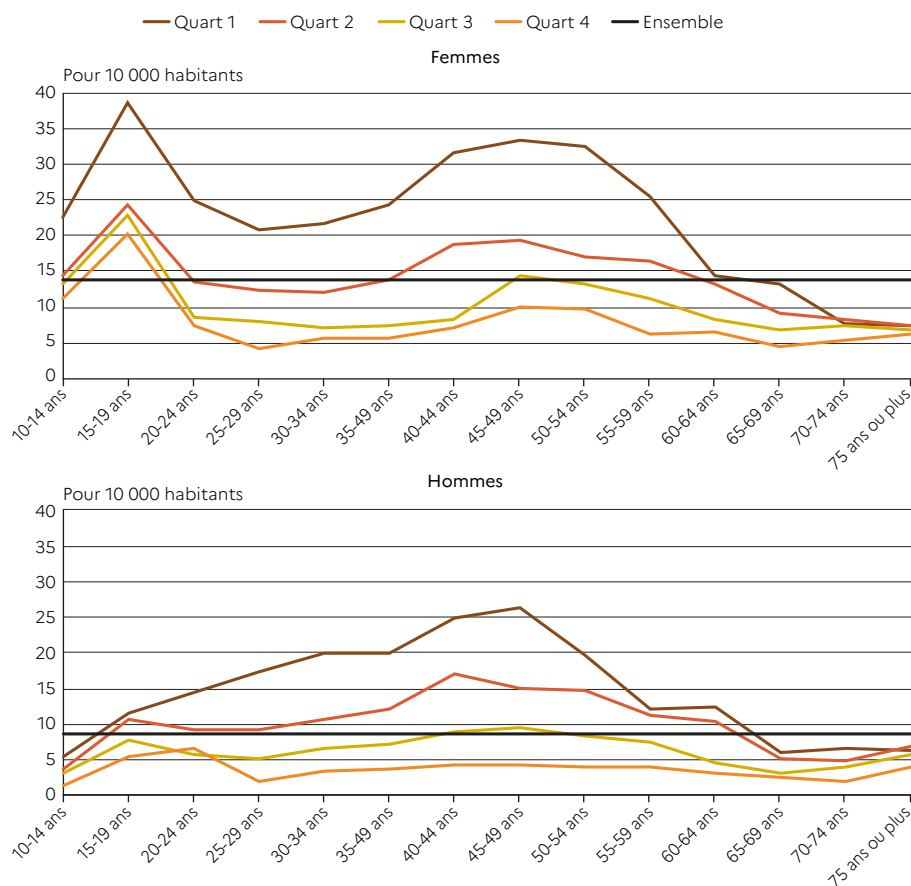
Des tentatives de suicide plus ou moins fréquentes selon le sexe, l'âge et le niveau de vie des individus

Entre 2015 et 2017, le nombre de personnes hospitalisées en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) pour tentative de suicide en France est stable : 78 128 en

1. Ici, le terme générique est utilisé, la mention des tentatives de suicide fait référence aux lésions auto-infligées.

2015, 77 093 en 2016 et 77 066 en 2017 (ATIH, 2016-2017). Au cours de cette période, 62 % des patients concernés sont des femmes. Le taux moyen de tentative de suicide (11,3 pour 10 000 habitants) est plus élevé pour ces dernières (13,8 pour 10 000 femmes) que pour les hommes (8,7 pour 10 000 hommes), avec plus de cinq points de différence (graphique 1).

Graphique 1 • Taux de tentative de suicide, selon le niveau de vie



Note • Le premier quart de niveau de vie correspond aux 25 % de la population avec le plus faible niveau de vie, et le quatrième quart aux 25 % de la population avec le plus haut niveau de vie.

Lecture • Pour le premier quart de niveau de vie, le taux de tentative de suicide des femmes de 15 à 19 ans appartenant à ce quartile est de 38,9 pour 10 000 femmes âgées de 15 à 19 ans appartenant à ce quartile.

Champ • Individus présents dans l'EDP-Santé rattachés à un foyer déclarant des revenus ou payant la taxe d'habitation (source Fidéli), hospitalisés pour tentative de suicide entre 2015 et 2017 en France entière, hors Mayotte.

Source • Insee-DREES, EDP-Santé 2015-2017, calculs DREES.

Les taux de tentative de suicide sont par ailleurs caractérisés par un gradient de niveau de vie très marqué. Ils sont en effet plus élevés chez les plus modestes et plus faibles chez les plus aisés. Ce gradient est visible pour presque tous les âges : il s'estompe seulement au-delà de 70 ans pour les femmes et au-delà de 65 ans pour les hommes. En revanche, le niveau de

vie n'affecte pas substantiellement le profil par âge des taux de tentative de suicide. Ainsi, pour tous les niveaux de vie, les femmes sont particulièrement vulnérables entre 15 et 19 ans, notamment chez les plus modestes. Dans cette tranche d'âge, où un premier pic de tentatives de suicide est identifié, 38,9 tentatives sont ainsi relevées pour 10 000 femmes dans le quart inférieur de la distribution des niveaux de vie. C'est presque deux fois plus que dans le quart supérieur. Les femmes âgées de 45 à 49 ans, concernées, quel que soit leur niveau de vie, par un second pic de tentatives de suicide, le sont aussi davantage parmi les plus modestes. Dans cette tranche d'âge, 33,4 tentatives sont ainsi relevées pour 10 000 femmes, ce qui est près de 3,5 fois plus que parmi les plus aisées.

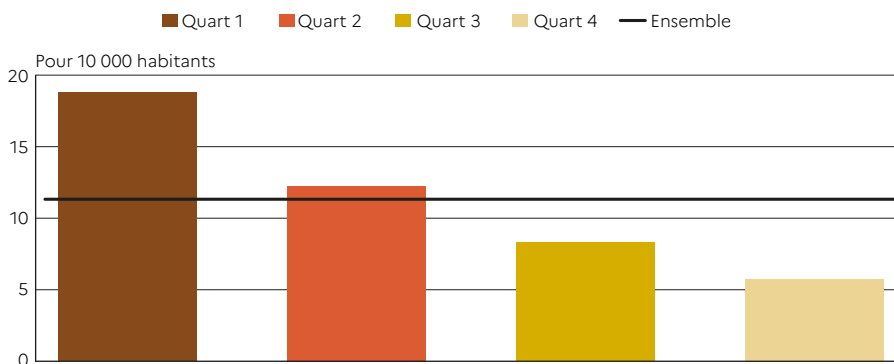
Chez les hommes, sauf dans le quart inférieur des niveaux de vie, un premier pic de tentatives de suicide concerne également la tranche d'âge des 15 à 19 ans, mais de manière moins accentuée que chez les femmes. Le profil général du taux de tentative de suicide chez les hommes est davantage en cloche, particulièrement pour les trois premiers quarts de la distribution des niveaux de vie : il croît jusqu'à atteindre un pic entre 40 et 50 ans et se replie ensuite. Dans le détail, les taux les plus élevés sont atteints entre 45 et 49 ans pour les hommes appartenant au quart des niveaux de vie les plus modestes ou au quart juste au-dessus du taux moyen (respectivement 26,4 et 9,4 tentatives pour 10 000 hommes). Ils sont atteints entre 40 et 44 ans pour les hommes dont le niveau de vie est parmi le quart juste au-dessous du taux moyen (17,1 tentatives pour 10 000 hommes). Pour les hommes faisant partie du quart supérieur des niveaux de vie, le taux de tentative de suicide est le plus important parmi les personnes âgées de 20 à 24 ans (6,5 tentatives pour 10 000 hommes). Tous sexes confondus, les taux de tentative de suicide sont globalement plus faibles aux âges les plus avancés (après 60 ans) et pour tous les niveaux de vie.

Le taux de tentative de suicide décroît à mesure que le niveau de vie augmente

À tous les âges de la vie, le taux de tentative de suicide est systématiquement plus élevé chez les individus les plus modestes, sauf aux âges les plus avancés où la différence s'atténue. En revanche, il est fortement influencé par le sexe et l'âge des personnes concernées, ce qui complexifie l'analyse des autres déterminants. Dans la suite de cette fiche, les taux de tentative de suicide sont dits « standardisés » afin de neutraliser les effets de l'âge et du sexe sur leur prévalence selon le statut conjugal, la structure du ménage, le statut d'activité, la catégorie socioprofessionnelle et le diplôme (**encadré**).

Le calcul des taux de tentative de suicide standardisés selon la position dans l'échelle des niveaux de vie confirme l'existence d'un gradient social face au risque d'attenter à ses jours. Ainsi, en contrôlant des effets d'âge et de sexe, les personnes les plus modestes ont presque quatre fois plus de risque de faire une tentative de suicide que les plus aisées (**graphique 2**).

Graphique 2 • Taux de tentative de suicide, standardisés selon le niveau de vie



Note • Le premier quart correspond aux 25 % de la population avec le plus faible niveau de vie, et le quatrième quart aux 25 % de la population avec le plus haut niveau de vie. Les taux ont été standardisés par âge (quinquennal) et sexe.

Lecture • Le taux de tentative de suicide est de 18,7 pour 10 000 habitants appartenant au premier quart de revenus.

Champ • Individus présents dans l'EDP-Santé rattachés à un foyer déclarant des revenus ou payant la taxe d'habitation (source Fidéli), hospitalisés pour tentative de suicide entre 2015 et 2017 en France entière, hors Mayotte.

Source • Insee-DREES, EDP-Santé 2015-2017, calculs DREES.

