

ÉTATS GÉNÉRAUX de la

SANTÉ MENTALE

04
déc.
24



HALLE AUX GRAINS - BLOIS

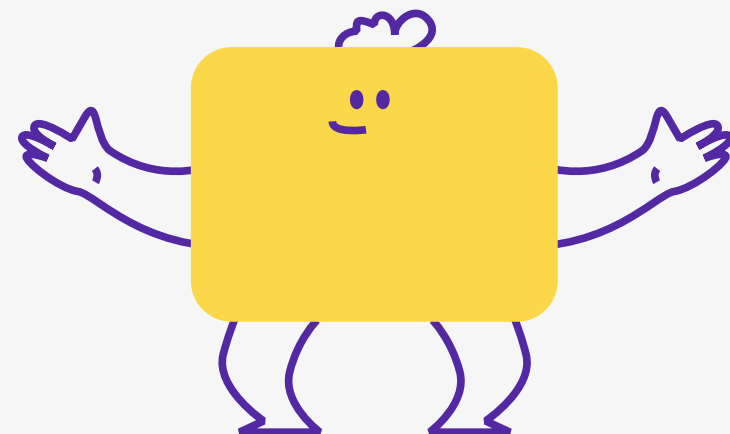


Avec le soutien de



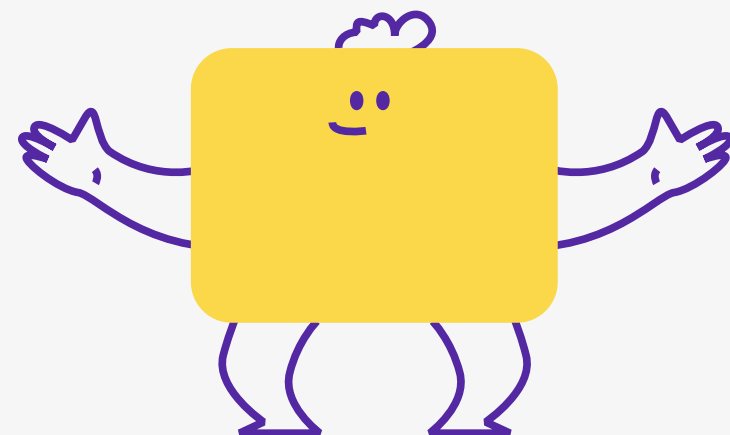


Olivier SERVAIRE-LORENZET
Président de la CRSA



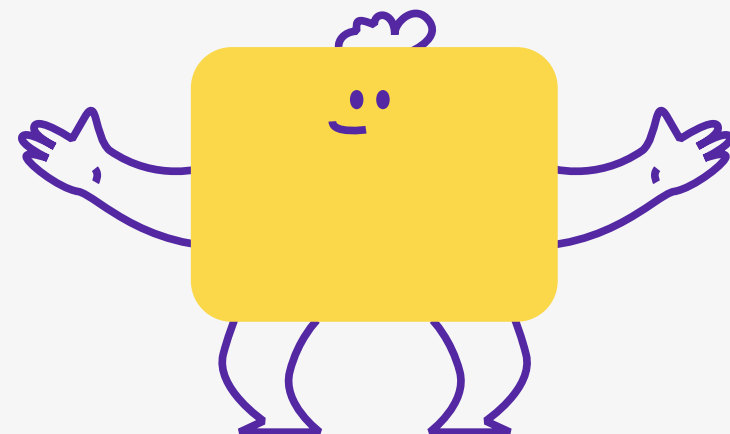


Clara de BORT
Directrice générale de l'ARS





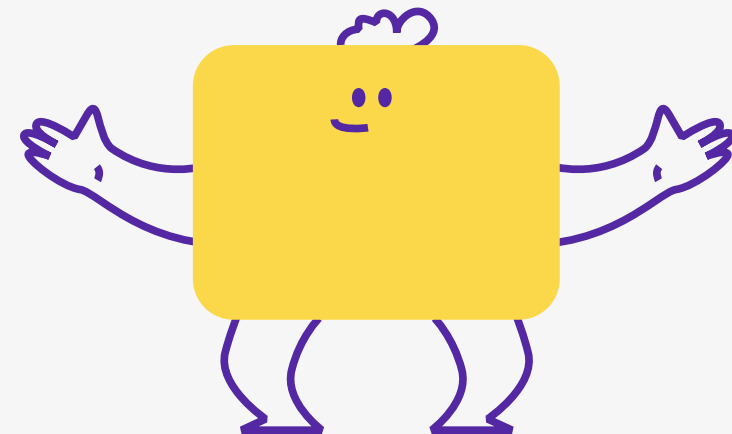
Jean-Philippe AGRESTI
Recteur de l'académie Orléans-Tours





Adrien PAPUCHON

Responsable de la Mission recherche de la DREES et de l'ONS
(Observatoire national du suicide)



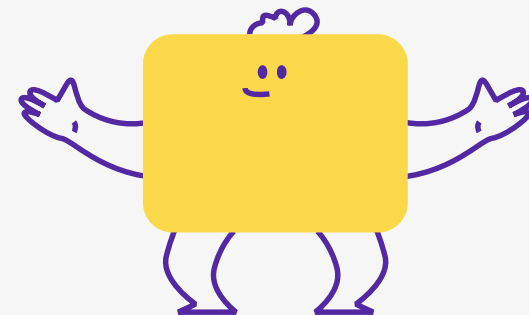


Santé mentale et psychiatrie : de quoi parle-t-on ?



Aude CARIA

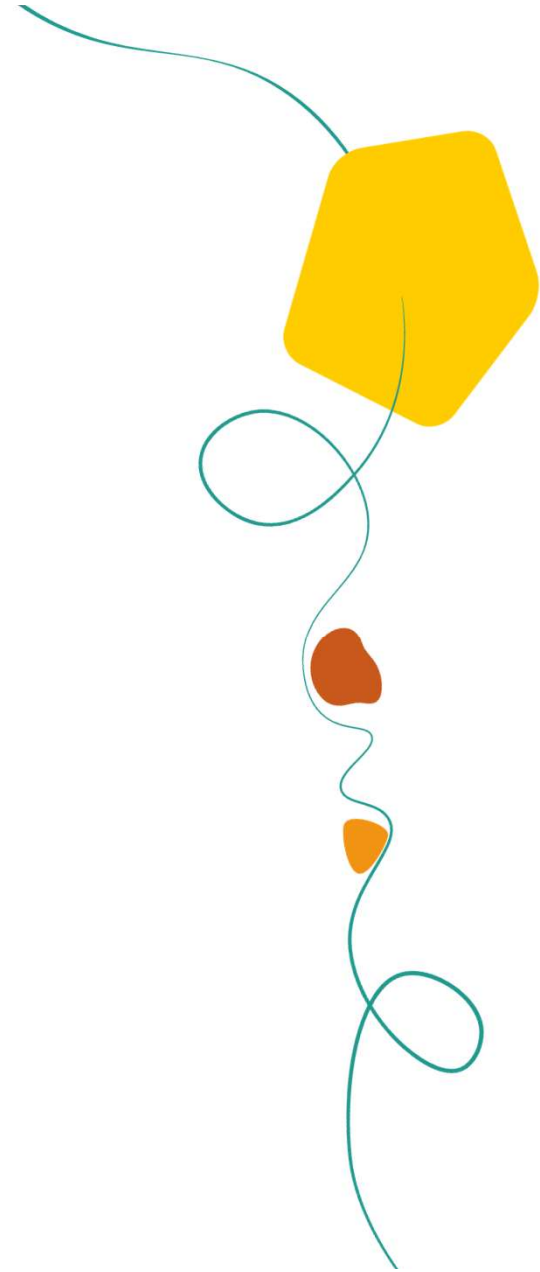
Directrice de PSYCOM



Santé mentale et psychiatrie : de quoi parle-t-on ?

Aude CARIA – Directrice

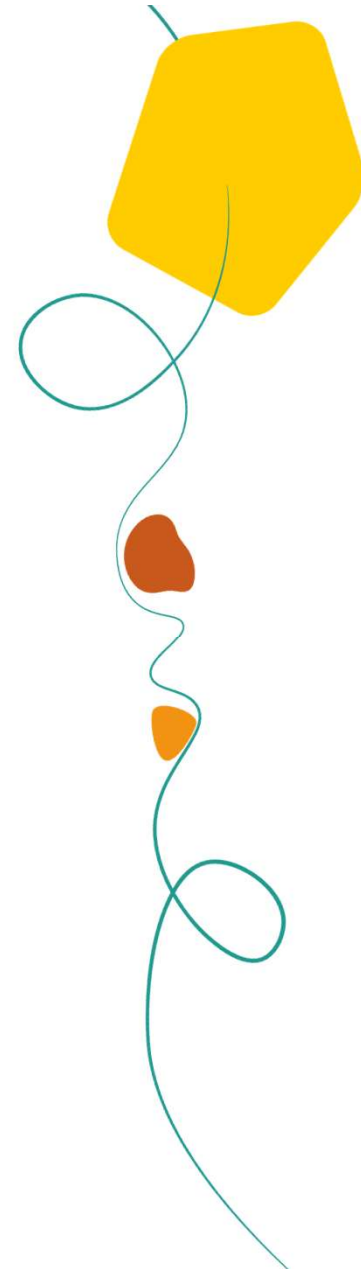
Etats généraux santé mentale - Blois, 4 décembre 2024



Déclaration de liens d'intérêts

Je déclare n'avoir **aucun lien d'intérêts** avec des entreprises fabriquant ou commercialisant des produits de santé (médicaments, dispositifs médicaux, matériel médical, etc.).

Art. L4113-13 du Code de la santé publique



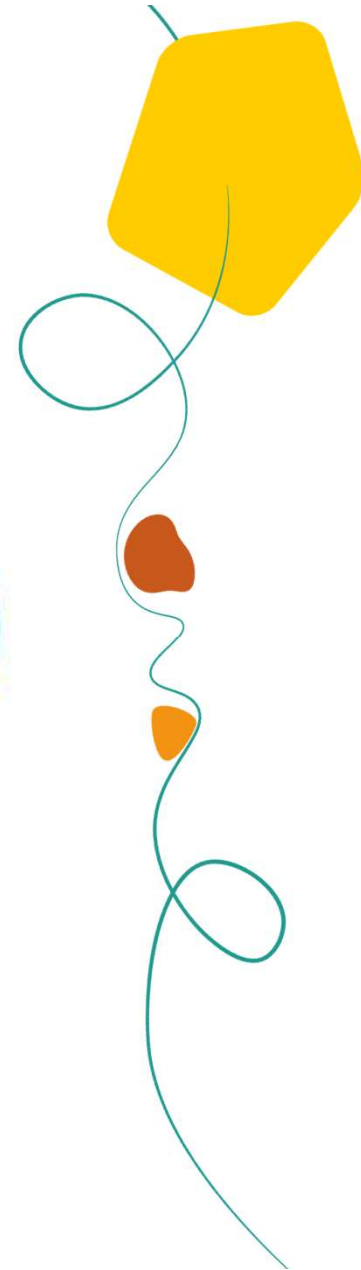
PSYCOM

Santé Mentale Info

Psycom est un organisme public
qui **informe, oriente et sensibilise** sur
la **santé mentale**



psycom.org



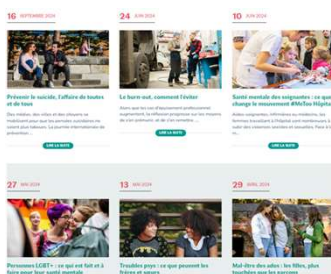
INFORMER

Nous proposons une information **fiable, accessible et indépendante** sur la **santé mentale** (les troubles psychiques, les soins, l'accompagnement etc.)
sous **différents formats** :

Brochures



Revue de presse



Réseaux sociaux



Site web 360°

psycom.org

50 Pages :

Promotion, prévention
et soins

PSYCOM
Santé Mentale Info

SENSIBILISER

Nous créons des **outils pédagogiques** et proposons des **sensibilisations et des formations** pour expliquer la santé mentale, faire **évoluer le tabou** et **lutter contre la stigmatisation et les discriminations** :

Kits pédagogiques



Outils anti-stigmatisation (arbre aux idées reçues, mythes et réalités etc.)



mon GPS (DAP)



Santé mentale et psychiatrie : de quoi parle-t-on ?

Santé mentale = psychiatrie
(euphémisation
Santé mentale = maladies mentales)

Santé mentale \neq psychiatrie
(Bien-être vs pathologie)

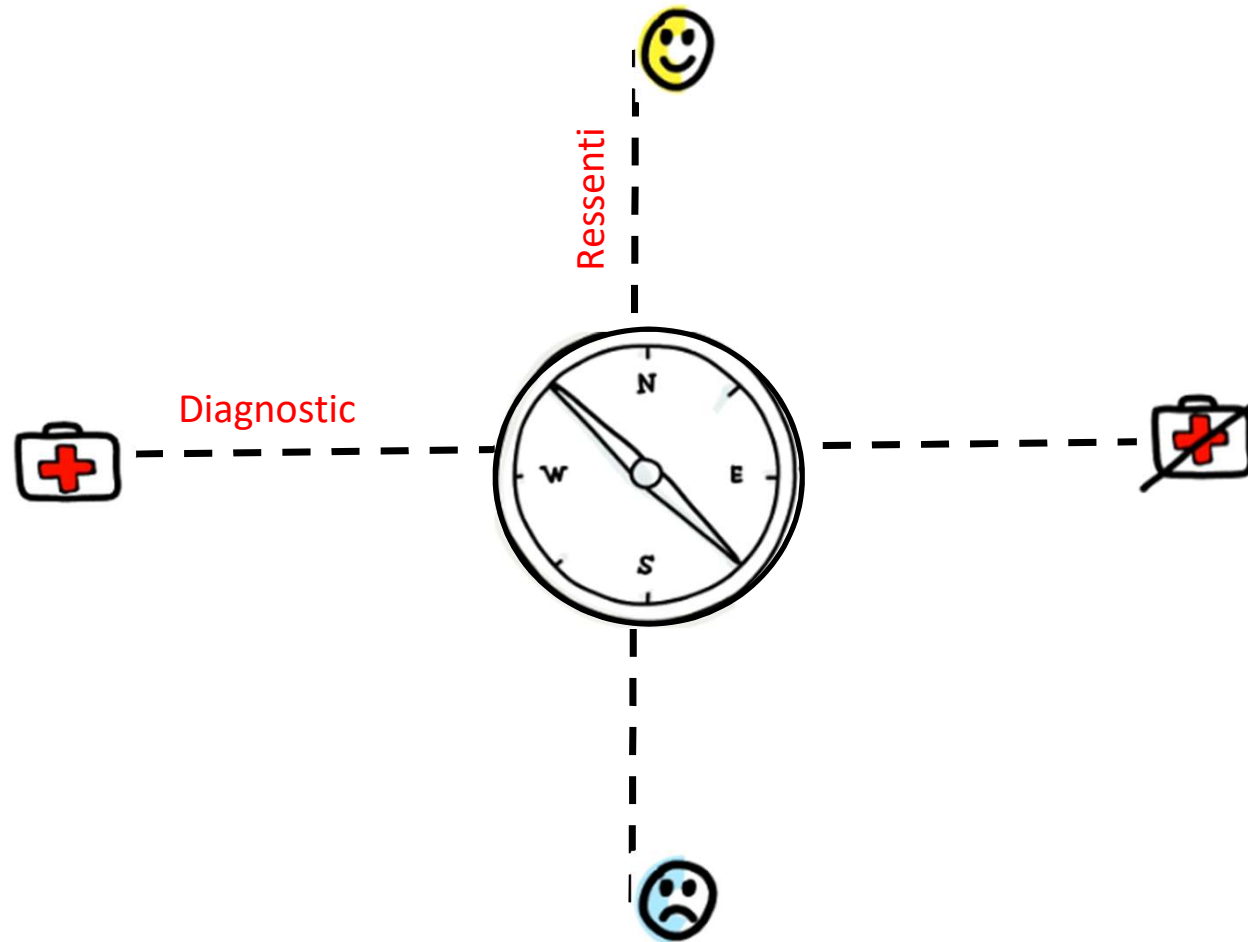
Santé mentale
(toute la population)