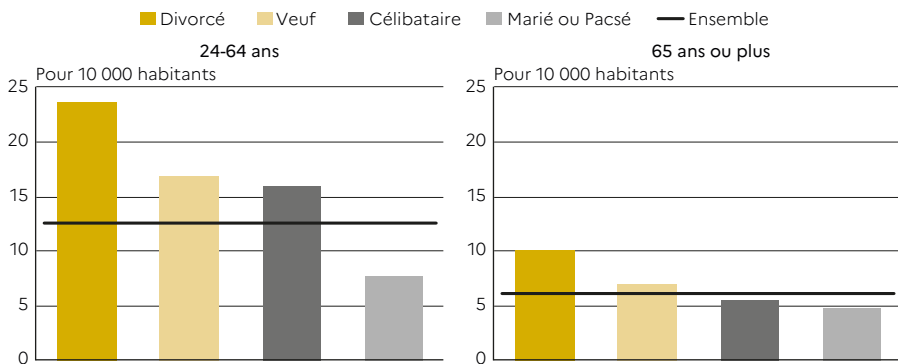
Les tentatives de suicide sont plus répandues parmi les personnes divorcées, célibataires et veuves

Dès 1887, Émile Durkheim, dans son ouvrage *Le Suicide*, émet l'idée d'une relation entre statut matrimonial et suicide. Des facteurs sociodémographiques, comme une situation matrimoniale compliquée, peuvent ainsi expliquer un passage à l'acte. Cela semble être également le cas pour les tentatives de suicide (**graphique 3**). En effet, ces dernières sont plus répandues parmi les personnes divorcées, principalement âgées de 25 à 64 ans (23,7 tentatives pour 10 000 divorcés) et, dans une moindre mesure, âgées de 65 ans ou plus (10,1 tentatives pour 10 000 divorcés). Le veuvage arrive en seconde position des facteurs sociodémographiques pouvant expliquer une tentative de suicide (17,0 tentatives pour 10 000 veufs âgés de 25 à 64 ans, et 6,9 tentatives pour 10 000 veufs âgés de 65 ans ou plus). Ce facteur est suivi de près par le célibat (15,9 tentatives pour 10 000 célibataires âgés de 25 à 64 ans, et 5,5 tentatives pour 10 000 célibataires âgés de 65 ans ou plus). Enfin, les individus mariés ou pacsés ont trois fois moins de risque que les personnes divorcées de faire une tentative de suicide parmi les individus âgés de 25 à 64 ans, et deux fois moins parmi les personnes âgées de 65 ans ou plus.

En plus du statut conjugal, la structure du foyer, au sens du foyer fiscal, peut également influencer sur les taux de tentative de suicide chez les femmes comme chez les hommes (**graphique 4**). Les personnes seules, avec ou sans enfant, font davantage de tentatives de suicide que la moyenne de la population. Néanmoins, l'effet est différent selon le sexe. Les femmes sont plus à risque lorsqu'elles sont seules avec enfant (20,9 tentatives pour 10 000 femmes seules avec enfant), alors que les hommes sont plus à risque lorsqu'ils sont seuls et sans enfant (17,2 tentatives pour 10 000 hommes seuls sans enfant).

Le risque de faire une tentative de suicide est réduit chez les personnes en couple, d'autant plus si ces individus ont un ou plusieurs enfants (5,3 tentatives pour 10 000 hommes en couple avec enfant et 8,1 tentatives pour 10 000 hommes en couple sans enfant ; 8,0 tentatives pour 10 000 femmes en couple avec enfant et 12,1 tentatives pour 10 000 femmes en couple sans enfant).

Graphique 3 • Taux de tentative de suicide, standardisés selon le statut conjugal



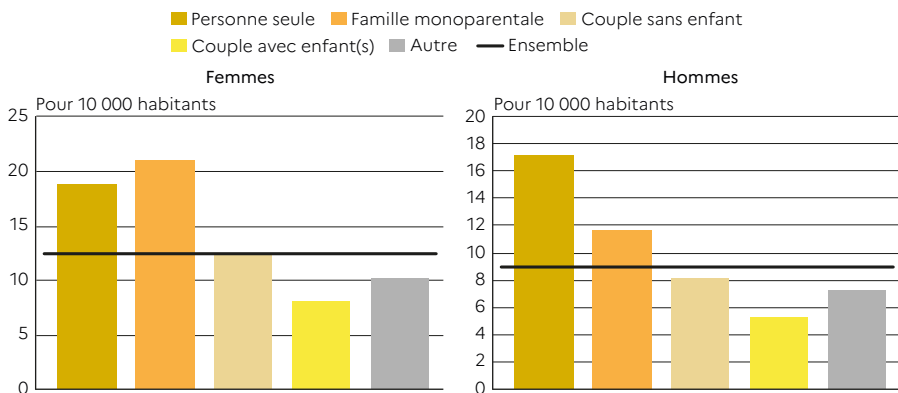
Note • La population de référence est âgée de 25 ans ou plus. Les taux ont été standardisés par âge (quinquennal) et sexe. Les statuts conjugaux sont présentés par ordre décroissant des taux de tentative de suicide standardisés.

Lecture • Le taux de tentative de suicide est de 23,7 pour 10 000 divorcés âgés de 25 à 64 ans.

Champ • Individus présents dans l'EDP-Santé rattachés à un foyer déclarant des revenus ou payant la taxe d'habitation (source Fidéli), hospitalisés pour tentative de suicide entre 2015 et 2017 en France entière, hors Mayotte.

Source • Insee-DREES, EDP-Santé 2015-2017, calculs DREES.

Graphique 4 • Taux de tentative de suicide, standardisés selon la structure du ménage



Note • La population de référence est âgée de 25 ans ou plus. Les taux ont été standardisés par âge (quinquennal) et calculés séparément selon le sexe. Les statuts conjugaux sont présentés par ordre décroissant des taux de tentative de suicide standardisés des hommes.

Lecture • Le taux de tentative de suicide est de 17,2 pour 10 000 hommes seuls. Le taux de tentative de suicide est de 8,0 pour 10 000 femmes en couple avec enfant(s).

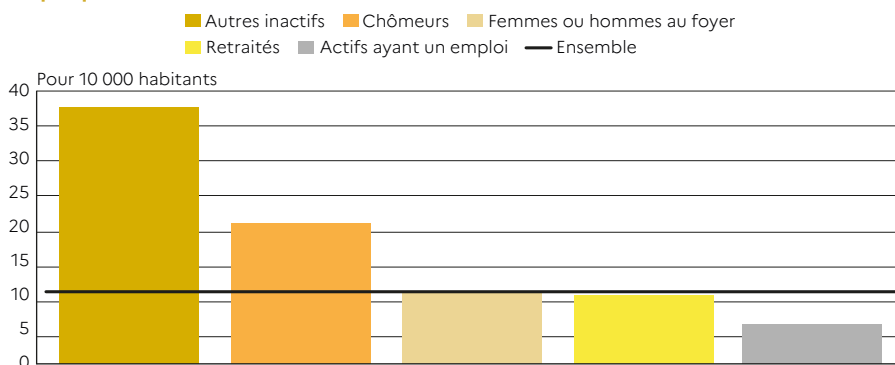
Champ • Individus présents dans l'EDP-Santé rattachés à un foyer déclarant des revenus ou payant la taxe d'habitation (source Fidéli), hospitalisés pour tentative de suicide entre 2015 et 2017 en France entière, hors Mayotte.

Source • Insee-DREES, EDP-Santé 2015-2017, calculs DREES.

Les tentatives de suicide sont nettement plus fréquentes chez les personnes sans activité professionnelle

La perte d'un emploi ou le chômage sont des facteurs pouvant entraîner un risque suicidaire plus important (ONS, 2020). Le chômage et l'inactivité sont en effet associés à un mal-être social, à un manque de reconnaissance, à une situation précaire et à des revenus moindres, qui eux-mêmes sont associés à une santé physique et mentale dégradée (Blasco, *et al.*, 2016). Les données mobilisées ici (**graphique 5**) indiquent effectivement que les personnes au chômage et celles appartenant à la catégorie « autres inactifs », qui comprend par exemple les personnes non retraitées ne déclarant pas rechercher un emploi, ont respectivement trois et six fois plus de risque de faire une tentative de suicide que les personnes en activité (37,5 tentatives pour 10 000 personnes inactives et 20,6 tentatives pour 10 000 chômeurs, contre 6,7 tentatives pour 10 000 personnes en emploi).

Graphique 5 • Taux de tentative de suicide, standardisés selon le statut d'activité



Note • La population de référence est âgée de 25 ans ou plus. Les « autres inactifs » sont les personnes ne déclarant pas rechercher un emploi mais non retraités, ainsi que les détenus. Les « retraités » sont les retraités ou les préretraités. Les taux ont été standardisés par âge (quinquennal) et calculés séparément selon le sexe.

Lecture • Le taux de tentative de suicide est de 20,6 pour 10 000 personnes au chômage âgées de 25 ans ou plus.

Champ • Individus présents dans l'EDP-Santé et résidant en France (source EAR), hospitalisés pour tentative de suicide entre 2015 et 2017 en France entière, hors Mayotte.

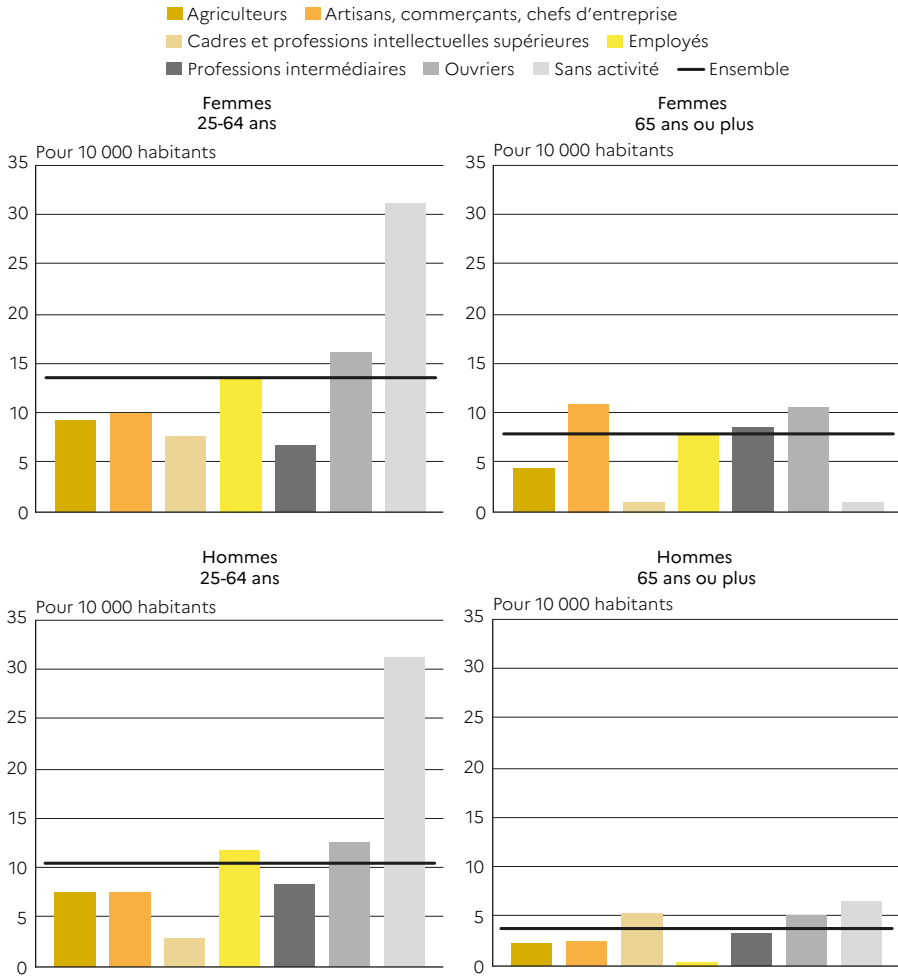
Source • Insee-DREES, EDP-Santé 2015-2017, calculs DREES.

Parmi les personnes en âge de travailler (25 à 64 ans), les taux de tentative de suicide sont identiques pour les femmes et pour les hommes (proches de 31 tentatives pour 10 000 habitants). Par ailleurs, entre 2015 et 2017, le risque de faire une tentative de suicide est plus élevé chez les personnes n'ayant jamais travaillé², les ouvriers et les employés que chez les cadres et professions intellectuelles supérieures. Les femmes sans activité professionnelle ont ainsi quatre fois plus de risque d'attenter à leurs jours (31,2 tentatives pour

2. Dans la nomenclature 2003 des professions et catégories socioprofessionnelles (PCS) de l'Insee, ce terme correspond à la catégorie « Autres personnes n'ayant jamais eu d'activité professionnelle ». Celle-ci inclut les chômeurs n'ayant jamais travaillé, les personnes sans activité de moins de 60 ans, les personnes sans activité de 60 ans ou plus et les élèves et étudiants. Les chômeurs et les personnes ayant déjà travaillé sont comptabilisés en fonction de leur dernière situation professionnelle. Les retraités ont également été reclassés dans la PCS de leur dernière activité professionnelle.

10 000 femmes) que les femmes cadres ou exerçant une profession intellectuelle supérieure (7,5 tentatives pour 10 000 femmes), et les hommes onze fois plus (31,3 tentatives pour 10 000 hommes sans activité professionnelle, contre 2,8 tentatives pour 10 000 hommes cadres) [graphique 6].

Graphique 6 • Taux de tentative de suicide, standardisés selon la PCS



Note • La population de référence est âgée de 25 ans ou plus. Les personnes sans activité professionnelle sont les chômeurs n'ayant jamais travaillé, les personnes sans activité de moins de 60 ans ou plus, et les élèves et étudiants. Les personnes retraitées ont été catégorisées en fonction de leur dernière activité recensée, ce qui diffère de la nomenclature des PCS de l'Insee de 2003. Les taux ont été standardisés par âge (quinquennal) et calculés séparément selon le sexe.

Lecture • Le taux de tentative de suicide est de 31,9 pour 10 000 hommes sans activité professionnelle âgés de 25 à 64 ans. Le taux de tentative de suicide est de 10,0 pour 10 000 femmes artisanes ou cheffes d'entreprise âgées de 65 ans ou plus.

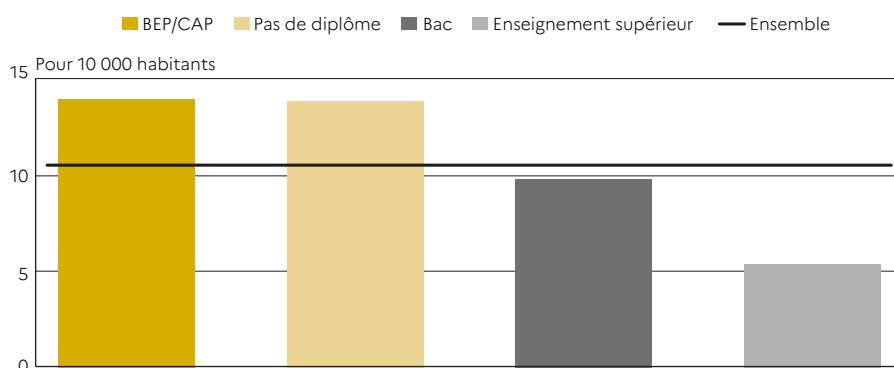
Champ • Individus présents dans l'EDP-Santé et résidant en France (source EAR), hospitalisés pour tentative de suicide entre 2015 et 2017 en France entière, hors Mayotte.

Source • Insee-DREES, EDP-Santé 2015-2017, calculs DREES.

Si un lien existe entre la situation socioprofessionnelle et le passage à l'acte, celui-ci varie en fonction de l'âge et du sexe (Baudelot, *et al.*, 2006). En particulier, à partir de 65 ans, les groupes sociaux les plus exposés au risque de tentative de suicide ne sont plus les mêmes³. Les femmes cadres de 65 ans ou plus sont moins vulnérables (1,2 tentative pour 10 000 femmes de cette PCS) que les artisanes et cheffes d'entreprise (11,0 tentatives pour 10 000 femmes de cette PCS). Les hommes cadres de 65 ans ou plus font plus de tentatives que les autres, excepté ceux n'ayant jamais travaillé (5,3 tentatives pour 10 000 hommes cadres). Ces résultats restent à prendre avec précaution, car ils sont obtenus sur la base d'une observation précisément datée (de 2015 à 2017). Or, des variations existent dans le temps, comme le soulignent Christian Baudelot et Roger Establet dans leur ouvrage *Suicide, l'envers de notre monde* : « Sur longue période, les groupes sociaux ne sont pas fixes ; des différences peuvent être notées selon les conjonctures économiques et les époques. »

Les tentatives de suicide sont plus répandues chez les personnes peu ou pas diplômées. Les personnes sans diplôme, avec un brevet d'études professionnelles (BEP) ou avec un certificat d'aptitude professionnelle (CAP) font plus de tentatives de suicide que la moyenne (14,0 tentatives pour 10 000 habitants), alors que les personnes avec le baccalauréat ou un diplôme de l'enseignement supérieur en font moins (respectivement 9,8 et 5,3 tentatives pour 10 000 habitants). Globalement, les personnes diplômées de l'enseignement supérieur ont presque trois fois moins de risque d'attenter à leurs jours que celles n'ayant pas de diplôme (graphique 7).

Graphique 7 • Taux de tentative de suicide, standardisés selon le niveau de diplôme



Note • La population de référence est âgée de 25 ans ou plus.

Lecture • Pour 10 000 personnes sans diplôme, 14,0 ont fait une tentative de suicide entre 2015 et 2017. Les taux ont été standardisés par âge (quinquennal) et sexe. Les niveaux de diplôme sont présentés par ordre décroissant des taux de tentative de suicide standardisés.

Champ • Individus présents dans l'EDP-Santé et résidant en France (source EAR), hospitalisés pour tentative de suicide entre 2015 et 2017 en France entière, hors Mayotte.

Source • Insee-DREES, EDP-Santé 2015-2017, calculs DREES.

3. Il s'agit de la PCS de la dernière activité professionnelle pour les retraités.

Synthèse

Entre 2015 et 2017, les tentatives de suicide touchent, à des degrés différents, les deux sexes, tous les milieux sociaux, tous les âges et toutes les professions. Les femmes et les hommes connaissent deux périodes de leur vie où les taux de tentative de suicide sont plus fréquents, quel que soit le niveau de vie : entre 15 et 19 ans et entre 40 et 45 ans. Les pics atteints sont plus élevés chez les femmes, qui attendent globalement plus que les hommes à leur vie. Chez les femmes et les hommes, les taux de tentative de suicide sont plus faibles aux âges les plus avancés. Dans l'ensemble, les personnes les plus modestes ont quatre fois plus de risque de faire une tentative que les plus aisées. Chez les individus âgés de 15 à 19 ans, ce risque est même huit fois plus élevé pour les jeunes femmes appartenant aux 25 % les plus pauvres de la population que pour les jeunes hommes appartenant aux 25 % les plus aisés. Les personnes qui vivent seules sont plus touchées que celles qui vivent en couple, en particulier les femmes seules avec un ou plusieurs enfants. Les personnes divorcées sont les plus vulnérables, quel que soit leur âge. Les personnes en âge de travailler, mais sans activité ou au chômage, sont beaucoup plus à risque que les personnes en emploi. Les PCS les plus exposées aux tentatives de suicide ne sont pas les mêmes parmi la population en âge de travailler et parmi les 65 ans ou plus. Les femmes et les hommes âgés de 25 à 64 ans et n'ayant jamais exercé d'activité professionnelle sont plus vulnérables que les autres, et celles et ceux en emploi ou ayant déjà travaillé ont de moins en moins de risque à mesure que la qualification de leurs emplois augmente. Chez les 65 ans ou plus, les hommes cadres sont plus particulièrement à risque. Enfin, les tentatives de suicide sont plus répandues chez les personnes peu ou pas diplômées.