Psychiatrie
Les personnes
en besoin de soins

Conception de l'OMS

« Nous avons toutes et tous une santé mentale,
aussi importante que notre santé physique »

Le double continuum de la santé mentale



La boussole de la santé mentale
Sur le site www.psycom.org

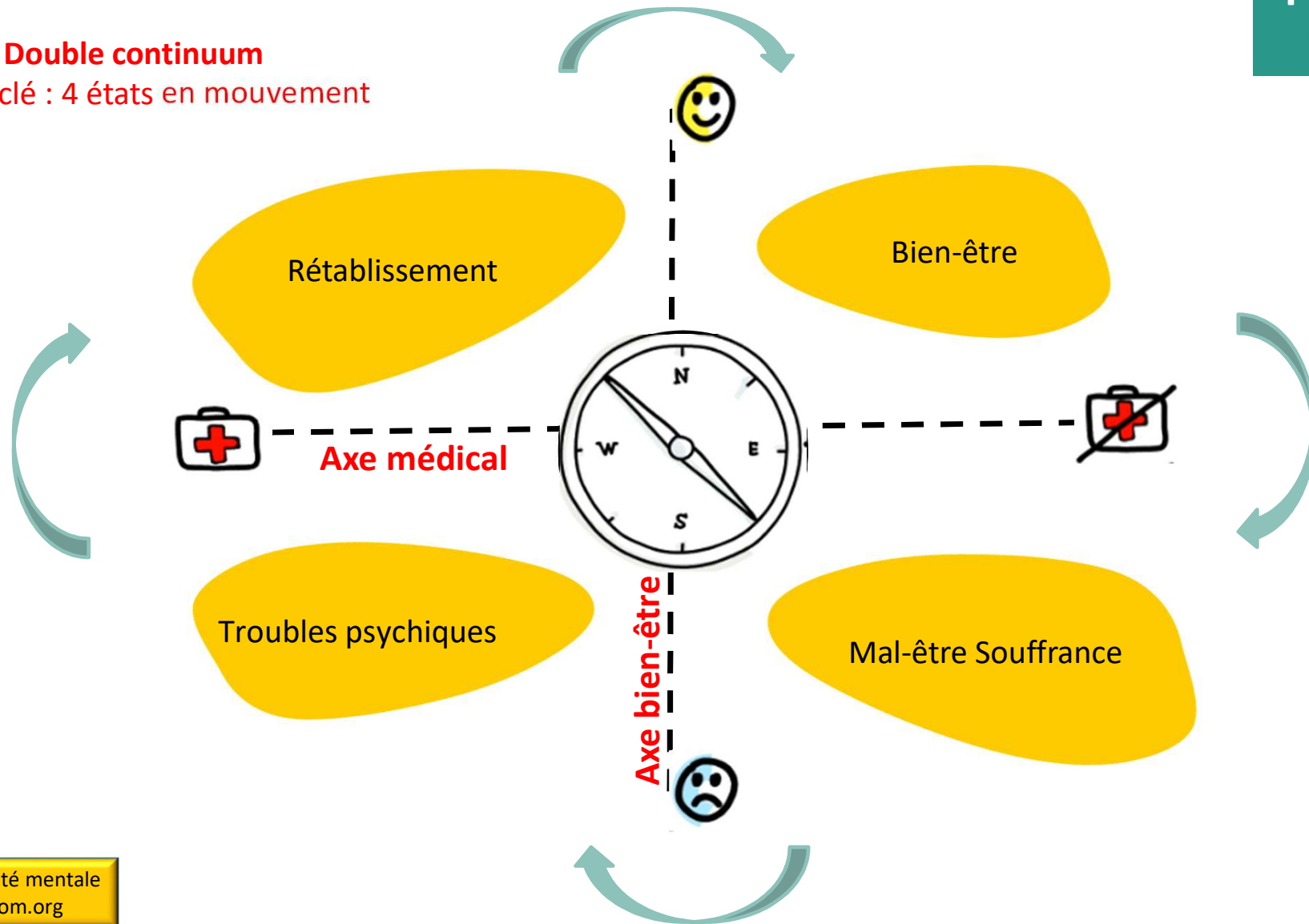
La boussole de la santé mentale

PSYCOM

Santé Mentale Info

Double continuum

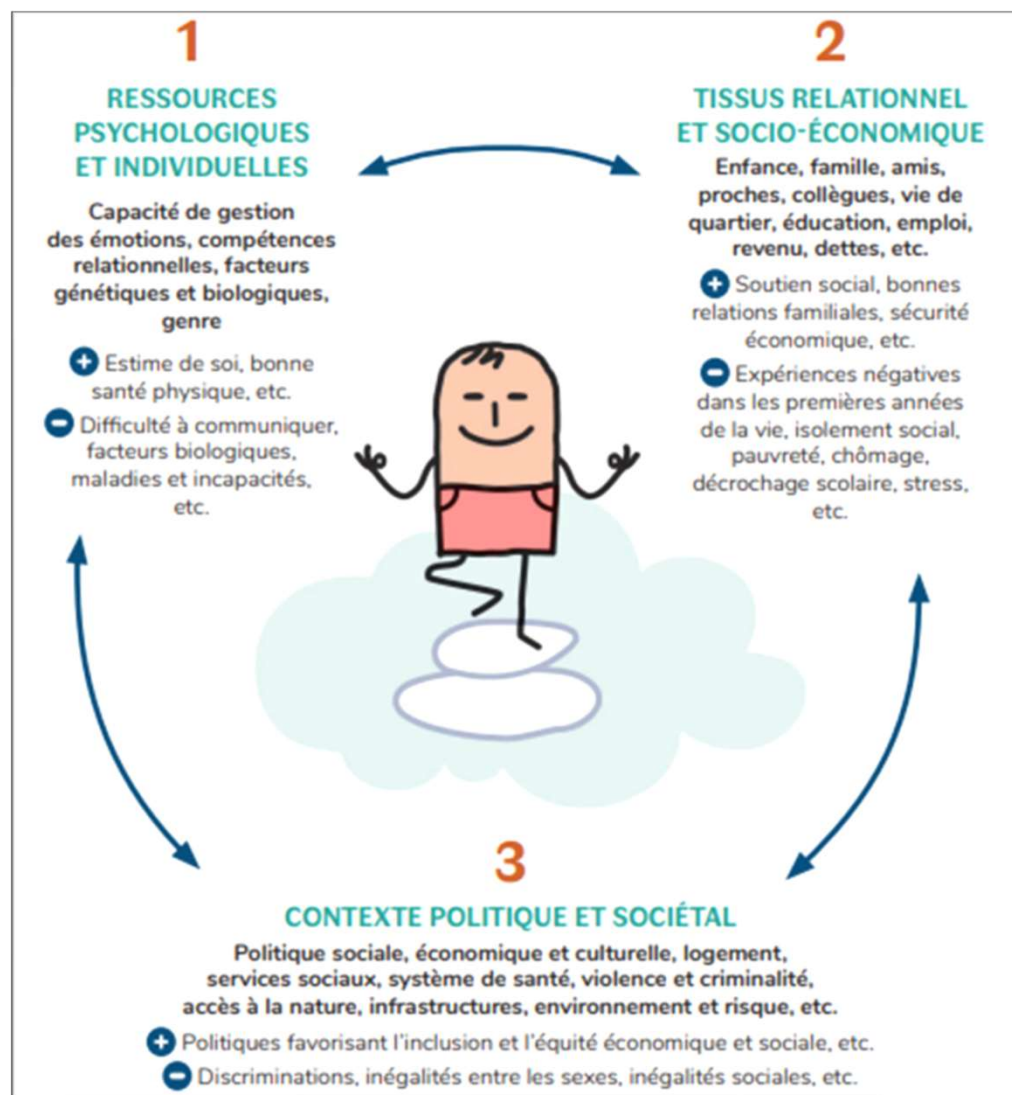
Notion clé : 4 états en mouvement



La boussole de la santé mentale
Sur le site www.psycom.org

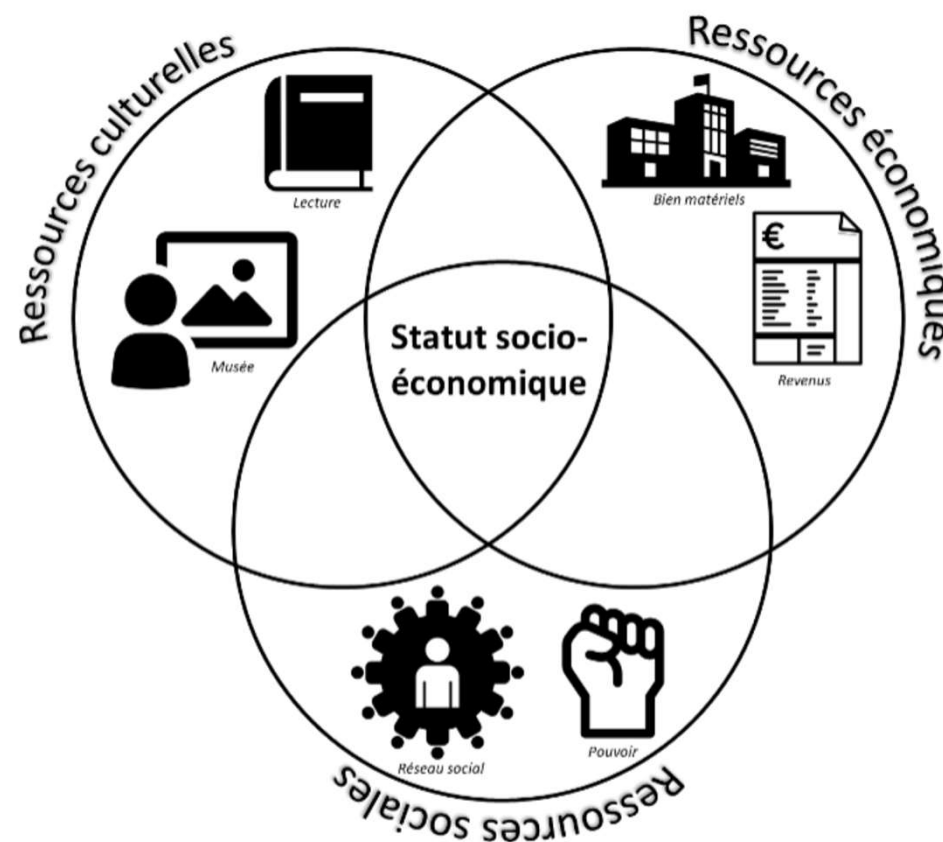
Copyright Psycom

«Une vision globale de la santé mentale »

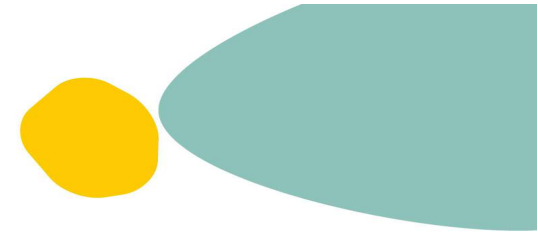


Les inégalités sociales

- 5,4 million de demandeurs d'emploi (DARES, 2023)
- 9,2 millions de personnes vivent sous le seuil de pauvreté (Insee, 2020)
- 4 millions de personnes souffrent du mal-logement ou d'absence de logement (ex-Fondation Abbé Pierre-FSE, 2020)
- 3000 enfants vivant à la rue



Facteurs négatifs sur la santé mentale

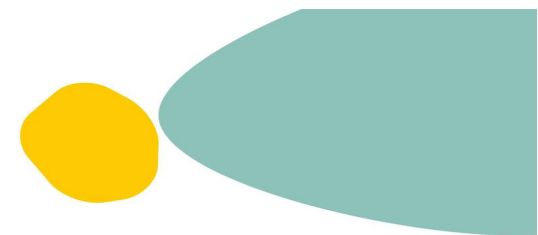


Les situations de violence

- A tous les âges de la vie : agression, guerre, attentat, catastrophe climatique, exil, migrations, etc.
- **Violences sexuelles, conjugales et intrafamiliales** (physiques et psychologiques)
- La **violence psychologique** a un impact aussi grave sur la santé que la violence physique ou sexuelle.
- **Violences éducatives ordinaires** : près de 8 parents sur 10 déclarent avoir recours à une VEO (physique ou morale), bien que 63% d'entre eux connaissent la loi de 2019 les interdisant (2019-721 du 10 juillet 2019).
- Les phénomènes de **stigmatisation et de discriminations** (genre, origine supposée, religion, handicap, etc.),
- Le **racisme** peut avoir un impact sur la santé mentale et physique des personnes visées.
- Le racisme est **systémique**. En France 91% des Français noirs ou métisses disent avoir été, au moins une fois, victimes d'une discrimination à caractère racial.

* Cavalin C., Beck F. et Maillochon F. Enquête EVS : les conséquences de la violence sur la santé des personnes, La Santé de l'Homme, 2011, n° 411, p. 4-7 Santé publique France, 2011
* Rapport annuel sur les droits de l'enfant 2021 - Santé mentale : le droit au bien-être. Défenseur des droits, 2021
* Romito P., Pellegrini M., Marchand-Martin L. et al. L'impact des violences conjugales sur la santé psychologique des femmes, *Empan* 2022/4 (n° 128), pages 39 à 49.
* Rapport d'information fait au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes, sur la santé mentale des femmes, par Mmes Pascale MARTIN et Anne-Cécile VIOLLAND, Assemblée nationale, juillet 2023
* Blessures cachées : les effets de la violence sur la santé mentale des enfants, Bureau de la Représentante spéciale du Secrétaire général chargée de la question de la violence à l'encontre des enfants, ONU, 2020
* Observatoire des VEO 2022, Fondation pour l'enfance
* Brunner, A. (2023). Rapport sur les discriminations en France. Observatoire des inégalités.
* Rapport d'information fait au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes, sur la santé mentale des femmes, par Mmes Pascale MARTIN et Anne-Cécile VIOLLAND, Assemblée nationale, juillet 2023.
* « Santé des minorités sexuelles, sexuées et de genre » Revue de *Santé Publique* 2022/H52 (Vol. 34)
* Discrimination à l'embauche des personnes d'origine supposée maghrébine : quels enseignements d'une grande étude par testing ? Institut des politiques publiques, 2021
* D'Almeida Y., Impact des microagressions et de la discrimination raciale sur la santé mentale des personnes racisées. L'exemple de femmes noires en France, L'Harmattan, 2022

Facteurs négatifs sur la santé mentale



Les conditions de vie scolaire

Le **harcèlement scolaire** touche* :

- 5 % des écoliers du CE2 au CM2
- 6 % des collégiens
- 4 % des lycéens

Des situations dites **à surveiller**, concernent :

- 19 % des écoliers du CE2 au CM2
- 6 % des collégiens
- 5 % des lycéens

* Croisement des indices de victimation et de qualité de vie scolaire

• Premiers résultats statistiques de l'Enquête harcèlement 2023. Ministère de l'éducation nationale, DEPP, 2023

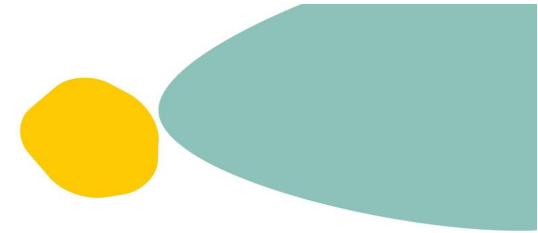
Facteurs négatifs sur la santé mentale des jeunes

Les violences sexuelles et sexistes

- Sur une classe de 30 élèves, en moyenne 3 ont été (ou sont) victimes d'inceste,
- 5 millions de Français·es ont été victimes de violences sexuelles lorsqu'ils et elles étaient enfant
 - Seulement une personne sur dix le sait (enquête CIIVISE / Harris Interactive, 2024)
- Augmentation continue de ces violences sexuelles et sexistes, qui surviennent souvent avant l'âge de 18 ans, y compris chez les jeunes générations :
 - 36,8 % des jeunes femmes [contre 16,5 % en 2006] et
 - 12,4 % des jeunes hommes en font état [contre 4,7 % en 2006].