Les observations par niveau de vie, niveau de diplôme et situation sur le marché du travail sont globalement cohérentes entre elles. Il n'est cependant pas possible à ce stade de mener une analyse multivariée, seule à même de mettre en évidence des corrélations « toutes choses égales par ailleurs ». En conclusion, un gradient social apparaît très nettement concernant les tentatives de suicide, avec un risque plus élevé pour les jeunes filles, les personnes divorcées ou seules, les personnes des milieux défavorisés ainsi que les personnes n'ayant jamais exercé d'activité professionnelle ou au chômage.

Encadré – Sources et méthodes

Sources

L'EDP-Santé est une base de données issues de l'appariement des données socio-économiques de l'échantillon démographique permanent (EDP) de l'Insee aux données de consommation de soins et d'hospitalisation du système national des données de santé (SNDS). L'EDP est un panel de grande taille, qui rapproche les informations de différentes sources administratives et enquêtes. Il couvre 4,4 % de la population, dont il constitue un échantillon représentatif. Le rapprochement

de l'EDP et du SNDS permet d'apporter un éclairage sur les inégalités sociales en matière de santé (Dubost, *et al.*, 2020). Les deux sources de l'EDP utilisées dans cette étude sont, d'une part, les données fiscales du fichier démographique des logements et des individus (Fidéli) et, d'autre part, celles des enquêtes annuelles de recensement (EAR). Ces deux sources ne couvrent pas le même champ et s'étudient de manière indépendante. Les données de chacune d'entre elles sont pondérées afin de rendre leurs échantillons respectifs représentatifs de la population exhaustive. Les jeux de poids sont produits par un calage sur les marges de la population exhaustive en question. Ils ne corrigent pas des écarts entre les sources. Ainsi, même après pondération, les populations d'étude ne sont pas strictement les mêmes. Les personnes figurant dans Fidéli sont les personnes rattachées à un foyer déclarant des revenus ou payant la taxe d'habitation, tandis que celles figurant dans les EAR sont les personnes résidant en France, hors Mayotte. Cela explique que le décompte des tentatives de suicide ne soit pas strictement identique entre les deux sources. Les données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) sur le champ médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), disponibles sur le portail de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), ont également été mobilisées pour fournir des données exhaustives sur les hospitalisations en MCO après tentative de suicide.

Champ de l'étude

Cette étude porte sur les personnes ayant fait une tentative de suicide et hospitalisées en MCO en France entière, hors Mayotte. Les patients pris en charge aux urgences mais non hospitalisés en MCO ne sont pas pris en compte.

Les hospitalisations pour tentative de suicide ont été sélectionnées dans le PMSI-MCO à partir des diagnostics associés (DA) des résumés de sortie anonymisés (RSA).

Critère d'inclusion

La 10^e révision de la classification internationale des maladies (CIM10) définit les tentatives de suicide par les codes suivants :

- X60 à X64 : auto-intoxication médicamenteuse.
- X65 à X69 : auto-intoxication par d'autres produits (alcool, solvant, gaz, pesticide, produit chimique).
- X70 : lésion auto-infligée par pendaison, strangulation, suffocation.
- X71 : lésion auto-infligée par noyade, submersion.
- X72 à X74 : lésion auto-infligée par arme à feu.
- X75 à X77 : lésion auto-infligée par exposition à la fumée, aux flammes et au gaz.
- X78 et X79 : lésion auto-infligée par objet tranchant.
- X80 : lésion auto-infligée par saut dans le vide.
- X81 à X82 : lésion auto-infligée par collision intentionnelle.
- X83 à X84 : lésion auto-infligée par un moyen non précisé.

Entre 2015 et 2017, 8 164 patients hospitalisés en MCO pour tentative de suicide ont été identifiés dans les données Fidéli, et 1 185 patients dans les données des EAR (nombre d'observations non pondérées). Une seule tentative de suicide par patient âgé de 10 ans ou plus a été retenue. Pour chaque variable étudiée (niveau de vie, statut conjugal, structure matrimoniale, groupe social et niveau de diplôme), les données manquantes ont été écartées, ainsi que les catégories contenant trop peu d'individus. Les traitements statistiques ont ainsi été établis sur 99 % des patients hospitalisés en MCO pour tentative de suicide retrouvés dans l'EDP-Santé, soit sur 198 319 patients après pondération pour les données Fidéli et 196 772 patients après pondération pour les données EAR.

Méthode d'analyse

Les tentatives de suicide étant des événements rares, les données de 2015, 2016 et 2017 ont été analysées conjointement pour augmenter la taille de l'échantillon.

Les deux sources de l'EDP-Santé étudiées permettent d'appréhender différents types d'inégalités sociales vis-à-vis des tentatives de suicide. Les données fiscales appariées au SNDS permettent de renseigner le niveau de vie (calculé à partir du revenu disponible du ménage de l'année précédente divisé par le nombre d'unités de consommation), ainsi que la structure du ménage. La structure du foyer est considérée au regard de la structure du ménage, ce dernier étant entendu ici comme un regroupement de foyers fiscaux ayant la même adresse. Les données des EAR renseignent sur le niveau de diplôme, sur la profession et la catégorie socioprofessionnelle des individus. Cependant, la structure de l'appariement conduit à des échantillons trop restreints pour pouvoir analyser conjointement l'influence de toutes ces variables. L'étude en reste donc à l'analyse du gradient social variable par variable.

L'analyse par structure du ménage, statut conjugal, niveau de diplôme et groupe social a été menée sur le champ restreint des personnes âgées de 25 ans ou plus, davantage susceptibles d'avoir achevé leurs études et fondé leur propre foyer. Les taux de tentative de suicide calculés pour les différentes modalités des variables considérées ont été standardisés pour tenir compte de l'effet de l'âge et du sexe. Ils l'ont été uniquement sur l'âge lorsque les résultats étaient déclinés par sexe, ou uniquement sur le sexe lorsque les résultats étaient déclinés par âge. Il existe deux types de standardisation (OPS, 2002), directe et indirecte. La méthode directe consiste à appliquer les taux par âge et sexe des populations étudiées à la distribution par âge et sexe d'une population de référence, de façon à calculer ce que le taux brut dans les populations étudiées serait si celles-ci avaient la même distribution par âge et sexe que la population de référence. La méthode indirecte consiste, dans un premier temps, à calculer le ratio entre le taux effectivement observé sur la population étudiée et le taux que l'on obtiendrait si on appliquait les taux par âge et sexe de la population de référence à la distribution par âge et sexe de la population étudiée. Dans un second temps, elle consiste à multiplier le

taux observé sur la population de référence par ce ratio calculé. Le résultat est alors exprimé comme un nombre de tentatives de suicide pour 10 000 personnes au sein de la population étudiée. Ce nombre est directement comparable en niveau au taux observé sur la population de référence, mais il est aussi standardisé, puisqu'il neutralise tout effet lié à des différences de structure d'âge ou de sexe entre la population étudiée et la population de référence. Parce qu'elle est recommandée pour étudier des sous-populations aux faibles effectifs, la méthode indirecte (Ancelle, 2017) est ici privilégiée.

Références bibliographiques

- **Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)** (2016-2017). Plateforme e-PMSI. Disponible à partir de l'url : <https://www.atih.sante.fr>.
- **Ancelle, T.** (2017). *Statistique Épidémiologie*. Paris, France : Maloine (éd n° 4), p. 352.
- **Baudelot, C., Estabiet, R.** (2006). *Suicide, l'envers de notre monde*. Paris, France : Points (éd. 2018).
- **Blasco, S., Brodaty, T.** (2016, juillet). Chômage et santé mentale en France. *Insee, Économie et Statistique*, 486-487, p. 17-44.
- **Chan-Chee, C.** (2020). Évolution des hospitalisations pour tentative de suicide en médecine et chirurgie en France entre 2008 et 2017. Dans Observatoire national du suicide (ONS), *Suicide, quels liens avec le travail et le chômage ? Penser la prévention et les systèmes d'information – 4^e rapport* (p. 121-128). Paris, France : DREES.
- **Dubost, C.-L., Leduc, A.** (2020, septembre). L'EDP-Santé, un appariement des données socio-économiques de l'échantillon démographique permanent au système national des données de santé. *DREES, Les dossiers de la DREES*, 66.
- **Observatoire national du suicide (ONS)** (2020, juin). *Suicide, quels liens avec le travail et le chômage ? Penser la prévention et les systèmes d'information – 4^e rapport*. Paris, France, DREES.
- **Organisation panaméricaine de la santé (OPS)** (2002, septembre). La standardisation : une méthode épidémiologique classique pour la comparaison des taux. *Bulletin épidémiologique*, vol. 23, 3.
- **Rey, G.** (2020). Données épidémiologiques sur les décès par suicide en France métropolitaine. Dans Observatoire national du suicide (ONS), *Suicide, quels liens avec le travail et le chômage ? Penser la prévention et les systèmes d'information – 4^e rapport* (p. 114-120). Paris, France : DREES.