Cela interroge les enjeux de prévention, encore plus quand on sait l'impact de ces violences sur la construction de la sexualité et sur la santé mentale.

Facteurs négatifs sur la santé mentale

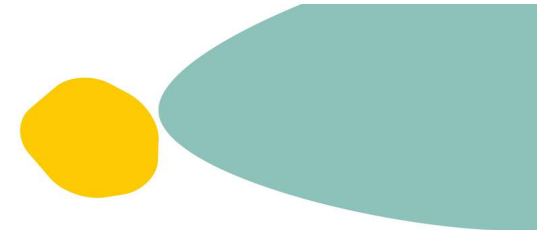


La vie numérique

- **Usage problématique** des réseaux sociaux (comparaison sociale, utilisation addictive ou usage malveillant tel le cyberharcèlement)
- Augmente le sentiment d'isolement social
- et l'apparition de **troubles psychiques** (troubles du sommeil, anxiété, troubles du comportement alimentaire, stress post-traumatique, dépression, etc.).
- **Risque de cyber pédocriminalité** : « Il s'écoule en moyenne **moins d'une minute** avant qu'un potentiel auteur de violences sexuelles ne contacte un enfant sur un site internet / une application permettant de dialoguer » (enquête CIIVISE / Harris Interactive, 2024)
 - Les enfants s'inscrivent en moyenne à 8 ans sur les réseaux sociaux.

- Storme N., Morgiève M., Notredame C-H., Réseaux sociaux et santé mentale en 2021. Psychiatrie française, 2021, 3.
- Commission indépendante sur l'inceste et les violences sexuelles faite aux enfants, Rapport d'étape 2024

Les troubles de santé mentale des enfants

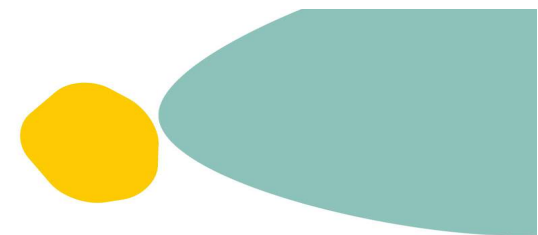


- Les enfants souffrent principalement de **troubles anxieux, de dépression +** nette augmentation des tentatives de suicide (SPF, 2022).
- Les premiers résultats de **l'étude Enabee** montrent que :
 - 13% des enfants en classe élémentaire présentent un trouble probable de santé mentale,
 - même si **la majorité ressent un niveau de bien-être** et qualité de vie en lien avec la santé de 7 sur 10.

Etude [ENABEE sur le bien-être des enfants](#) (SPF 2022)

- En France, on compte
 - Un médecin de l'éducation nationale pour 16 000 élèves (au lieu d'un·e pour 5 000)
 - Un·e psychologue de l'éducation nationale pour 2 000 élèves.
 - 700 pédopsychiatres, pour 15 000 psychiatres.

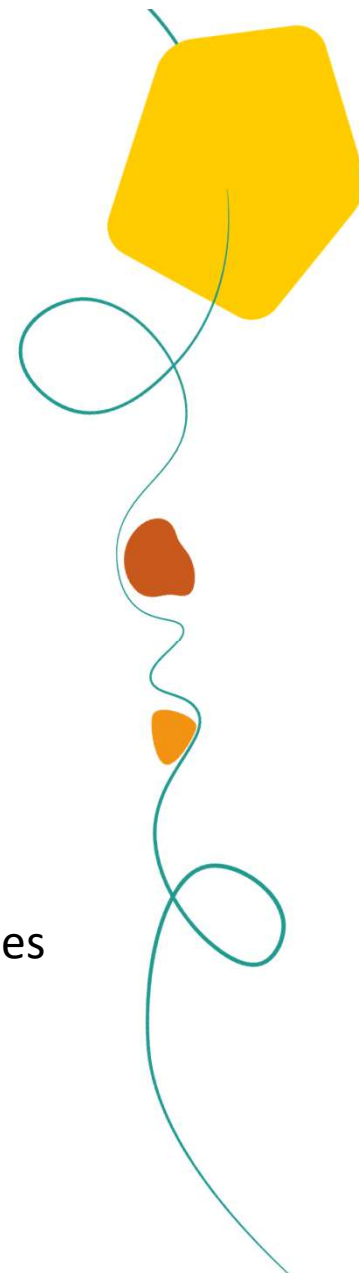
La santé mentale des jeunes



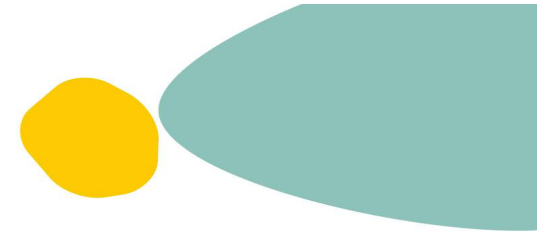
- 21 % des collégiens et 27 % des lycéens déclarent un sentiment de **solitude**.
- 24 % des lycéens déclarent des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois, 13 % avoir déjà fait une **tentative de suicide** au cours de leur vie.
- 14 % des collégiens et 15 % des lycéens présentent un risque important de **dépression**
- Globalement, **les jeunes filles** présentent une santé mentale moins bonne, un niveau de bien-être moins élevé et plus de gestes suicidaires que les jeunes garçons .

Constats

- Des indicateurs de santé mentale des enfants et des jeunes inquiétants
- Des enfants et des jeunes **en attente** d'espaces d'échange et d'apprentissage
- Des adultes **en besoin** de montée en compétence
- Des facteurs sociaux, économiques et environnementaux **peu favorables** à la santé mentale
- Un besoin d'acculturation à une **vision commune de la santé mentale** de toutes les sphères de la société



Agir en faveur de la santé mentale des enfants et des jeunes avec Psycom

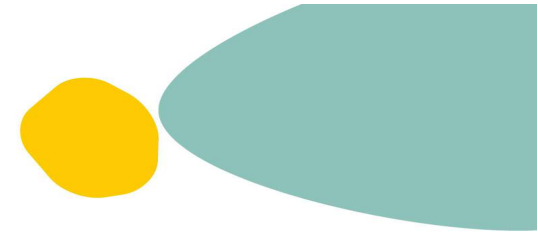


- **Information** (brochures, BD et web) : Santé mentale, grossesse et parentalité, Santé mentale et enfance, Santé mentale et jeunes, etc.
- **Outils pédagogiques**
 - Boussole de la santé mentale, Jardin du Dedans® et Cosmos mental®
- **Sensibilisations pédagogiques à la santé mentale :**
 - Webinaires et ateliers de prise en main (*Niveau 1 Circulaire du 23 février 2022*)
 - Parcours de e-learning CNFPT, Ministères sociaux (Mentor), Rectorats, PJJ, etc.



psycom.org

La forêt derrière l'arbre de la santé mentale



- Les **biais d'analyse** des adultes sur les problématiques des jeunes :
 - Usage des écrans
 - Capacité à parler de santé mentale
 - Pair-aidance et éducation à la santé mentale en ligne
 - Rôle de la Pop culture
- La « génération santé mentale » a beaucoup à nous apprendre
- Importance des démarches participatives en santé publique



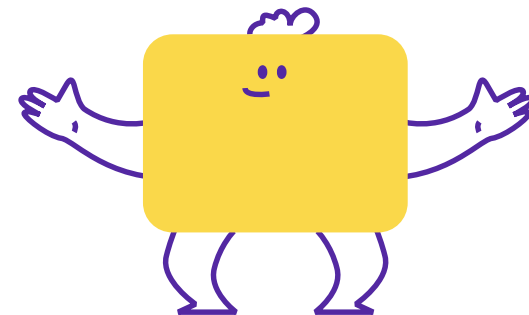


Questions / réponses



Aude CARIA

Directrice de PSYCOM



ÉTATS GÉNÉRAUX de la

SANTÉ MENTALE

04
déc.
24



HALLE AUX GRAINS - BLOIS



Avec le soutien de





Eric APPÉRÉ
Dessinateur



Pause

Merci de revenir dans la salle à 10h55

ÉTATS GÉNÉRAUX de la

SANTÉ MENTALE

04
déc.
24



HALLE AUX GRAINS - BLOIS



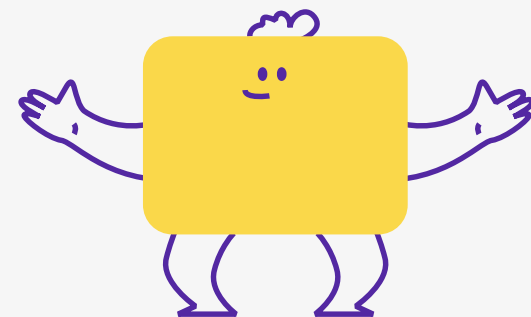
Avec le soutien de





Adrien PAPUCHON

Responsable de la Mission recherche de la DREES et de l'ONS
(Observatoire national du suicide)





Xavier BRIFFAULT

Chercheur au CNRS-CERMES3

Laurent LEFEBVRE

Administrateur à l'UNAFAM

Pr Viviane KOVESS-MASFETY

Psychiatre et épidémiologiste

Adrien PAPUCHON

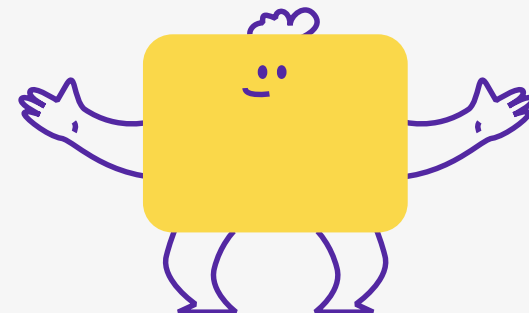
Responsable de la Mission recherche de la DREES



Les parcours de santé mentale des jeunes de 0 à 25 ans en Centre-Val de Loire



Pr Viviane KOVESS-MASFETY
Psychiatre et épidémiologiste



Que recouvre la santé mentale?

Maladies mentales (classifications médicales= DSM5, CIM11 : critères de durée, de coexistence et nombre de symptômes, retentissement significatif sur la vie dans plusieurs domaines) touche 7 à 10 % de la population

Pour chaque diagnostic niveaux de sévérité ex: dépression légère, modérée et sévère

Évalué par des instruments « diagnostiques » qui « reproduisent » les symptômes et les éléments du diagnostic

Détresse psychologique ou « mal être »: présence de symptômes anxio-dépressifs, souvent passagers car réactionnels à un « stress » et qui ne correspondent pas aux critères diagnostiques: touche 20 à 25% de la population

Mesurée par des échelles sur le mois passé (la semaine) , score quantitatif et seuil

Santé mentale positive ou « Bien être »: Affect positif (être heureux/malheureux) et dimensions de la personnalité (maîtrise, estime de soi, **résilience**, optimisme, impression de cohérence)

Mesuré par des échelles spécifiques pour chaque dimension mais aussi pour l'affect positif

La santé mentale est devenue un sujet sociétal pour lequel chacun a une opinion et un intérêt

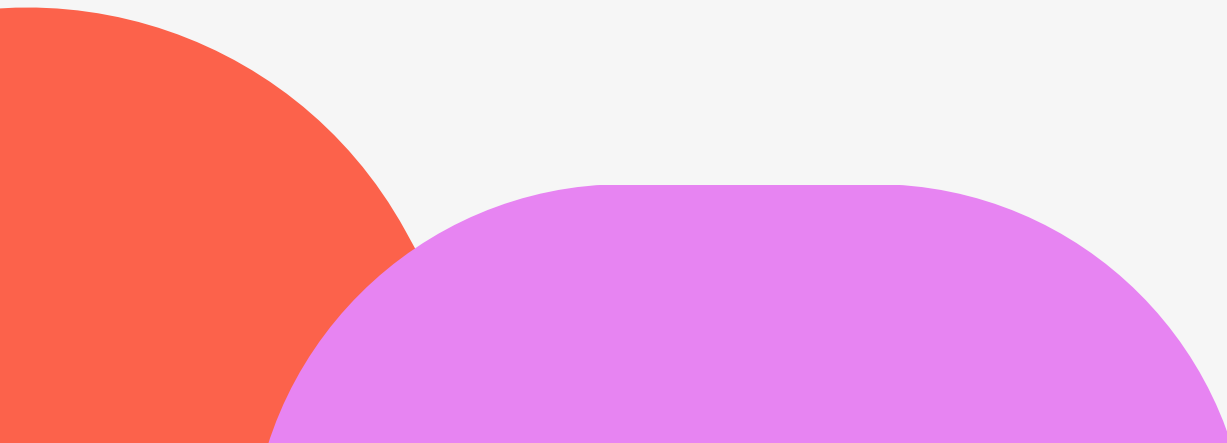
- Paradoxe entre “psychologisation et pathologisation” des événements de la vie voire parfois “médicalisation” du malheur versus un déni et une stigmatisation des maladies mentales
- Confusion entre des symptômes réactionnels à des situations difficiles et un problème de santé mentale nécessitant des soins
- Confusion entre effet d’un événement sur les populations à risque (quelques pourcents de la population) versus sur toute la population
- Perte d’une vision court, moyen et long terme: les symptômes diminuent puis disparaissent avec le temps surtout si la menace disparaît ex covid 19
- Absence de rigueur dans la collecte des informations épidémiologiques: taux de réponses très bas, biais d’échantillonnage, instruments parfois inadaptés et conclusions qui en sont tirées, voire utilisation des données d’utilisation des soins comme proxy de prévalence
- La santé mentale des enfants est un sujet encore plus émotionnel que pour les adultes: culpabilisation des parents, rôle de l’école, attentes élevées des parents sur les performances des enfants, un manque de moyens constamment mis en avant en pédopsychiatrie (ex taux de pédopsychiatres cité quand la plupart des psychiatres d’enfant ne s’inscrivent pas dans cette spécialité difficile à exercer en libéral)



La santé mentale des jeunes est-elle mauvaise ?



Quelles informations avons nous sur la santé mentale des jeunes de 0 à 25 ans?



3- 11 ans “Enabee”

Etude nationale SPF échantillon représentatif des écoles maternelles et élémentaires utilisant des instruments standardisés: SDQ parent et enseignant; DI pour les enfants des écoles élémentaires:

Les résultats d'Enabee montrent que 13% des enfants en élémentaire présentent un trouble probable de santé mentale (trouble émotionnel probable, trouble oppositionnel probable ou trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité probable). Le taux de prévalence est du même ordre de grandeur que ceux observés dans d'autres pays en Europe sur la même tranche d'âge en 2010 et 2017.

JMIR PUBLIC HEALTH AND SURVEILLANCE

Motreff et al

Protocol

Implementation of a Novel Epidemiological Surveillance System for Children's Mental Health and Well-Being in France: Protocol for the National “Enabee” Cross-Sectional Study

Santé mentale : premiers résultats de l'étude Enabee, chez les enfants de 6 à 11 ans scolarisés du CP au CM2

Santé publique France publie aujourd'hui les tous premiers résultats d'Enabee, une étude nationale inédite sur le bien-être et la santé mentale des enfants de 3 à 11 ans scolarisés en France métropolitaine.