Résultats de l'étude de faisabilité d'une surveillance des suicides en lien potentiel avec le travail

Virginie Gigonzac, Imane Khiredine-Medouni, Christine Chan-Chee, Laurence Chérié-Challine (Santé publique France)

Contexte

Avec 8 366 décès par suicide enregistrés en 2017, le taux de mortalité par suicide en France est supérieur à la moyenne européenne. En outre, une sous-estimation de 94 % a été rapportée et semble en partie liée à la transmission non systématique des informations sur les causes médicales de décès après enquête médico-légale dans certaines régions (Aouba, *et al.*, 2011).

En 2009, une étude pilote menée en Auvergne et dans le département de la Loire¹ s'est intéressée à trois sources de données fournissant des informations sur le suicide : le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Institut national de la santé et de la recherche (Inserm-CépiDc), les principaux régimes de sécurité sociale (concernant les réparations au titre d'accidents du travail) et les instituts médico-légaux (IML). Ces derniers permettent d'identifier le plus grand nombre de suicides en lien potentiel avec le travail (Bossard, *et al.*, 2016). Ils fournissent par ailleurs des informations sur les circonstances du décès : enquêtes de police ou de gendarmerie, observations du médecin légiste, témoignages des proches ou encore, éventuellement, lettre laissée par la victime. Les données des IML apparaissent donc comme une source intéressante pour la mise en place d'une surveillance épidémiologique des suicides ayant un lien potentiel avec le travail.

En 2018, un groupe de travail piloté par Santé publique France, réunissant des médecins légistes volontaires de huit IML² et l'Inserm-CépiDc, a élaboré une étude de faisabilité évaluant

1. En collaboration avec les médecins légistes des instituts de médecine légale : Éric Bonne (Nîmes), Audrey Farrugia-Jacamon (Strasbourg), Irène François-Purssell (Dijon), Estelle Godard (Strasbourg), Tiphaine Guinet (Lyon), Vincent Lopez (Clermont-Ferrand), Bertrand Ludes (Paris), Pauline Martin (Tours), Isabelle Nahmani (Grenoble). Avec l'aide du comité d'appui thématique en santé mentale et travail : Blandine Barlet (Institut de recherche interdisciplinaire en sciences sociales), Laurence Benichou (Caisse nationale de l'Assurance maladie), Jean-Jacques Chavagnat (CH Henri-Laborit), Gaëlle Encrenaz (Comptrassec), Irène François-Purssel (institut médico-légal de Dijon), Patrice Heurtaut (Caisse centrale de la mutualité sociale agricole), Valérie Langevin (Institut national de recherche et de sécurité), Loïc Lerouge (CNRS), Grégoire Rey (Inserm-CépiDc), Sarah Waters (*University of Leeds*).

2. La représentativité des IML n'a pas été recherchée. En revanche, il était important que les IML participant à l'étude présentent des caractéristiques variées en matière de taille, d'activité et de localisation géographique.

l'intérêt des données recueillies au sein des IML à des fins de surveillance épidémiologique des suicides en lien potentiel avec le travail (**encadré**). L'étude a également comme objectif de décrire les décès par suicide selon des caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des victimes, d'évaluer la part des suicides en lien potentiel avec le travail et d'en décrire ses caractéristiques. Cette étude fait suite à une recommandation de l'Observatoire national du suicide dans son premier rapport en 2014 (ONS, 2014).

Encadré – Étude de faisabilité d'une surveillance des suicides en lien potentiel avec le travail élaborée par Santé publique France

Recueil de données

L'étude prend en compte l'ensemble des décès par suicide survenus entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2018 et examinés dans les huit IML participants¹.

Les données recueillies concernent les caractéristiques sociodémographiques (sexe, date de naissance, département de domicile, situation familiale, etc.), les caractéristiques du décès (date, département, lieu du décès, circonstances apparentes du décès, moyen utilisé, etc.), les investigations médico-légales pratiquées, les comorbidités connues, les caractéristiques professionnelles (situation par rapport à l'emploi au moment du décès, catégorie sociale, secteur d'activité, etc.), ainsi que les circonstances de survenue du suicide dans lesquelles le travail a pu jouer un rôle : s'il a eu lieu lors d'une activité professionnelle, y compris pendant un trajet entre le domicile et le travail, au cours d'un déplacement professionnel ou au domicile, s'il s'agit du lieu de travail ; s'il a été commis sur le lieu du travail en dehors des horaires de travail ; si les conditions de travail sont mises en cause dans un courrier laissé par la victime ou par les témoignages de proches ou de témoins ; si le suicide est survenu en tenue de travail alors que la victime ne travaillait pas ; si des difficultés au travail étaient connues (perte d'emploi, conflit avec des collègues ou avec la hiérarchie, épuisement professionnel, difficultés rencontrées dans l'entreprise, etc.) ; si le moyen léthal utilisé, enfin, était un outil de travail.

Définition retenue pour les suicides en lien potentiel avec le travail

La définition utilisée dans cette étude pour les suicides en lien potentiel avec le travail a été établie au préalable par un comité d'appui thématique en santé mentale et travail. Piloté par Santé publique France, ce comité se réfère à plusieurs sources : la littérature internationale (Routley et Ozanne-Smith, 2012) le contexte juridique français (Lerouge, 2014), notamment les textes de loi concernant la déclaration et la reconnaissance du suicide en accident du travail (Code de la Sécurité sociale,

1. La méthodologie de cette étude a été présentée p. 87 du 4^e rapport de l'ONS : Observatoire national du suicide (ONS) (2020, juin). *Suicide, quels liens avec le travail et le chômage ? Penser la prévention et les systèmes d'information – 4^e rapport*. Paris, France, DREES. Les huit IML participants sont ceux de Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Lyon, Nîmes, Paris, Strasbourg, Tours.

articles L. 411-1 et L. 411-2 [Babin et Pichon, 2002], loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002), et la jurisprudence qui a interprété ces textes au regard du suicide².

Le lien potentiel avec le travail a été considéré pour tout suicide relevant d'au moins une des situations suivantes :

- La survenue du décès sur le lieu du travail, pendant ou en dehors des horaires de travail.
- Une lettre laissée par la victime mettant en cause ses conditions de travail.
- Le décès en tenue de travail alors que la victime ne travaillait pas.
- Le témoignage d'un proche ou d'un témoin mettant en cause les conditions de travail de la victime.
- Des difficultés liées au travail, recueillies auprès des proches ou auprès des enquêteurs (policiers, gendarmes) : contexte de perte d'emploi, conflit avec des collègues ou avec la hiérarchie, contexte d'épuisement professionnel, difficultés rencontrées dans l'entreprise, par exemple.

L'outil de travail utilisé comme moyen léthal n'a en revanche pas été retenu comme critère suffisant pour présumer de l'imputabilité du travail dans le geste suicidaire. En effet, le comité d'appui thématique a estimé que le recours à un outil de travail pour se suicider pouvait être dû à la facilité d'accès à ce moyen léthal (armes à feu chez les policiers et militaires, médicaments chez les professionnels de santé, par exemple).

2. Cour de cassation, deuxième chambre civile, 22 février 2007, 05-13.771 ; Cour de cassation, deuxième chambre civile, 1^{er} décembre 2011, 10-27056 ; Cour de cassation, deuxième chambre civile, 19 septembre 2013, 12-22.156 ; Cour de cassation, deuxième chambre civile, 12 juillet 2012, 11-19.293.

En 2017, 23 % des personnes décédées par suicide et dont la situation par rapport à l'emploi était connue exerçaient une activité professionnelle

En 2017, les hommes sont 2,5 fois plus représentés que les femmes parmi les 1135 décès par suicide instruits par les IML. En moyenne, les hommes ont 53 ans au moment des faits (âge minimum : 12 ans ; âge maximum : 100 ans) et les femmes 51 ans (âge minimum : 13 ans ; âge maximum : 92 ans). Chez les hommes comme chez les femmes, les personnes âgées de 65 ans ou plus représentent le quart des suicides examinés par les IML (**tableau 1**).

Parmi les 803 personnes dont la situation familiale était connue, la majorité était en couple au moment du décès (56,5 %). Après exclusion des données manquantes, près de 17 % des hommes et 12 % des femmes étaient en séparation. Le lieu du décès est majoritairement le domicile (60 %), quel que soit le sexe.


Tableau 1 • Description des caractéristiques des décès par suicide

	Ensemble		Femmes		Hommes	
	(n = 1 135)	%	(n = 318)	%	(n = 817)	%
Caractéristiques sociodémographiques						
Classe d'âge						
moins de 25 ans	95	8,4	27	8,5	68	8,4
25-34 ans	147	13,0	45	14,2	102	12,6
35-44 ans	158	14,0	47	14,8	111	13,7
45-54 ans	237	21,0	69	21,7	168	20,7
55-64 ans	187	16,6	50	15,7	137	16,9
65 ans ou plus	304	27,0	80	25,2	224	27,7
Ne sait pas	7				7	
Situation familiale						
Célibataire	198	24,7	48	21,4	150	25,9
En couple (conjoint(e), marié(e) ou pacsé(e))	454	56,5	137	61,2	317	54,7
Veuf (ve)	59	7,3	18	8,0	41	7,1
Divorcé(e) ou séparé(e)	92	11,5	21	9,4	71	12,3
Ne sait pas	332		94		238	
En contexte de séparation						
Oui	106	15,8	22	11,7	84	17,4
Non	564	84,2	166	88,3	398	82,6
Ne sait pas	465		130		335	
Caractéristiques du décès						
Lieu du décès						
Domicile	670	59,7	185	59,3	485	59,9
Établissement hospitalier	106	9,4	40	12,8	66	8,1
Ehpad, maison de retraite	14	1,2	5	1,6	9	1,1
Établissement pénitentiaire	24	2,1	0,0	0,0	24	3
Voie publique	191	17,0	57	18,3	134	16,5
Autre lieu	117	10,4	25	8,0	92	11,4
Ne sait pas	13		6		7	
Situation par rapport à l'emploi						
En emploi au moment du décès						
Oui	199	28,3	41	22,3	158	30,4
Non	505	71,7	143	77,7	362	69,6
Ne sait pas	431		134		297	

Lecture • 8,4 % des personnes décédées par suicide avaient moins de 25 ans.