<https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2023/sante-mentale-premiers-resultats-de-l-etude-enabee-chez-les-enfants-de-6-a-11-ans-scolarises-du-cp-au-cm2>

-“Enclass” élèves CM2 à la terminale

Echantillon collège Centre Val de Loire (1026 élèves)

Tableau 5.3 Symptômes dépressifs parmi les collégiens de 4^{ème} et 3^{ème} de la région Centre-Val de Loire et de l'ensemble de la France métropolitaine

	Garçons			Filles			Filles + Garçons		
	Centre-Val de Loire		FR	Centre-Val de Loire		FR	Centre-Val de Loire		Ensemble de la France (FR)
	%	IC 95%	%	%	IC 95%	%	%	IC 95%	Effectif
Symptômes dépressifs									
Pas de symptôme dépressif	73,6	[66,8-79,4]	76,5	60,8	[54,6-66,7]	59,0	67,2	[63,6-70,6]	67,9 3845
Risque modéré	22,4	[17,9-27,7]	18,4	27,0	[21,6-33,1]	27,7	24,7	[21,8-27,9]	22,9 1274
Risque patent de dépression	4,0	[1,7-9,0]	5,1	12,2	[9,0-16,4]	13,3	8,1	[6,2-10,5]	9,1 520
	ns			ns			ns		

Source : enquête EnCLASS-HBSC 2018, exploitation régionale Inserm/EHESP/OFDT ; élèves de 4^{ème}

-ADRS (Adolescent Rating Scale) pas de symptôme dépressif (score de 0 à 3), risque modéré de dépression (score de 4 à 6), risque patent de dépression (score de 7 à 10)

Quid de l'échantillon des lycées sur les idées et tentatives de suicide pour cette region?

Au niveau national “Plus d'un lycéen sur dix déclare avoir tenté de se suicider au cours de sa vie et 2,5% avoir fait une tentative de suicide ayant donné lieu à une hospitalisation”

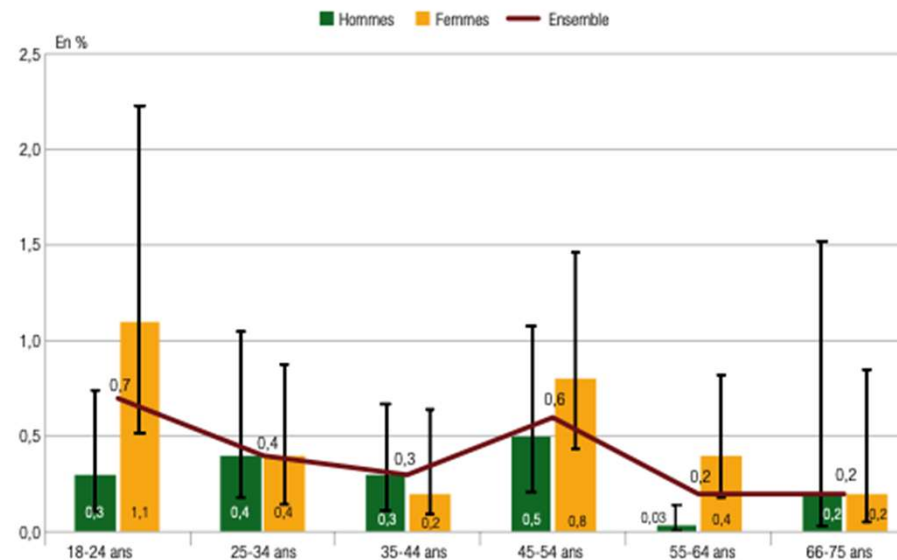
Le baromètre santé

Les tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois sont restées stables entre 2010 et 2017, après une hausse significative de la prévalence entre 2010 et 2014 (de 0,5 % à 0,8 %). En 2017: 7,2 % ont tenté de se suicider au cours de leur vie et 0,4 % au cours de l'année.

Cela correspond à 175 160 personnes ayant fait au moins une TS

En 2017, on comptait 88762 séjours effectués par 77 066 personnes

GRAPHIQUE 2 • Prévalences déclarées des tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois selon le sexe et la classe d'âge chez les 18-75 ans, en France métropolitaine, en 2017



Note • Les bornes de l'intervalle de confiance (IC) à 95 % sont représentées par les barres verticales. La prévalence des tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois chez les hommes de 18 à 24 ans a une probabilité de 95 % de se situer entre 0,1 % et 0,7 %.

Lecture • 0,7 % des personnes âgées de 18 à 24 ans déclarent avoir fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois (0,3 % des hommes et 1,1 % des femmes).

Champ • France métropolitaine, personnes âgées de 18 à 75 ans.

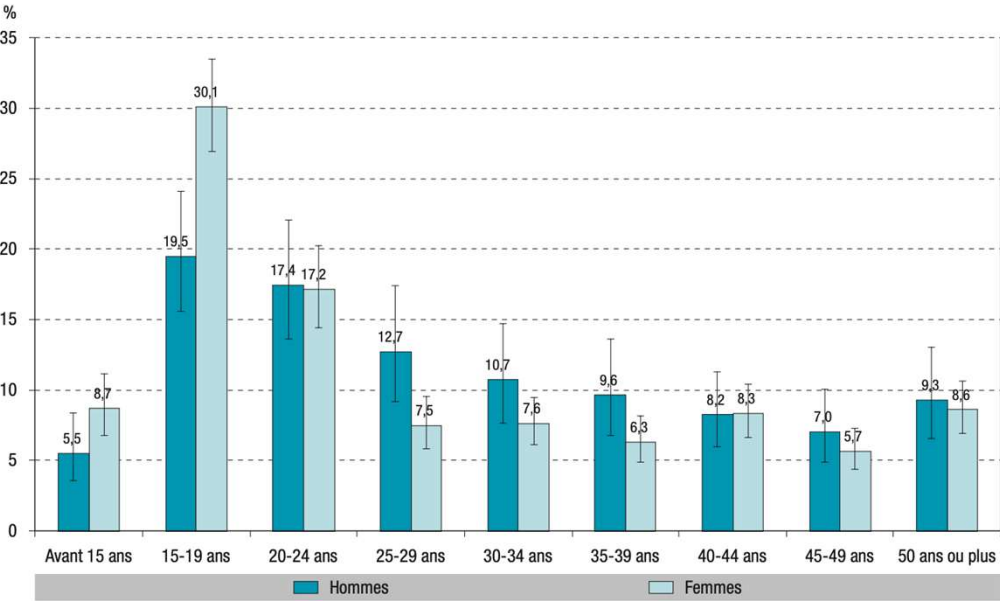
Source • Baromètre de Santé publique France 2017.

BAROMÈTRE DE SANTÉ PUBLIQUE FRANCE 2017 : TENTATIVES DE SUICIDE ET PENSÉES SUICIDAIRES CHEZ LES 18-75 ANS

// SANTÉ PUBLIQUE FRANCE HEALTH BAROMETER 2017: SUICIDAL ATTEMPTS AND SUICIDAL IDEATION AMONG THE 18-75 YEARS-OLD

Christophe Léon (christophe.leon@santepubliquefrance.fr), Christine Chan-Chee, Enguerrand du Roscoät, et le groupe Baromètre de Santé publique France 2017*

Figure 3
Pourcentages de tentatives de suicide chez les 18-75 ans, selon le sexe et la classe d'âge lors de la tentative¹, France métropolitaine, 2017



¹ Il s'agit de l'âge lors de la tentative ou de la dernière tentative s'il y en a eu plusieurs.
Source : Baromètre de Santé publique France 2017.

59,8% ont déclaré s'être rendus à l'hôpital Selon l'âge, les 18-34 ans étaient, en proportion, moins nombreux à s'être rendus à l'hôpital suite à leur TS (45,9% pour les 18-24 ans ; p<0,01 par rapport aux autres tranches d'âge et 51,2% pour les 25-34 ans ; p<0,05).

Facteurs associés aux tentatives de suicide au cours de la vie selon le sexe, chez les 18-75 ans, France métropolitaine, 2017

Variables explicatives	Hommes n=11 452			Femmes n=13 505		
	%	ORa	IC95%	%	ORa	IC95%
Tranche d'âge¹	***					
18-24 ans (réf.)	2,8	- 1 -		9,5	- 1 -	
25-34 ans	4,7	2,5**	[1,4-4,5]	10,0	1,2	[0,8-1,7]
35-44 ans	4,9	2,7***	[1,6-4,8]	9,8	1,2	[0,8-1,7]
45-54 ans	5,6	3,2***	[1,8-5,5]	11,3	1,4	[1,0-2,1]
55-64 ans	4,8	2,9***	[1,7-5,0]	10,1	1,2	[0,9-1,7]
65-75 ans	2,7	1,3	[0,7-2,5]	8,4	0,9	[0,7-1,4]
Niveau de diplôme	***			***		
Inférieur au Bac (réf.)	5,7	- 1 -		12,3	- 1 -	
Bac ou équivalent	3,6	0,7	[0,5-1,0]	9,3	0,9	[0,7-1,1]
Supérieur au Bac	2,8	0,7*	[0,5-0,9]	6,7	0,7**	[0,6-0,9]
Situation matrimoniale	***			***		
Marié ou pacsé (réf.)	2,3	- 1 -		6,8	- 1 -	
Célibataire	5,8	2,3***	[1,7-3,1]	11,3	1,5***	[1,2-1,8]
Divorcé	10,7	3,2***	[2,2-4,6]	18,9	2,0***	[1,6-2,5]
Veuf	6,3	2,5*	[1,0-6,3]	10,7	1,3	[0,9-1,8]
Situation professionnelle	***			***		
Travail (réf.)	3,7	- 1 -		8,2	- 1 -	
Chômage	8,8	1,4	[1,0-2,0]	13,8	1,0	[0,8-1,4]
Autres inactifs ²	4,4	1,7**	[1,2-2,4]	11,4	1,6***	[1,3-2,0]
Situation financière perçue	***			***		
À l'aise, ça va (réf.)	2,7	- 1 -		6,3	- 1 -	
C'est juste	5,7	1,5**	[1,1-2,0]	10,7	1,2*	[1,0-1,5]
C'est difficile, vous n'y arrivez pas sans faire de dette	10,0	1,8***	[1,3-2,5]	21,1	1,8***	[1,4-2,2]
Parents décédés ou malades avant l'âge de 18 ans	***			***		
Non (réf.)	3,8	- 1 -		8,4	- 1 -	
Oui	6,6	1,2	[0,9-1,6]	14,8	1,3**	[1,1-1,5]
Climat de violence entre ses parents avant l'âge de 18 ans	***			***		
Non (réf.)	3,2	- 1 -		6,4	- 1 -	
Oui	9,7	2,2***	[1,7-2,9]	20,9	2,2***	[1,8-2,6]
Graves problèmes d'argent au cours de la vie	***			***		
Non (réf.)	3,0	- 1 -		6,0	- 1 -	
Oui	9,7	1,7***	[1,4-2,3]	21,5	2,2***	[1,8-2,6]
Attouchements / rapports sexuels forcés au cours de la vie	***			***		
Non (réf.)	3,9	- 1 -		7,6	- 1 -	
Oui	25,7	4,5***	[3,0-6,8]	31,7	3,5***	[2,8-4,2]

*** p<0,001 ; ** p<0,01 ; * p<0,05.

ORa : odds ratio ajusté ; IC95% : intervalle de confiance à 95%.

¹ Il s'agit de l'âge au moment de l'enquête.

² Les autres inactifs comprennent les retraités, les personnes au foyer, les étudiants et les personnes en congés de longue maladie, ainsi que celles inaptes à travailler à cause d'une invalidité.

RESEARCH ARTICLE

Open Access

Mental health of college students and their non-college-attending peers: results from a large French cross-sectional survey

Viviane Kovess-Masfety^{1,2*}, Emmanuelle Leray¹, Laure Denis¹, Mathilde Husky², Isabelle Pitrou³ and Florence Bodeau-Livinec¹

Enquete de population 18-24 ans Etudiants/Travailleurs / Ni Ni (Enquete sur quatre regions 2005)

Table 2 Prevalence rates (%) of mental health disorders, isolation, and social support by gender and occupational status

	Men n = 1136						Women n = 1288						Total n = 2424					
	Total Men	Workers	NENST	College students	Non-college-attending students	p Men	Total Women	Workers	NENST	College students	Non-college-attending students	p Women	Workers	NENST	College students	Non-college-attending students	p Total	p Gender
Psychological distress	8.19	8.10	8.13	7.99	8.84	0.988	17.24	15.53	20.98	16.67	19.51	0.376	11.58	15.04	13.13	14.51	0.342	0.001
Major depressive disorder	7.66	8.32	10.57	6.61	6.08	0.347	11.88	12.86	12.59	9.85	14.63	0.260	10.44	11.65	8.53	10.62	0.346	0.001
PTSD	2.11	1.28	6.50	1.93	1.66	0.004	5.67	5.34	11.19	3.79	7.32	0.004	3.18	9.02	3.03	4.66	0.001	0.001
Alcohol problem	8.99	8.10	12.20	9.14	8.84	0.571	2.41	1.94	4.90	1.89	2.93	0.174	5.22	8.27	4.83	5.70	0.182	0.001
Drug problem	16.08	15.42	18.70	16.07	16.02	0.855	6.06	6.31	5.59	5.69	6.86	0.929	11.15	11.65	9.91	11.17	0.778	0.001
Suicide attempt	0.35	0.21	1.63	0.28	0.00	0.840	1.47	0.97	2.80	1.33	1.95	0.417	0.57	2.26	0.90	1.04	0.100	0.004
Specific phobia	5.63	7.04	9.76	3.03	4.42	0.013	12.38	11.17	16.08	11.20	15.35	0.196	8.97	13.16	7.87	10.18	0.061	0.001
Agoraphobia	4.14	4.05	9.76	3.31	2.21	0.007	12.34	10.19	16.08	11.17	17.07	0.037	6.92	13.16	7.97	10.10	0.008	0.001
Panic disorder	4.84	3.41	3.25	7.44	4.42	0.043^a	9.70	10.19	8.39	9.85	9.27	0.930	6.58	6.02	8.87	6.99	0.215	0.001
Social phobia	4.93	4.69	8.13	3.31	6.63	0.116	8.25	7.30	10.49	7.77	9.85	0.514	5.91	9.40	5.95	8.33	0.092	0.001
One anxiety disorder	15.75	15.48	26.02	11.57	17.88	0.002	30.48	27.70	35.66	28.49	37.69	0.027	21.19	31.20	21.56	28.31	0.001	0.001
Any disorder and impairment in each role	3.92	3.07	6.49	3.09	6.25	0.231	4.13	3.57	10.75	3.60	1.75	0.006	3.30	8.82	3.39	4.13	0.009	0.834
Any disorder and impairment in one role	12.86	11.48	20.88	10.36	16.08	0.033	19.42	17.43	26.55	16.14	27.27	0.004	14.33	24.02	13.81	21.89	0.001	0.001
Mastery	16.20	16.31	15.70	16.48	15.72	0.057	16.05	15.22	16.35	15.73	16.23	0.008	16.23	15.44	16.40	15.72	0.001	0.540
Isolation	22.96	20.82	31.68	23.69	20.83	0.125	10.41	8.67	15.20	8.54	15.08	0.018	14.91	22.57	14.48	17.65	0.021	0.001
Social support	3.32	3.22	3.04	3.29	3.01	0.001	3.15	3.04	3.29	3.01	3.15	0.001	3.15	3.05	3.38	3.15	0.001	0.001

Note: NENST neither employed nor students or trainees. Percentages are derived from cross-tabulations and chi-square tests

^aNS after Bonferroni correction

Bold means p above 0.05

Tableau 1: Évolution par vagues regroupées de la fréquence des indicateurs de santé mentale, vagues 33-34 et 35-36, en Centre-Val de Loire (source : enquêtes déclaratives CoviPrev)

Vagues (dates)	Vagues 33-34	Vagues 35-36	Tendance	Tendance significative*
	(avril-mai 2022)	(septembre-décembre 2022)		
Période enquête	08/04-16/05/2022	12/09-12/12/2022		
Nombre de personnes interrogées	178	170		
Mesure appliquée, % pondéré [intervalle de confiance à 95%]				
Anxiété (HAD>10)	19,4% [14,2% - 25,9%]	25,9% [19,8% - 33,1%]	Hausse	non
Problèmes de sommeil au cours des 8 derniers jours	67,3% [59,9% - 73,9%]	65,4% [57,9% - 72,2%]	Baisse	non
Dépression (HAD>10)	14,3% [9,8% - 20,3%]	15,1% [10,4% - 21,3%]	Hausse	non
Pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois	8,4% [5,1% - 13,5%]	7,9% [4,6% - 13,3%]	Stable	non
Score de satisfaction vie actuelle	80,2% [73,5% - 85,6%]	77,2% [70,1% - 83,1%]	Baisse	non

*Tendance significative si $p < 0,05$

Depuis le 23 mars 2020, Santé publique France a lancé, avec le groupe BVA, l'enquête CoviPrev en population générale pour suivre et comprendre l'évolution des comportements (gestes barrières, confinement, consommation d'alcool et de tabac, alimentation et activité physique) et de la santé mentale (bien-être, troubles). Les indicateurs de santé mentale suivis sont : les troubles anxieux et dépressifs, les problèmes de sommeil, les pensées suicidaires et le score de satisfaction de vie.