Champ • Suicides survenus en 2018 et examinés dans les instituts médicaux légaux (IML) de Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Lyon, Nîmes, Paris, Strasbourg et Tours.

Source • IML de Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Lyon, Nîmes, Paris, Strasbourg et Tours.

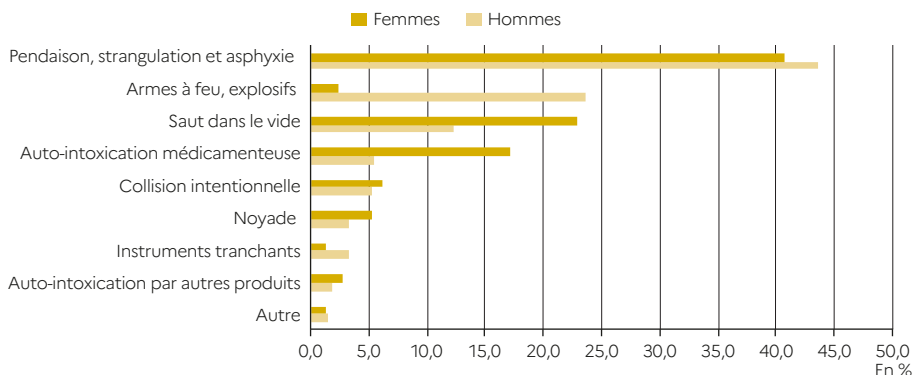
En 2017, parmi les 704 personnes décédées par suicide dont la situation par rapport à l'emploi était connue (soit 62 % des décès par suicide), 28 % exerçaient une activité professionnelle au moment de leur décès. Il s'agissait principalement d'employés (39 % chez les hommes et 57 % chez les femmes), puis de personnes appartenant à la catégorie des cadres et professions intellectuelles supérieures (16 % chez les hommes et chez les femmes). Les hommes concernés appartenaient le plus souvent aux secteurs d'activité de l'administration publique (16 %) et de la construction (11 %). Les femmes, quant à elles, relevaient le plus souvent des secteurs de la santé humaine et de l'action sociale (36 %), puis de l'administration publique (14 %).

Parmi les 505 personnes qui n'étaient pas en emploi au moment du décès (71,7 % des décès), plus de la moitié étaient retraitées (61 %). Près de 17 % des femmes et 13 % des hommes ne travaillaient pas pour des raisons de santé, et 8 % des hommes et des femmes étaient au chômage. Enfin, 7 % des hommes et 11 % des femmes étaient en formation au moment du décès.

La pendaison est le moyen de suicide le plus souvent utilisé, pour les femmes comme pour les hommes

Le moyen de suicide le plus souvent utilisé, quel que soit le sexe, est la pendaison (43 %), suivie, chez les hommes, de l'utilisation d'armes à feu dans 24 % des cas et du saut dans le vide dans 12 % d'entre eux. Chez les femmes, le saut dans le vide (23 %) et l'auto-intoxication médicamenteuse (17 %) représentent les moyens les plus souvent utilisés après la pendaison (graphique).

Graphique • Répartition des moyens de suicide utilisés, selon le sexe



Lecture • 5,2 % des femmes décédées par suicide ont mis fin à leurs jours par noyade.

Champ • Suicides survenus en 2018 et examinés dans les instituts médicaux légaux (IML) de Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Lyon, Nîmes, Paris, Strasbourg et Tours.

Source • IML de Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Lyon, Nîmes, Paris, Strasbourg et Tours.

Le lien potentiel entre travail et geste suicidaire a été identifié pour 42 % des personnes en emploi décédées par suicide en 2017

Parmi les 1 135 suicides examinés par les huit IML, 110 ont été identifiés comme potentiellement liés au travail selon la définition du comité d'appui thématique. Ce lien a pu être établi par plus d'un moyen parmi les cinq retenus pour cette étude (**encadré**). Pour 71 cas sur 110, le lien avec le travail a été établi par des proches ou par des enquêteurs, qui ont rapporté des difficultés au travail, tels une faillite, un épuisement professionnel, la perte d'un emploi ou encore des conflits avec les collègues ou la hiérarchie. Dans 37 cas, un témoignage de proche met en cause les conditions de travail de la victime. Le décès par suicide a eu lieu sur le lieu du travail, pendant ou en dehors des horaires de travail, pour 46 cas. Par ailleurs, 12 personnes ont laissé une lettre mettant en cause leurs conditions de travail et 4 personnes portaient leur tenue de travail au moment du décès. Les 110 personnes dont le suicide a été identifié comme potentiellement lié au travail étaient majoritairement en emploi au moment du décès (83 cas). Dans le cas contraire, elles étaient en formation ou en arrêt pour raison de santé (27 cas).

Dans cette étude, environ un décès par suicide sur dix a donc été identifié comme étant en lien potentiel avec le travail (9,7 %). Les hommes semblent un peu plus impactés que les femmes par ce lien (**tableau 2**). Parmi les personnes dont on savait qu'elles occupaient un emploi, le travail semble avoir joué un rôle dans le geste suicidaire dans 42 % des cas.

Enfin, les personnes âgées de 35 à 54 ans constituent plus de la moitié des personnes dont le suicide est en lien potentiel avec le travail (**tableau 3**).

Tableau 2 • Part estimée des suicides en lien potentiel avec le travail

	Total	Hommes	Femmes	En emploi	Pas en emploi
Nombre de suicides en lien potentiel avec le travail	110	83	27	83	27
Nombre total de suicides	1 135	817	318	199	505
Part estimée des suicides en lien potentiel avec le travail (en %)	9,7	10,2	8,5	41,7	5,3

Lecture • 9,7 % des décès par suicide sont potentiellement en lien avec le travail.

Champ • Suicides survenus en 2018 et examinés dans les instituts médicaux légaux (IML) de Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Lyon, Nîmes, Paris, Strasbourg et Tours.

Source • IML de Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Lyon, Nîmes, Paris, Strasbourg et Tours.

Tableau 3 • Caractéristiques des suicides en lien potentiel avec le travail

	Nombre de suicides en lien potentiel avec le travail	%
Sexe		
Femmes	27	24,5
Hommes	83	75,5
Âge		
<25 ans	6	6,5
25-34 ans	14	12,1
35-44 ans	17	21,5
45-54 ans	45	37,4
55-64 ans	18	16,8
65 ans ou plus	10	5,6
En emploi au moment du décès		
Oui	83	75,5
Non (formation, chômage, en arrêt pour raison de santé, etc.)	27	24,5
Catégorie sociale des personnes en emploi au moment du décès		
Agriculteurs exploitants	3	3,7
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	15	18,1
Cadres, professions intellectuelles supérieures	15	18,1
Professions intermédiaires	7	8,4
Employés	26	31,3
Ouvriers	10	12,0
Ne sait pas	7	8,4

Lecture • 24,5 % des personnes décédées par suicide étaient des femmes.

Champ • Suicides survenus en 2018 en lien potentiel avec le travail et examinés dans les instituts médicaux légaux (IML) de Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Lyon, Nîmes, Paris, Strasbourg et Tours.

Source • IML de Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Lyon, Nîmes, Paris, Strasbourg et Tours.

Synthèse, limites et perspectives

En France, les suicides en lien potentiel avec le travail ne peuvent pas être repérés par les systèmes actuels d'information sur les suicides. L'étude de faisabilité d'une surveillance des suicides en lien potentiel avec le travail élaborée par Santé publique France a permis, pour la première fois en France, d'en estimer la part à partir de données issues des IML. La définition retenue du suicide en lien avec le travail s'appuie sur la littérature scientifique et sur le contexte juridique français.

Les résultats montrent qu'environ 10 % des suicides recensés en 2017 seraient en lien potentiel avec le travail. Toutefois quelques précautions doivent être prises pour l'interprétation de ces résultats, en raison même de la difficulté de rattacher une unique cause à un geste suicidaire.

Cette étude n'établit pas l'imputabilité du travail dans le passage à l'acte suicidaire, mais estime la part des suicides pour lesquels des expositions professionnelles ont pu jouer un rôle plus ou moins important dans le passage à l'acte. Elle permet par ailleurs de mettre en place une approche épidémiologique facilement reproductible dans les études futures.

Ce travail ne porte que sur les cas examinés par des IML. Or, malgré l'existence d'une recommandation européenne préconisant la réalisation d'une autopsie médico-légale en cas de mort violente, notamment en cas de suspicion de suicide (ministère de la Justice, 2012), l'ensemble des suicides en France ne font pas l'objet d'investigations médico-légales, et le pourcentage des suicides examinés par les IML n'est pas connu. Ainsi, l'estimation de la part des suicides en lien potentiel avec le travail à partir des données des IML pourrait être surestimée si ces suicides donnent plus souvent lieu à des investigations médico-légales, ce qui par exemple pourrait être le cas pour les passages à l'acte suicidaire sur le lieu de travail. De plus, les résultats de cette étude de faisabilité issus de huit IML volontaires ne sont pas extrapolables à la France entière, en raison des particularités de chaque région étudiée en matière d'emploi, de tissu économique et d'épidémiologie du suicide, notamment.