En Centre-Val de Loire, le nombre de répondants par vague varie de 73 à 96

L'enquête concerne les 18 ans et plus !

La représentativité des échantillons issus d'access panels en ligne

Méthode de l'enquête coviprev

- Enquêtes quantitatives répétées sur échantillons indépendants
- Questionnaires auto-administrés à remplir en ligne sur système Cawi (Computer Assisted Web Interview)
- Échantillons de 2 000 personnes de 18 ans et plus résidant en France métropolitaine recrutés par access panel (Access Panel BVA); les premiers répondants
- Échantillonnage par quotas (sexe, âge, catégorie socio-professionnelles du répondant, région, catégorie d'agglomération) redressé sur le recensement général de la population 2016

Ronan Divard. La représentativité des échantillons issus d'access panels en ligne : une question majeure pour l'avenir des études de marché.. 2009. hal-00819324

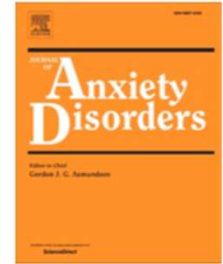
« L'essor des access panels en ligne a bouleversé en profondeur le paysage des études de marché. Souvent présentés par leurs propriétaires comme des outils très performants, ils suscitent toutefois d'importantes interrogations scientifiques, particulièrement en ce qui concerne la représentativité des échantillons qui en sont issus et, partant, la validité des informations obtenues. »



Contents lists available at [ScienceDirect](#)

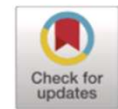
Journal of Anxiety Disorders

journal homepage: www.elsevier.com/locate/janxdis



Editorial

Garbage in, garbage out: The tenuous state of research on PTSD in the context of the COVID-19 pandemic and infodemic



Brief report

-Echantillonnage et représentativité « internet »
Biais de recrutement
-instruments inadaptés aux conclusions
-absence de données antérieures comparables (même instrument et même type d'échantillon)
-voire **proxi à partir de l'utilisation des soins** : ex acces aux urgences pour TS

The carnage of substandard research during the COVID-19 pandemic: a call for quality

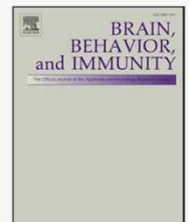
Katrina A Bramstedt  ^{1,2}



Contents lists available at [ScienceDirect](#)

Brain, Behavior, and Immunity

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ybrbi



Letter to the Editor

Caution when linking COVID-19 to mental health consequences



Participation Rates in Epidemiologic Studies

SANDRO GALEA, MD, DRPH, AND MELISSA TRACY, MPH

« Les études qui s'intéressent au recrutement de personnes confrontées à une exposition exogène, qui peuvent donc être intéressées à documenter les conséquences de leur exposition, peuvent avoir plus de facilité à recruter de telles personnes que des personnes n'ayant pas fait face à l'exposition donc moins intéressées »

Original Investigation | Psychiatry

Factors Associated With Mental Health Disorders Among University Students in France Confined During the COVID-19 Pandemic

Marielle Wathelet, MD; Stéphane Duhem, MSc; Guillaume Vaiva, MD, PhD; Thierry Baubet, MD, PhD; Enguerrand Habran, MSc; Emilie Veerapa, MD; Christophe Debien, MD; Sylvie Molenda, PhD; Mathilde Horn, MD, PhD; Pierre Grandgenèvre, MD, PhD; Charles-Edouard Notredame, MD; Fabien D'Hondt, PhD

Abstract

IMPORTANCE The coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic and quarantine measures have raised concerns regarding their psychological effects on populations. Among the general population, university students appear to be particularly susceptible to experiencing mental health problems.

OBJECTIVES To measure the prevalence of self-reported mental health symptoms, to identify associated factors, and to assess care seeking among university students who experienced the COVID-19 quarantine in France.

DESIGN, SETTING, AND PARTICIPANTS This survey study collected data from April 17 to May 4, 2020, from 69 054 students living in France during the COVID-19 quarantine. All French universities were asked to send an email to their students asking them to complete an online questionnaire. The targeted population was approximately 1 600 000 students.

EXPOSURE Living in France during the COVID-19 quarantine.

MAIN OUTCOMES AND MEASURES The rates of self-reported suicidal thoughts, severe distress, stress, anxiety, and depression were assessed using the 22-item Impact of Events Scale-Revised, the 10-item Perceived Stress Scale, the 20-item State-Trait Anxiety Inventory (State subscale), and the 13-item Beck Depression Inventory, respectively. Covariates were sociodemographic characteristics, precariousness indicators (ie, loss of income or poor quality housing), health-related data, information on the social environment, and media consumption. Data pertaining to care seeking were also collected. Multivariable logistic regression analyses were performed to identify risk factors.

Key Points

Question What is the mental health state of university students in France who were confined during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic, and what factors are associated with the development of mental health symptoms?

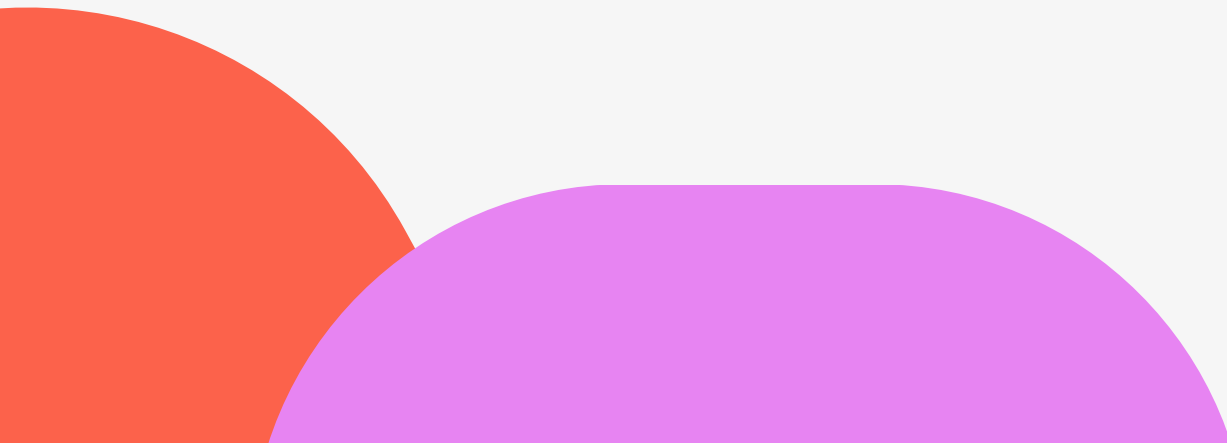
Findings This survey study of 69 054 students who experienced quarantine found high prevalence rates of severe self-reported mental health symptoms. Among risk factors identified, female or nonbinary gender, problems with income or housing, history of psychiatric follow-up, symptoms compatible with COVID-19, social isolation, and low quality of information received were associated with altered mental health.

Meaning The findings of this study suggest that students' mental health is a public health issue that has become even more critical in the context of a pandemic, underscoring the need to

Participation rate 4,3% ; instrument non diagnostic

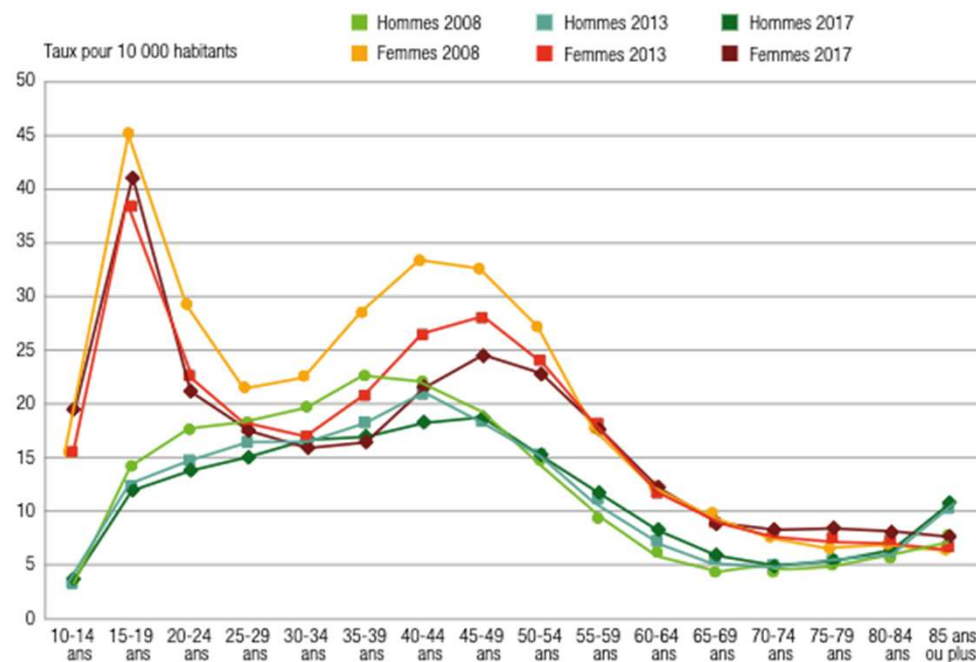


Les données en provenance du système de soin



Un pic des jeunes femmes hospitalisées pour TS constant depuis de nombreuses années

GRAPHIQUE 3 • Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide en MCO chez les femmes et les hommes âgés de 10 ans ou plus par sexe et classe d'âge, en 2008, 2013 et 2017



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, en 2017, le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide chez les femmes était de 19,4 pour 10 000, entre 10 et 14 ans.

Champ • France entière.

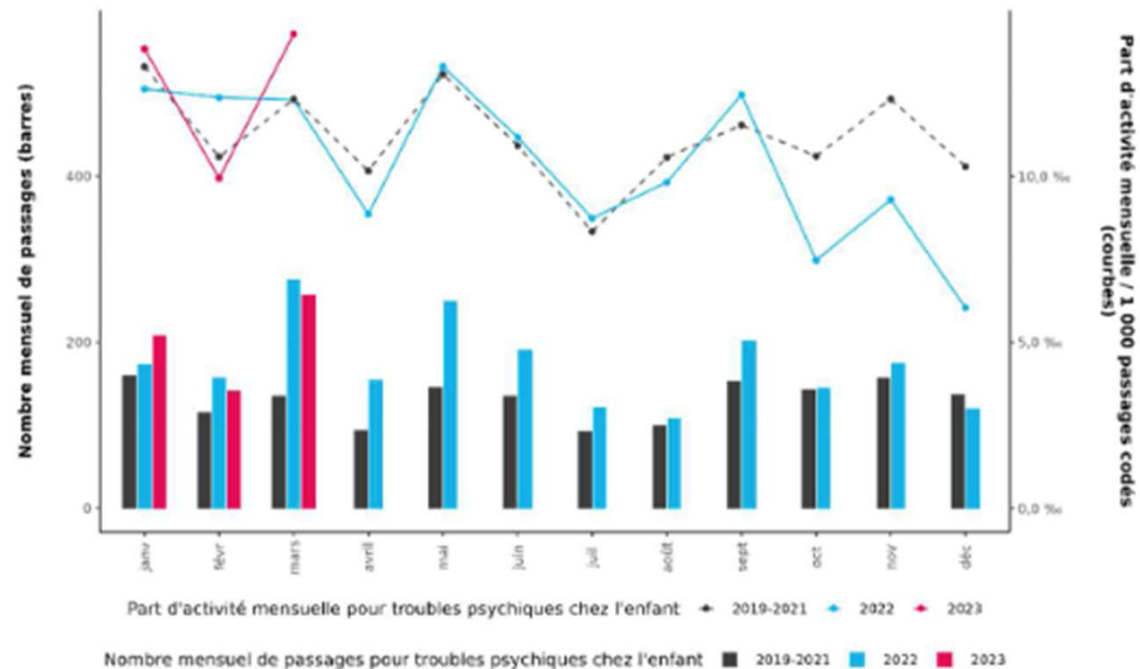
Source • ATIH, PMSI-MCO, analyses Santé publique France.

Chercher sous la lumière !!! Utiliser un indicateur “disponible”

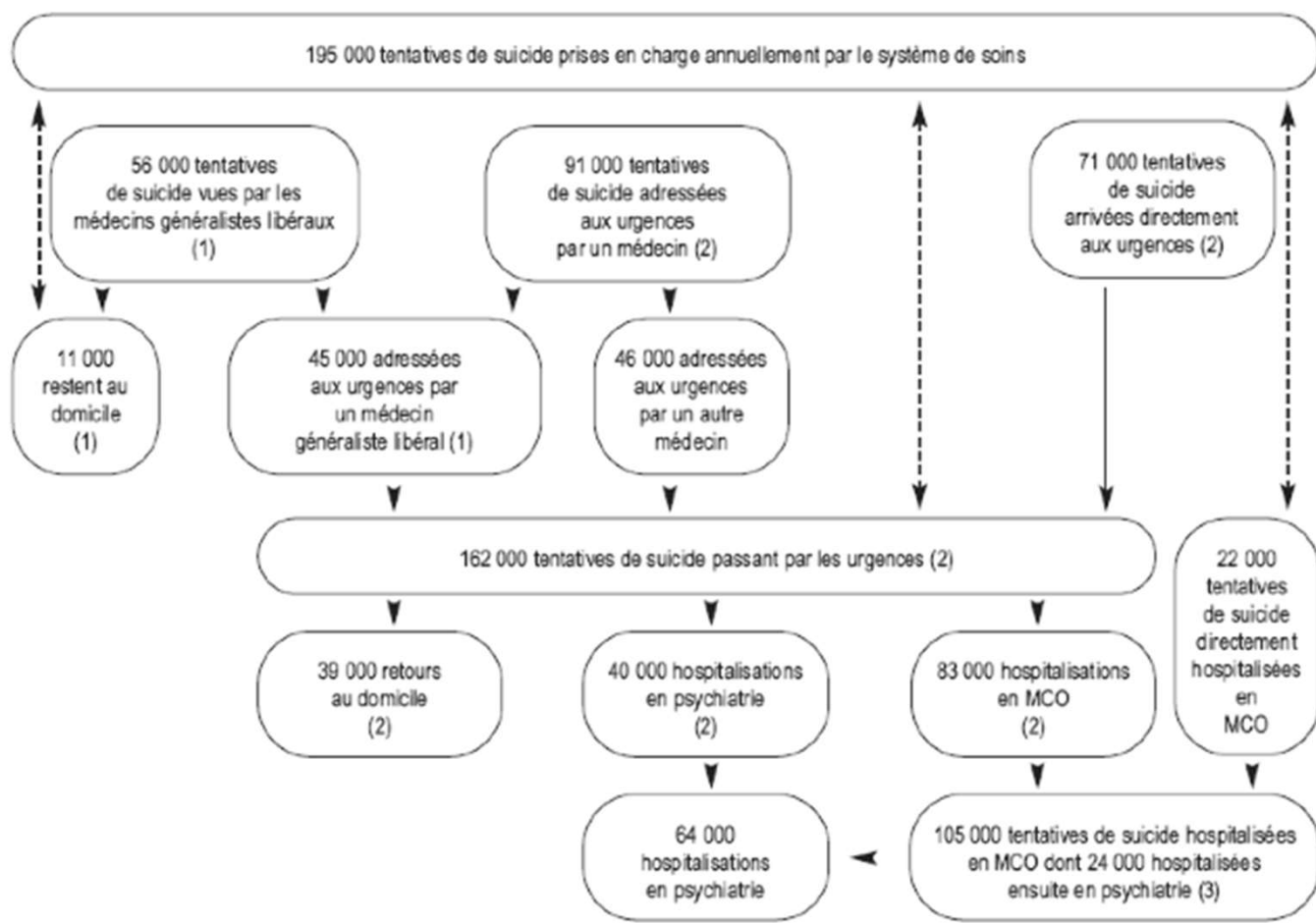
Figure 2 : Nombre mensuel des passages aux urgences et part d'activité mensuelle pour les années 2019 à 2023, chez les moins de 18 ans, en Centre-Val de Loire (source : Oscore®)

Environ
 $200 \times 12 = 2400$ /an
Pour 591 427
enfants 0-20 ans

Soit 40/10 000
enfants
**Evenement rare et
multidépendant**



Modélisation
Pour l'ensemble
de la population
Qu'en est il pour
les enfants?



(1) Source : Bilans annuels du Réseau Sentinelles.

(2) Source : Enquête Urgences 2002 de la Drees.

(3) Source : Base nationale PMSI-MCO 2002, exploitation Drees.

Les cases sans renvoi numéroté contiennent des valeurs obtenues par calcul à partir des résultats des enquêtes.

Les données d'hospitalization PMSI MCO/Psy

L'analyse des données du PMSI-MCO est circonscrite aux tentatives de suicide hospitalisées dans les services de médecine et chirurgie, incluant les séjours en unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD) des services des urgences.

Elle ne prend pas en compte

les patients passés aux urgences après une tentative de suicide mais non hospitalisés, ni ceux qui sont hospitalisés en psychiatrie, directement ou après leur passage aux urgences, sans hospitalisation préalable dans un service de médecine.

« En effet, les hospitalisations en établissement psychiatrique après une tentative de suicide seraient très mal renseignées dans le système d'informations hospitalier psychiatrique ».

La suicidalité hospitalisée un indicateur de santé mentale?

Les tentatives de suicide sont aussi un indicateur fragile: tentatives hospitalisées sont fonction du nombre de lits , des pratiques médicales

L'accès aux urgences encore plus complexes à déchiffrer: on inclue une nuit d'hospitalisation et pas les passages sans hospitalisation

Pratiques différentes suivant les hopitaux , codage, evaluation de la gravité

Décision de se rendre aux urgences en fonction de la disponibilité ou non d'alternatives: Accès au CMP , aux centres de crises , aux praticiens libéraux

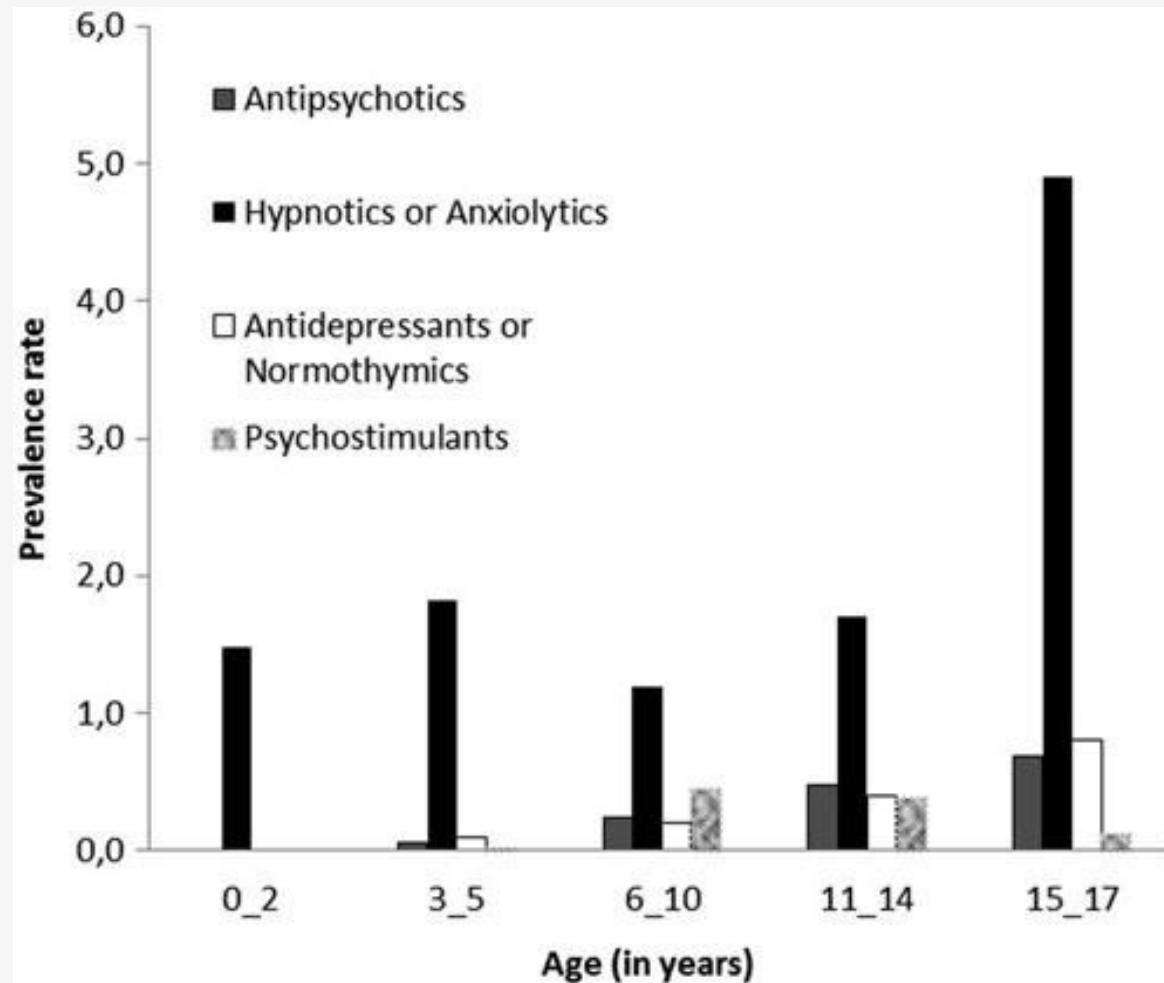
Les données sur la consommation de psychotropes

JOURNAL OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHOPHARMACOLOGY
Volume 25, Number 2, 2015
© Mary Ann Liebert, Inc.
Pp. 168–175
DOI: 10.1089/cap.2014.0058

Psychotropic Medication Use in French Children and Adolescents

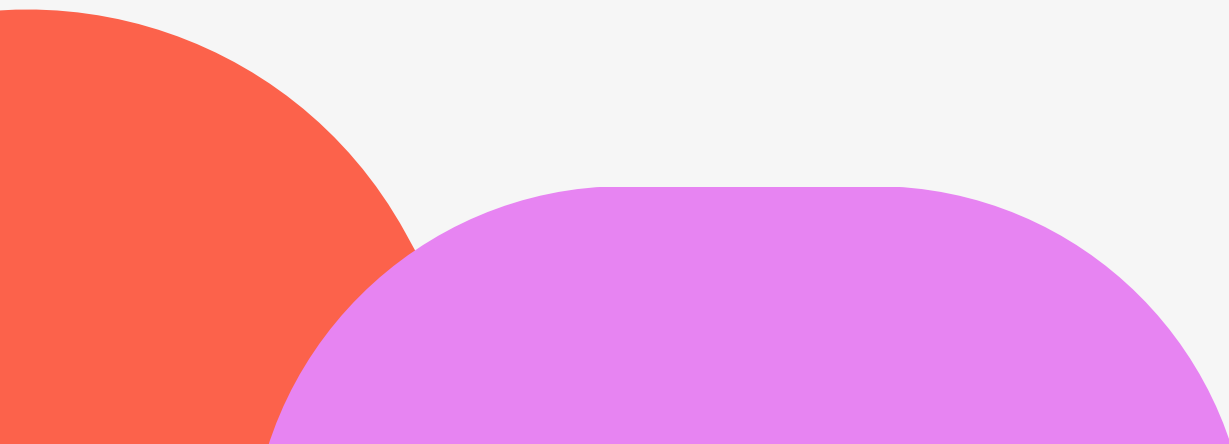
Viviane Kovess, MD, PhD^{1,2} Sabine Choppin, MD¹ Fei Gao, MSc¹ Mathilde Pivette, PharmD¹
Mathilde Husky, PhD² and Emmanuelle Leray, PhD^{1,3}

- indicateur disponible mais qui pose de nombreux pb d'interprétation
- la majorité sont prescrits par les Médecins généralistes dont la formation en pédopsychiatrie n'est pas toujours excellente



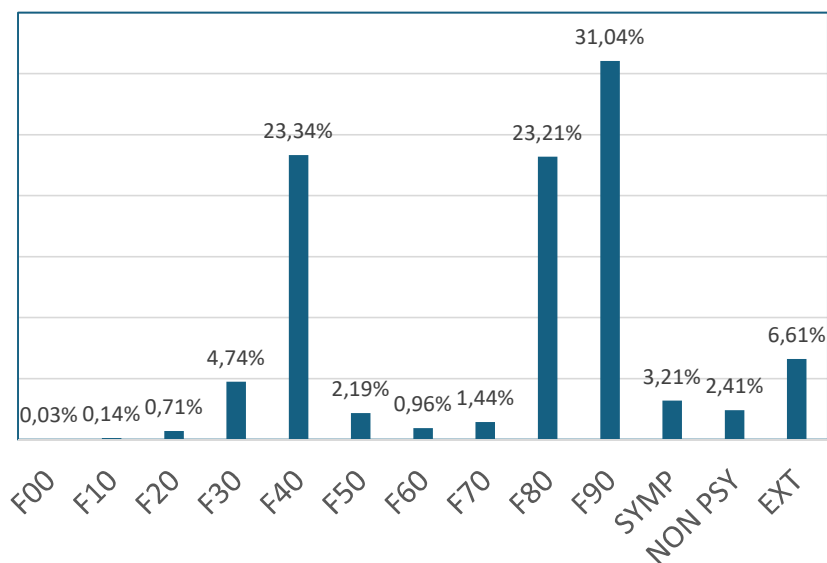


L'accès aux soins

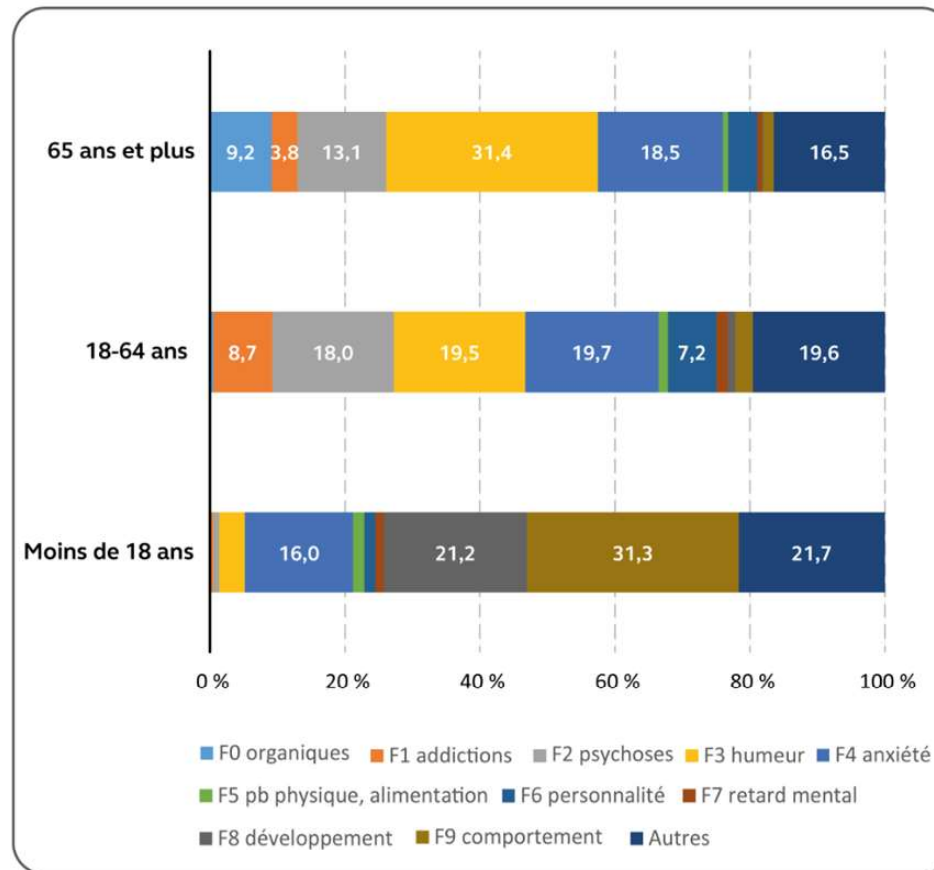


Région Centre/Loire enfants de 0 à 18 ans actes ambulatoires PMSI psy (ATIH 2023) versus France entière

Graphique n° 2 : actes ambulatoires par diagnostic et âge (2018)

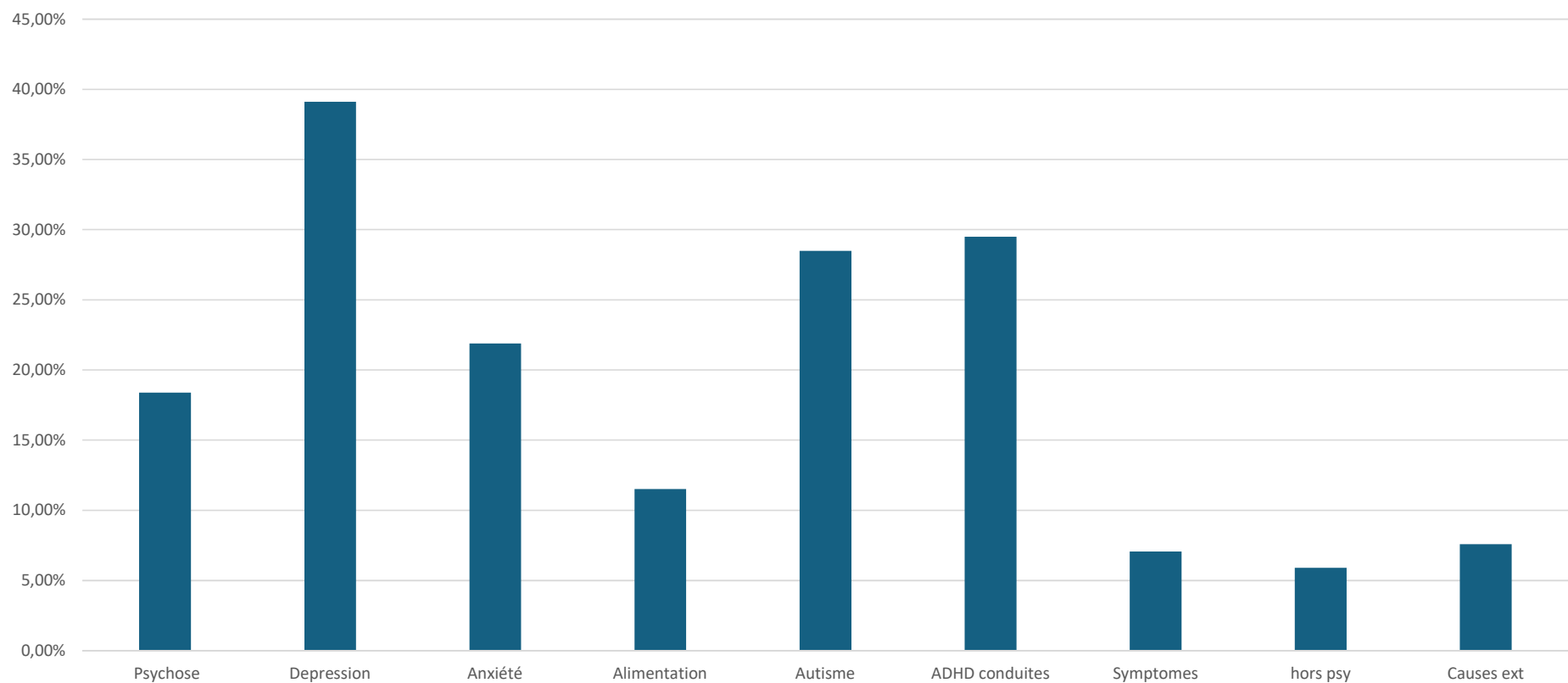


Pas de mention des données manquantes



Source : Cour des comptes (SNDS) N=21 751 578 actes (secteur public et ESPIC uniquement)