Malgré ces limites, l'étude présente de nombreuses forces. Elle met en évidence la richesse des données des IML, notamment concernant les informations sur les liens potentiels entre suicide et travail, qui ne sont pas disponibles dans d'autres systèmes d'information actuels. D'autres études internationales ont montré l'intérêt d'utiliser les données issues des enquêtes médico-légales pour la recherche, la surveillance épidémiologique et la prévention des suicides (Routley et Ozanne-Smith, 2012 ; Milner, *et al.*, 2014 ; Perron, 2010). Grâce à ce type de données, une étude australienne avait mis en évidence que 17 % des suicides étaient liés à l'activité professionnelle entre 2000 et 2007 (Routley et Ozanne-Smith, 2012). De la même manière, au Japon, l'Agence nationale de la police, responsable des statistiques sur les suicides, a établi que 10,9 % des suicides étaient en lien avec le travail en 2010 (Lerouge, 2014).

Enfin, cette étude a donné lieu à des propositions pour améliorer la connaissance des suicides en lien avec le travail et pour développer un système à partir des données des IML, qui s'appuie notamment sur l'inventaire de situations pouvant informer sur ce lien. Le recueil de certaines variables jugées pertinentes est essentiel. Ces dernières pourraient être recensées à partir des réponses des proches de la victime et des enquêteurs à un questionnaire court et standardisé remis par les ILM. Ces variables concernent les caractéristiques professionnelles de la personne au moment de son décès et les circonstances de survenue du suicide qui pourraient avoir un lien avec le travail. Afin de pouvoir disposer, au niveau national, des variables pertinentes pour assurer la surveillance des suicides en lien potentiel avec le travail, deux possibilités pourraient être envisagées : soit ajouter ces variables dans le volet médical complémentaire du certificat de décès que doivent compléter les IML, soit adosser au volet médical complémentaire un module spécifique contenant ces variables. Ces propositions seront portées à la connaissance de la Direction générale de la santé, de l'Inserm-CépiDc et des IML, pour l'étude conjointe des modalités d'amélioration possible de la connaissance sur les suicides en lien avec le travail.

Références bibliographiques

- **Aouba, A., Pequignot, F., Camelin, L., et al.** (2011). Évaluation de la qualité et amélioration de la connaissance des données de mortalité par suicide en France métropolitaine, 2006. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 47-48, p. 497-500.
- **Babin, M., Pichon, N.** (2002). Obligation de sécurité et faute inexcusable de l'employeur. *Droit social*, 9-10, p. 828-839.
- **Bossard, C., Santin, G., Lopez, V., et al.** (2016). Surveillance des suicides liés au travail en France : une étude exploratoire. *Revue d'épidémiologie et de sante publique*, 64(3), p. 201-210.
- **Gigonzac, V., Khireddine-Medouni, I., Chan-Chee, C., et al.** (2021). Surveillance des suicides en lien potentiel avec le travail. Saint-Maurice, France : Santé publique France. Disponible à partir de l'URL : <https://www.santepubliquefrance.fr>, rubrique Maladies et traumatismes.
- **Lerouge, L.** (2014). État de la recherche sur le suicide au travail en France : une perspective juridique. *Travailler*, 2014(1), p. 11-29.
- **Milner, A., Morrell, S., LaMontagne, A. D.** (2014). Economically inactive, unemployed and employed suicides in Australia by age and sex over a 10-year period: what was the impact of the 2007 economic recession? *International journal of epidemiology*, 43(5), p. 1500-1507.
- **Observatoire national du suicide** (2014). *Suicide : état des lieux des connaissances et perspectives de recherche. 1^{er} rapport*. Paris, France : DREES.
- **Perron, P. A.** (2010). Les données des coroners au Québec : utiles pour la recherche, la surveillance et la prévention des décès. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 40-41, p. 417.
- **Routley, V. H., Ozanne-Smith, J. E.** (2012). Work-related suicide in Victoria, Australia: a broad perspective. *International journal of injury control and safety promotion*, 19(2), p. 131-134.

SYNTHÈSE P. 11

DOSSIERS P. 27

FICHES P. 139

ANNEXE



1. Décret n° 2018-688 portant création de l'Observatoire national du suicide

3 août 2018

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 16 sur 150

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Décret n° 2018-688 du 1^{er} août 2018 portant création de l'Observatoire national du suicide

NOR : SSAE1735124D

Publics concernés : parlementaires ; administrations ; professionnels de santé ; experts ; chercheurs ; associations.

Objet : création de l'Observatoire national du suicide.

Entrée en vigueur : le texte entre en vigueur le lendemain de sa publication.

Notice : le présent décret crée l'Observatoire national du suicide, en définit les missions et la composition.

Cet Observatoire se situe dans la continuité de la dynamique impulsée par l'Observatoire créé par décret le 9 septembre 2013 pour une durée de quatre ans. Il résulte du besoin des pouvoirs publics de disposer d'un instrument de connaissance et d'aide à la décision, pluridisciplinaire et indépendant, dans le champ de la prévention du suicide.

Références : le présent décret peut être consulté sur le site Légifrance (<https://www.legifrance.gouv.fr>).

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des solidarités et de la santé,

Vu la constitution, notamment son article 37 ;

Vu le décret n° 2006-781 du 3 juillet 2006 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements temporaires des personnels civils de l'Etat,

Décète :

Art. 1^{er}. – Il est créé, pour une durée de cinq ans, auprès du ministre chargé de la santé un Observatoire national du suicide, indépendant et pluridisciplinaire, dont les missions sont les suivantes :

- coordonner les différents producteurs de données ;
- identifier des sujets de recherche, les prioriser et les promouvoir auprès des chercheurs ;
- favoriser l'appropriation des travaux de recherche par les politiques publiques et le public de façon générale ainsi que leur diffusion ;
- produire des recommandations sur l'amélioration des systèmes d'information et en matière de recherche et d'études ;
- définir des indicateurs de suivi de la politique de prévention du suicide.

Art. 2. – L'Observatoire national du suicide est présidé par le ministre chargé de la santé.

Il comprend :

- le directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ou son représentant ;
- le directeur général de la santé ou son représentant ;
- le directeur général de l'offre de soins ou son représentant ;
- le directeur général de la cohésion sociale ou son représentant ;
- le directeur général du travail ou son représentant ;
- le directeur de l'animation de la recherche, des études et des statistiques ou son représentant ;
- le directeur de l'administration pénitentiaire ou son représentant ;
- le directeur général de la police nationale ou son représentant ;
- le directeur général de l'enseignement scolaire ou son représentant ;
- le directeur de l'évaluation, de la prospective et de la performance ou son représentant ;
- le directeur général pour l'enseignement supérieur et l'insertion professionnelle ou son représentant ;
- le directeur général de la recherche et de l'innovation ou son représentant ;
- le secrétaire général du ministère de l'agriculture et de l'alimentation ou son représentant ;

- un représentant d'une agence régionale de santé désigné par le ministre chargé de la santé ;
- un représentant du conseil d'orientation sur les conditions de travail ;
- un représentant de la Caisse nationale de l'assurance maladie ;
- un représentant de la Caisse nationale déléguée pour la Sécurité sociale des travailleurs indépendants ;
- un représentant de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole ;
- un représentant de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ;
- un représentant de l'Agence nationale de santé publique ;
- un représentant de l'Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire ;
- un représentant de l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ;
- un représentant de la Haute autorité de santé ;
- un représentant de l'Institut de recherche en santé publique ;
- un représentant du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès ;
- un représentant de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé ;
- un représentant de la Fédération nationale des Observatoires régionaux de santé ;
- un représentant de l'Institut national des études démographiques ;
- un représentant de la Fédération régionale Nord-Pas-de-Calais de recherche en santé mentale ;
- un représentant du Centre collaborateur OMS pour la recherche et la formation en santé mentale ;
- huit représentants d'associations susceptibles d'intervenir dans le champ du suicide, dont la liste et les modalités de représentation sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé ;
- trois psychiatres, un médecin généraliste, un médecin urgentiste, un médecin du travail, un médecin scolaire, un gériatologue et un médecin légiste désignés par arrêté du ministre chargé de la santé ;
- deux personnalités qualifiées désignées par arrêté du ministre chargé de la santé.

La présidence déléguée est assurée par le directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques assure le secrétariat de l'Observatoire.

Art. 3. – L'Observatoire national du suicide se réunit sur convocation de son président, qui arrête le programme annuel de travail et fixe l'ordre du jour des séances.

L'Observatoire peut, au titre de ses missions, constituer en son sein des groupes de travail chargés notamment du suivi des indicateurs ou de la recherche.

L'Observatoire élabore tous les dix-huit mois un rapport qu'il rend public. Ce rapport comprend un bilan et est alimenté par les travaux des groupes de travail.

Art. 4. – Le ministre d'Etat, ministre de l'intérieur, la garde des sceaux, ministre de la justice, la ministre des solidarités et de la santé, la ministre du travail, le ministre de l'éducation nationale, le ministre de l'agriculture et de l'alimentation et la ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 1^{er} août 2018.