Hospitalisation rare pour les enfants: 942 patients 2300 séjours



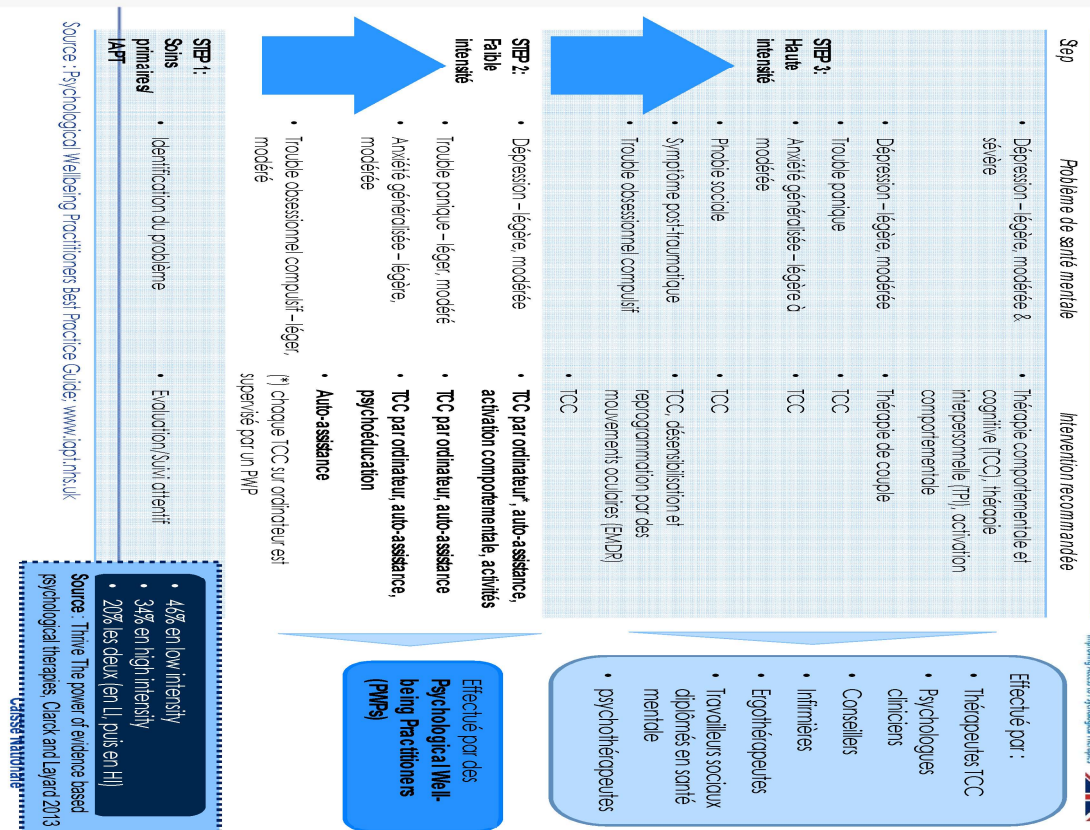
Rapport Cour des comptes: La graduation des soins

Prises en charge de plus en plus spécialisées et intenses

<div style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Troubles de plus en plus sévères</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Besoins</div> <div>Ressources</div> </div>	Soins primaires		Soins spécialisés			
	Généraliste, psychologue, intervenants de première ligne	Appui d'un psychiatre libéral ou d'un CMP	Ambulatoire, psychiatre libéral/CMP	Hospitalisation brève et suivi ambulatoire	Hospitalisation jusqu'à trois mois (HdJ, CATTP) et suivi ambulatoire	Hospitalisation longue (unités de réinsertion, médico-social et social)
Détresse psychologique	x					
Troubles dépressifs ou anxieux légers ou modérés	x					
Troubles dépressifs ou anxieux sévères		x	x	x		
Troubles psychotiques transitoires, troubles bipolaires, épisodes psychotiques aigus			x	x		
Troubles psychotiques à évolution plus longue			x		x	
Troubles psychotiques avec difficultés d'insertion sociale			x		x	x

Source : Cour des comptes. Le jaune correspond au système de soins primaire, c'est-à-dire à ce qui peut être pris en charge par le médecin généraliste (parfois avec un appui) ; le rose représente le niveau deux, c'est-à-dire le système de soins spécialisés en psychiatrie. Le rose clair correspond aux patients le plus souvent soignés en ambulatoire mais qui peuvent nécessiter des hospitalisations brèves, tout en restant bien insérés dans la vie active. Le rose plus foncé représente les patients qui nécessiteront une prise en charge plus longue, en articulation avec les services sociaux et médico-sociaux. CMP : centres médico-psychologiques ; HdJ : hôpital de jour ; CATTP : centres d'accueil thérapeutique à temps partiel. NB : les troubles addictifs ne sont pas pris en compte spécifiquement.

Le programme britannique d'accès aux psychothérapies est fondée sur une approche graduée (« stepped care »)



Importance de l'approche graduée :

Les psychothérapies sont **un acte thérapeutique** qui doit être réservée aux troubles légers ou modérés , **ce n'est pas une réponse à proposer aux personnes qui ne souffrent pas de troubles : ne pas "psychologiser" les réactions normales aux difficultés**

Favoriser les approches 'pair to pair', la prise en charge par soi même, labeliser des sites, organiser modération

Le dispositif "Mon soutien psy"

15 octobre 2024

f Autoriser in Autoriser x Autoriser ✉️ 🖨️



"Mon soutien psy" est un dispositif de remboursement des séances de psychologues s'adressant à toute la population dès 3 ans. Il permet à un patient de bénéficier, sur orientation d'un médecin, de 8 séances par an avec un psychologue, remboursées par l'Assurance maladie. L'annuaire des psychologues partenaires est en ligne.

Le dispositif "Mon soutien psy", lancé en 2022, permet la prise en charge par l'Assurance Maladie de séances chez un psychologue libéral conventionné. Ces séances s'adressent à tous les patients dès l'âge de 3 ans en souffrance psychique d'intensité légère à modérée. Le dispositif a évolué significativement depuis le 15 juin 2024.

"Mon soutien psy" un accès direct au psychologue

Le patient n'est plus obligé de passer par un médecin ou une sage-femme pour solliciter un psychologue et être aidé, mais il peut toujours s'il le souhaite, consulter son professionnel de santé pour faire le point, puis prendre rendez-vous ensuite avec un psychologue.

Le patient a désormais la possibilité de consulter l'annuaire dédié pour prendre directement contact avec le psychologue conventionné de son choix.

[L'annuaire](#) et toutes les informations sont disponibles sur le site de l'Assurance maladie.

Site de l'Assurance maladie : dispositif "Mon soutien psy"



-Devrait à terme entrainer un transfert des soins pour troubles légers ou modérés des CMP psy vers libéral
-Suivi possible dans les données du SNIIRAM puisque remboursés

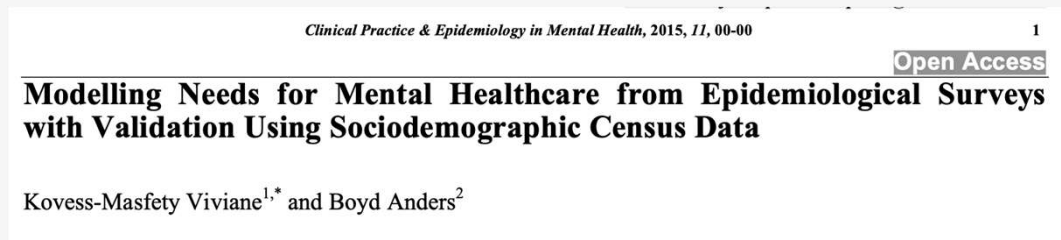
Conclusions



- Des informations sur la santé mentale des enfants disponibles à un niveau national pour presque toutes les classes d'âge
- Faire la différence entre le niveau de validité des informations: modalité de recueil et instruments (diagnostic versus symptômes passagers)
- Deux problèmes

la répétition des enquêtes à intervalle régulier n'est pas garantie

l'extrapolation à des régions voire à un niveau infra régional en utilisant les indicateurs sociaux



- Et surtout Suivre la composition des clientèles des services spécialisés en psychiatrie et les niveaux de sévérité en utilisant les données du PMSI psy et de la MCO très sous utilisées pour la planification et le suivi



“Médicalisation du malheur et déni des maladies mentales”
Est-il temps de reconsidérer notre narratif en santé mentale ?



Xavier BRIFFAULT

Chercheur en sciences sociales

et

épistémologie de la santé mentale

CNRS – CERMES3



La santé mentale est devenue un sujet sociétal pour lequel chacun a une opinion et un intérêt

- Paradoxe entre “psychologisation et pathologisation” des événements de la vie voire parfois **“médicalisation” du malheur versus un déni et une stigmatisation des maladies mentales**
- Confusion entre des symptômes réactionnels à des situations difficiles et un problème de santé mentale nécessitant des soins
- Confusion entre effet d’un événement sur les populations à risque (quelques pourcents de la population) versus sur toute la population
- Perte d’une vision court, moyen et long terme: les symptômes diminuent puis disparaissent avec le temps surtout si la menace disparaît ex covid 19
- Absence de rigueur dans la collecte des informations épidémiologiques: taux de réponses très bas, biais d’échantillonnage, instruments parfois inadaptés et conclusions qui en sont tirées, voire utilisation des données d’utilisation des soins comme proxy de prévalence
- La santé mentale des enfants est un sujet encore plus émotionnel que pour les adultes: culpabilisation des parents, rôle de l’école, attentes élevées des parents sur les performances des enfants, un manque de moyens constamment mis en avant en pédopsychiatrie (ex taux de pédopsychiatres cité quand la plupart des psychiatres d’enfant ne s’inscrivent pas dans cette spécialité difficile à exercer en libéral)

Une ancienne lecture, époque de la campagne nationale d'information sur la dépression de l'INPES



National surveys of mental disorders:
are they researching scientific facts or
constructing useful myths?


Anthony F. Jorm

Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2006; 40:830–834

***« Rather than provide scientific facts,
as they appear to do on the surface,
these surveys construct findings that
are useful for advocacy purposes »***



Cinq grands mythes des enquêtes d'épidémiologie psychiatrique

1. The myth of psychiatric diagnosis in population surveys
 2. The myth of prevalence rates
 3. The myth of comorbidity
 4. The myth of unmet need
 5. The myth of national and sociodemographic differences
- 

Premiers Secours en Santé Mentale et littératie en santé mentale

MHFA History



Mental Health First Aid was created in 2001 by Betty Kitchener, a nurse specializing in health education, and Anthony Jorm, a mental health literacy professor. Kitchener and Jorm run **Mental Health First Aid Australia**, a national non-profit health promotion charity focused on training and research.

Mental Health First Aid USA adapted the program of Mental Health First Aid Australia. Learn more about other countries who are also part of **Mental Health First Aid International**.

Commissions from the Lancet journals

[View all Commissions](#)

The *Lancet Psychiatry* Commission on youth mental health

Published: August 13, 2024

Executive Summary

Evidence suggests that in many countries, the mental health of young people has been declining over the past two decades, signalling a warning that global megatrends and changes in many societies are increasing mental ill health. Mental illnesses have their peak onset at age 15 years, and early intervention is crucial. The developing field of youth mental health focuses on individuals aged 12–25 years, viewing this period of emerging adulthood as more useful than dividing care at age 18 years. Mental health care for young people must be sensitive to this age group's specific biological, cognitive, social, and cultural changes. This Commission considers the principles, core features, and strategies for designing, testing, and scaling up new models of youth mental health care, as well as promotion of mental health and prevention of ill health. It assesses the economic and political imperatives behind reforms in promotion, prevention, and care.



Policy Brief

[PDF: Policy Brief](#)

Related content

The Lancet Psychiatry is an internationally trusted source of clinical, public health, and global health knowledge. We are a **world-leading psychiatry journal** with an **Impact Factor of 30·8**, ranking second among 276 psychiatry journals (2023 *Journal Citation Reports*®, Clarivate 2024), and a **CiteScore of 58·3**, ranking first among 51 biological psychiatry journals, and second among 567 psychiatry and mental health journals globally (Scopus).

Le pouvoir de la narration (storytelling et *useful myths*)

- **Les expériences et les comportements** sont influencés par les différences individuelles dans le développement du moi et du fonctionnement interpersonnel
- Mais aussi par les variations sociales et culturelles dans **la manière dont ils sont compris et communiqués.**
- Les « histoires » sont essentielles pour éduquer les gens et influencer leurs décisions.

Le santé-mentalais, idiome de l'expression obligatoire des troubles mentaux

Marcel Mauss

L'expression obligatoire des sentiments (rituels oraux funéraires australiens)

Journal de psychologie, 18, 1921.

« Deux mots pour conclure, d'un point de vue psychologique, ou si l'on veut, d'interpsychologie.

Une catégorie considérable d'expressions orales de sentiments et d'émotions n'a rien que de collectif.

Mais toutes ces expressions collectives, simultanées, à valeur morale et à force obligatoire des sentiments de l'individu et du groupe, ce sont plus que de simples manifestations, ce sont des signes des expressions comprises, bref, un langage. Ces cris, ce sont comme des phrases et des mots. Il faut dire, mais s'il faut les dire c'est parce que tout le groupe les comprend.

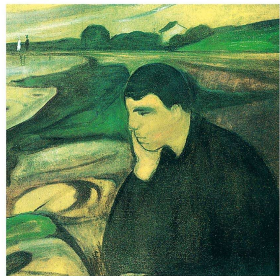
On fait donc plus que manifester ses sentiments, on les manifeste aux autres, puisqu'il faut les leur manifester. On se les manifeste à soi en les exprimant aux autres et pour le compte des autres. C'est essentiellement une symbolique».

*

On peut parler d'un idiome de la santé mentale, une grammaire relationnelle qui structure nos manières de fonctionner en société et de comprendre nos difficultés.