EDOUARD PHILIPPE

Par le Premier ministre :

*La ministre des solidarités
et de la santé,*

AGNÈS BUZYN

*Le ministre d'Etat,
ministre de l'intérieur,*
GÉRARD COLLOMB

*La garde des sceaux,
ministre de la justice,*

NICOLE BELLOUBET

La ministre du travail,
MURIEL PÉNICAUD

Le ministre de l'éducation nationale,

JEAN-MICHEL BLANQUER

*Le ministre de l'agriculture
et de l'alimentation,*
STÉPHANE TRAVERT

*La ministre de l'enseignement supérieur,
de la recherche et de l'innovation,*

FRÉDÉRIQUE VIDAL

2. Arrêté du 1^{er} août 2018 portant nomination à l'Observatoire national du suicide

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

SANTÉ

SANTÉ PUBLIQUE

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 1^{er} août 2018 fixant la liste et les modalités de représentation des associations à l'Observatoire national du suicide

NOR : SSAE1830629A

La ministre des solidarités et de la santé,
Vu le décret n° 2018-688 du 1^{er} août 2018 portant création de l'Observatoire national du suicide,

Arrête :

Article 1^{er}

Les associations suivantes sont représentées à l'Observatoire national du suicide :

- Union nationale de la prévention du suicide (UNPS) ;
 - Groupement d'études et de prévention du suicide (GEPS) ;
 - Phare enfants-parents ;
 - Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM) ;
 - France Assos Santé ;
 - SOS amitié ;
 - Le Refuge ;
 - Association nationale des maisons des adolescents (ANMDA).
- Chacune de ces associations désigne un représentant.

Article 2

Le présent arrêté sera publié au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 1^{er} août 2018.

La ministre des solidarités et de la santé,
AGNÈS BUZYN

3. Arrêté du 1^{er} août 2018 fixant la liste et les modalités de représentation des associations à l'Observatoire national du suicide

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

SANTÉ

SANTÉ PUBLIQUE

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 1^{er} août 2018 portant nomination à l'Observatoire national du suicide

NOR : SSAE1830628A

La ministre des solidarités et de la santé,
Vu le décret n° 2018-688 du 1^{er} août 2018 portant création de l'Observatoire national du suicide,

Arrête:

Article 1^{er}

Les personnes suivantes sont nommées pour cinq ans à l'Observatoire national du suicide :

Guillaume Vaiva, psychiatre.
Jean-Louis Terra, psychiatre.
Cécile Omnès, psychiatre.
Caroline Huas, médecin généraliste.
Esther Simon-Libchaber, médecin urgentiste.
Nicolas Sandret, médecin du travail.
Brigitte Moltrecht, médecin scolaire.
Anne-Sophie Rigaud, gériatre.
Michel Debout, médecin légiste.

Les personnes suivantes sont nommées pour cinq ans à l'Observatoire national du suicide au titre des personnalités qualifiées :

Christian Baudelot.
Catherine Quantin.

Article 2

Le présent arrêté sera publié au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 1^{er} août 2018.

La ministre des solidarités et de la santé,
AGNES BUZYN

Contributeurs

Ce rapport a été réalisé sous la coordination scientifique de **Valentin Berthou**, **Aristide Boulch**, **Monique Carrière**, **Hadrien Guichard**, **Jean-Baptiste Hazo**, **Adrien Papuchon**, **Charline Sterchele** et **Valérie Ulrich** de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).

Il a bénéficié de la relecture de **Franck Arnaud**, sous-directeur des synthèses, des études économiques et de l'évaluation (DREES).

Ont contribué au dossier 1 :

Marion David (Centre nantais de sociologie)

Monique Carrière (DREES)

Ont contribué au dossier 2 :

Christian Baudelot (École nationale supérieure)

Pierre Chalmeton (Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé [FNORS])

Céline Chollet (FNORS)

Muriel Dhénain (Haute Autorité de santé)

Karine Goueslard (CHU de Dijon)

Fabrice Jollant (université de Paris et GHU Paris psychiatrie et neurosciences)

Inès Khatî (FNORS)

Bérénice Lambert (FNORS)

Vanessa Laurent (FNORS)

Céline Leclerc (FNORS)

Philippe Le Moigne (Centre de recherche médecine, sciences, santé, santé mentale, société)

Patricia Medina (FNORS)

Margot Morgiève (Centre de recherche médecine, sciences, santé, santé mentale, société)

Cynthia Morgny (FNORS)

Charles-Édouard Notredame (CHU de Lille, Inserm)

Catherine Quantin (CHU de Dijon et Inserm)

Nathan Storme (CHU de Lille)

Lise Trottet (FNORS)

Ont contribué aux fiches :

Fiche 1 : **Anne Fouillet**, **Isabelle Pontais**, **Céline Caserio-Schönemann** (Santé publique France),

Diane Martin et **Grégoire Rey** (Inserm-CépiDc)

Fiche 2 : **Cécile Forgeot** et **Céline Caserio-Schönemann** (Santé publique France)

Fiche 3 : **Philippe Pirard**, **Francis Chin**, **Imane Khiredine** et **Nolwenn Regnault** (Santé publique France)

Fiche 4 : **Dominique Vodovar** (université de Paris, Inserm et association des centres antipoison), **Ingrid Blanc-Brisset** (CHU de Bordeaux et association des centres antipoison) et **Fabrice Jollant** (université Paris Cité et GHU Paris psychiatrie et neurosciences)

Fiche 5 : **Jean-Baptiste Hazo** et **Aristide Boulch** (DREES), en collaboration avec le groupe EpiCov

Fiche 6 : **Alexandra Rouquette** (université Paris-Saclay), **Camille Davisse-Paturet** (Inserm) et **Jean-Baptiste Hazo** (DREES)

Fiche 7 : **Christophe Léon** et **Enguerrand du Roscoät** (Santé publique France)

Fiche 8 : **Christophe Léon** et **Enguerrand du Roscoät** (Santé publique France)

Fiche 9 : **Coralie Gandré** (Institut de recherche et documentation en économie de la santé)

Fiche 10 : **Marielle Wathelet**, **Guillaume Vaiva** et **Fabien D'Hondt** (CHU de Lille)

Fiche 11 : **Melissa Macalli** et **Christophe Tzourio** (Inserm, université de Bordeaux)

Fiche 12 : **Françoise Facy** et **Marc Fillatre** (Union nationale de prévention du suicide)

Fiche 13 : **Pascale Fritsch** (Direction générale de la santé)

Fiche 14 : **Grégoire Rey** (Inserm-CépiDc)

Fiche 15 : **Claire Scodellaro** (Institut national d'études démographiques)

Fiche 16 : **Pauline Mercier** (Direction générale de la santé) et **Pierre Thomas** (Pôle national du 3114)

Fiche 17 : **Charline Sterchele**, avec la collaboration de **Samuel Allain** et **Noémie Courtejoie** (DREES)

Fiche 18 : **Virginie Gigonzac**, **Imane Khireddine-Medouni**, **Christine Chan-Chee**, **Laurence Chérié-Challine** (Santé publique France)

Ce rapport a bénéficié de la collaboration scientifique de l'ensemble des membres de l'Observatoire national du suicide, de ceux du groupe de travail « Données statistiques » et du groupe de travail « Axes de recherche ».

Il est édité par le bureau des publications et de la communication de la DREES :

Directeur de publication : **Fabrice Lengart**

Responsable d'édition : **Valérie Bauer-Eubriet**

Coordination éditoriale : **Laura Dherbecourt** et **Elisabeth Castaing**

Correction : **Laura Dherbecourt**

Conception graphique : **Philippe Brulin**

Maquette : **NDBD**

Contact :

DREES : drees-ons@sante.gouv.fr

Site Internet : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/article/l-observatoire-national-du-suicide-ons>

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 / SEPTEMBRE 2022

Quels sont les effets de la pandémie de Covid-19 sur les conduites suicidaires ? Afin d'analyser les conséquences de l'épidémie et des restrictions d'activité associées sur le suicide et, plus largement, sur la santé mentale, les membres de l'Observatoire national du suicide (ONS) ont mobilisé des données statistiques et des travaux de recherche portant sur différentes phases de la crise sanitaire ou permettant de comparer celle-ci à la situation antérieure.

La santé mentale s'est dégradée au sein de la population française dès le début du premier épisode de confinement, en mars 2020. Cependant, les hospitalisations pour tentative de suicide ont diminué au printemps et jusqu'à l'été 2020. Les décès par suicide semblent également avoir été moins nombreux pendant les périodes de confinement de 2020. En revanche, à partir de l'automne 2020 et au moins jusqu'au premier semestre 2022, les gestes suicidaires augmentent très sensiblement pour les adolescentes et les jeunes femmes.

Ces résultats confirment la vulnérabilité des jeunes et questionnent les modalités de la prévention du suicide auprès de ce public. Quatre recherches, financées par l'ONS et restituées dans ce rapport, analysent la dynamique des trajectoires de vie des jeunes et ouvrent ainsi des perspectives de prévention. Il s'agit d'anticiper leurs attentes en intervenant au bon moment dans leur parcours, par le biais d'un maillage d'acteurs.

Les conséquences socioéconomiques de la crise sanitaire pourraient également avoir des effets défavorables pour d'autres segments de la population. Les inégalités sociales face au risque suicidaire, documentées de manière inédite dans ce rapport, sont en effet fortes et ont été amplifiées par la pandémie de Covid-19.

L'Observatoire national du suicide a été renouvelé en août 2018 afin de poursuivre les travaux statistiques et de recherche sur la prévention du suicide dans toutes ses dimensions.

N° ISBN : 978-2-11-162755-0

N° Diffusion : 522-008

OBSERVATOIRE
NATIONAL
DU SUICIDE