ALAIN EHRENBURG

LA FATIGUE D'ÊTRE SOI



DÉPRESSION ET SOCIÉTÉ



Bulletin

Santé mentale

Date de publication : 10/10/2024
ÉDITION NATIONALE

Analyse mensuelle des indicateurs à partir des réseaux OSCOUR® et SOS Médecins
Point mensuel numéro # 38

Santé publique France

ACTES MEDICAUX SOS MEDECINS			
Pathologies	Classe d'âges	par rapport au mois précédent	par rapport à 2021-2023
Angoisse	Enfants (0-17 ans)	↗	↗
	Adultes (≥ 18 ans)	=	↗

PASSAGES AUX URGENCES			
Pathologies	Classe d'âge	par rapport au mois précédent	par rapport à 2021-2023
Geste suicidaire	Enfants (0-17 ans)	↗	↗
	Jeunes et adultes (≥ 18 ans)	=	=
Idées suicidaires	Enfants (0-17 ans)	↗	↗
	Jeunes et adultes (≥ 18 ans)	=	↗
Troubles de l'humeur	Enfants (0-17 ans)	↗	=
	Jeunes et adultes (≥ 18 ans)	=	=
Troubles anxieux	Enfants (0-17 ans)	↗	=
	Jeunes et adultes (≥ 18 ans)	↘	=
Troubles psychotiques	Enfants (0-17 ans)	↗	=
	Jeunes et adultes (≥ 18 ans)	↘	=
Troubles de l'alimentation	Enfants (0-17 ans)	↗	=
	Jeunes et adultes (≥ 18 ans)	↘	=

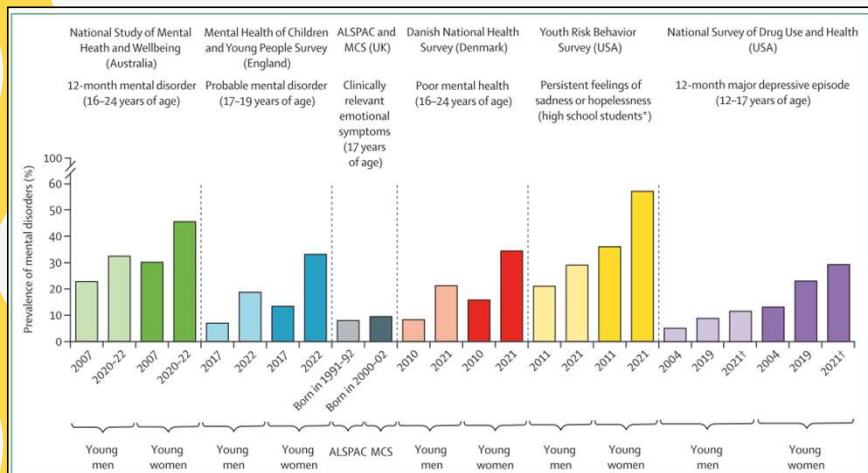
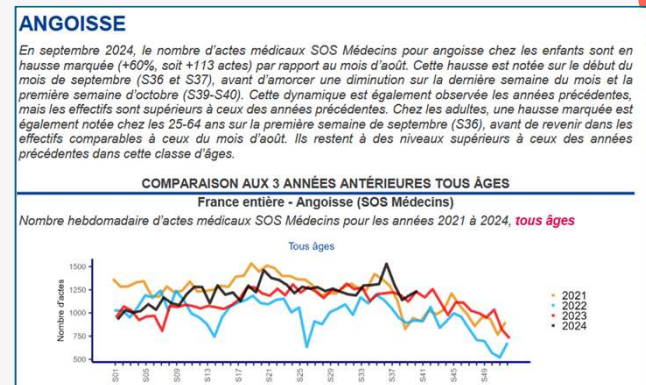
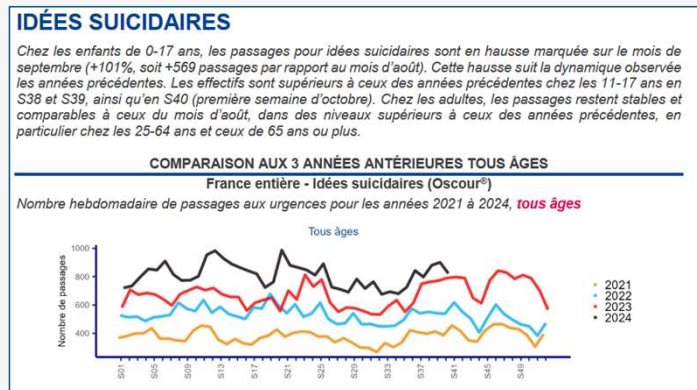
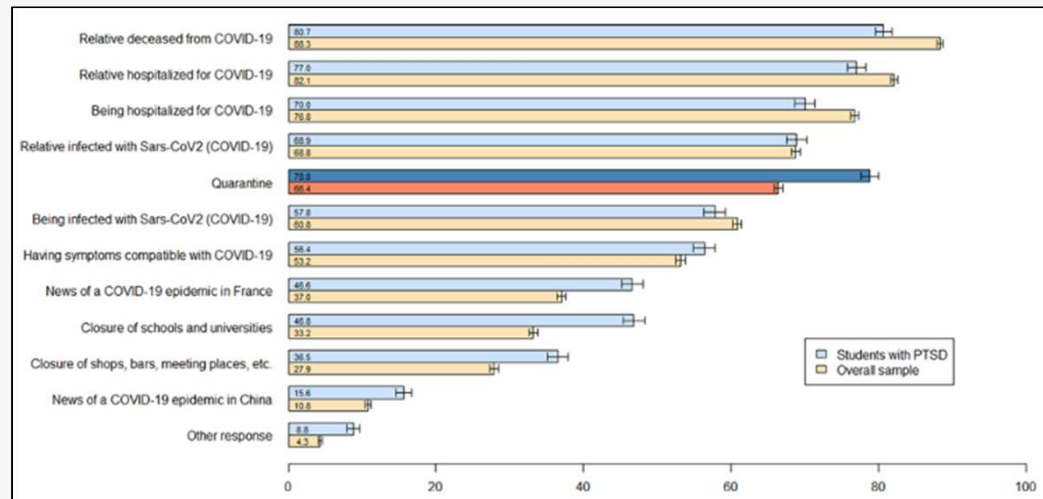
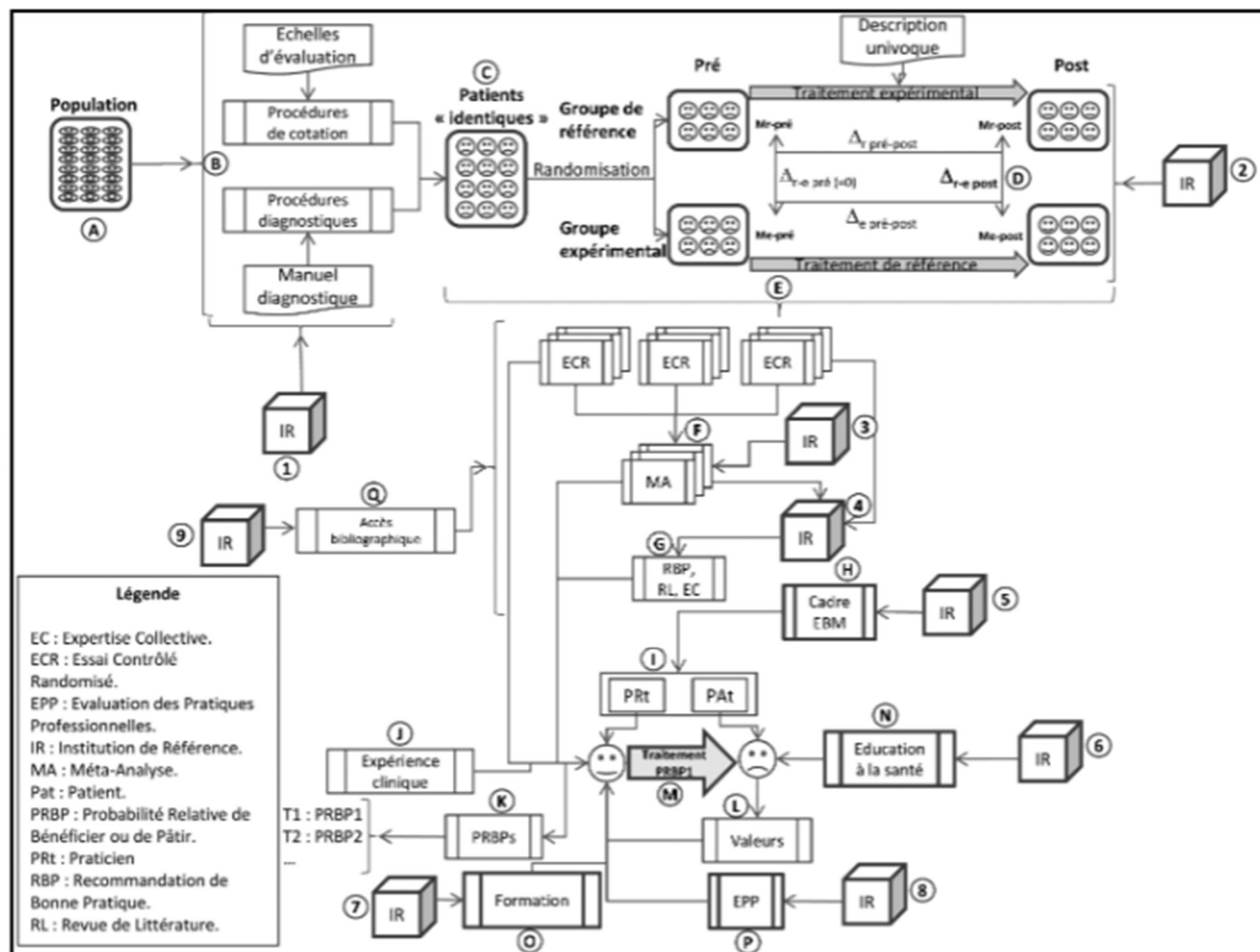
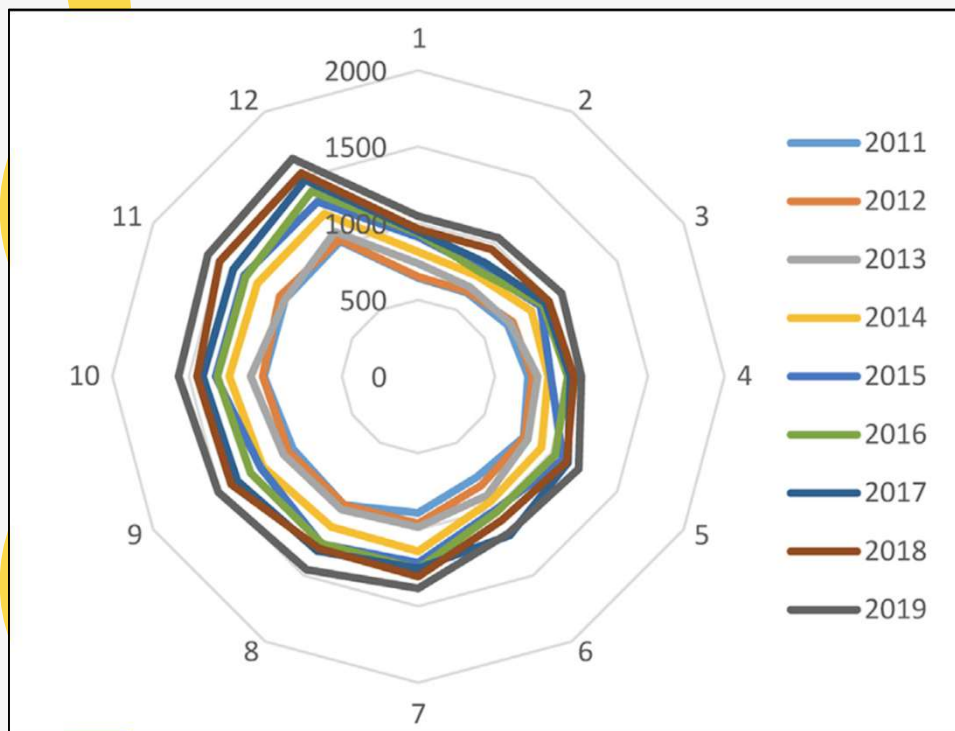


Figure 1: Youth mental health trends by country and sex



Solution
scientifique à un
problème objectif :
*evidence-based
medicine*





Enfants et adolescents ayant reçu une prescription de MPH selon leur mois de naissance en France entre 2010 et 2019 (cohorte de 144 509 enfants –SNDS-). S. Ponnou et coll., in Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence (2022).

Les natifs de décembre ont plus de risques d'être traités, le nombre de prescriptions augmente d'année en année.

THE CONVERSATION
L'expertise universitaire, l'exigence journalistique

Culture Économie • Entreprise Éducation • Jeunesse Environnement International Politique • Société **Santé** Science Podcasts

En anglais

Santé mentale et soins psychiques de l'enfant : la surmédication dépasse toutes les bornes scientifiques

Publié : 13 mars 2023, 18:05 CET Mise à jour le : 14 mars 2023, 08:33 CET

La consommation de médicaments psychotropes chez l'enfant et l'adolescent explose en France. Tagwaran/Shutterstock

Partager par e-mail
X (anciennement Twitter) 21
Facebook 1.1K
LinkedIn
Imprimer

Le Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA), chargé par le Premier ministre d'apporter une expertise prospective et transversale sur les questions liées à la famille et à l'enfance, vient de publier un rapport sur la souffrance psychique des enfants et les moyens dont nous disposons pour y remédier.

Ce travail s'inscrit dans un contexte particulièrement préoccupant, dans lequel on observe une aggravation des problèmes de santé mentale des jeunes, qui entraîne même une augmentation de la suicidalité. La situation est arrivée à un point d'urgence tel que des collectifs soignants ont multiplié les tribunes et les alertes.

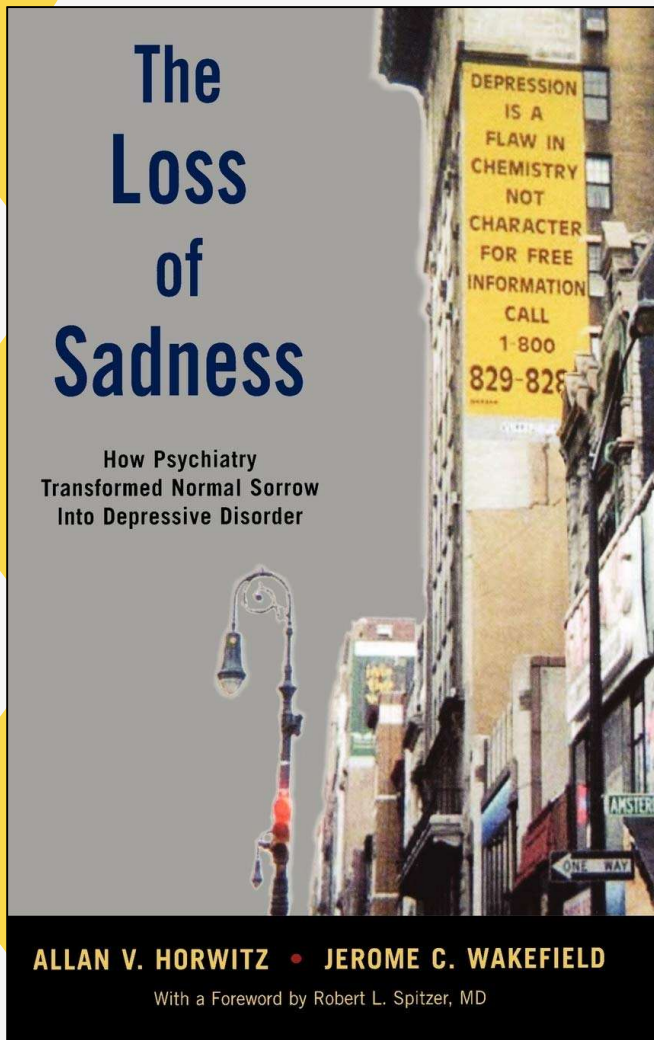
Auteurs

Sébastien Ponnou
Psychanalyste, professeur des universités en sciences de l'éducation - CIRCEPT-CLEF, EA 4334, Université Paris 8 - Vincennes Saint-Denis

Xavier Briffaut
Chercheur en sciences sociales et épidémiologie de la santé mentale au Centre de recherche médecine, sciences, santé, santé mentale, société (CERIMSS), Centre national de la recherche scientifique (CNRS)

« Ces résultats [Epiphare ANSM-CNAM] indiquent plutôt que les enfants sont sous-diagnostiqués en France, surtout pour les enfants de début d'année, c'est-à-dire ceux qui sont les plus âgés de leur classe » (Hugo Peyre)

https://www.lemonde.fr/sciences/article/2024/07/04/tdah-comment-le-mois-de-naissance-influence-la-prise-en-charge_6246642_1650684.html



La perte de la turbulence

« On a affaire à une ambiance, un climat, un esprit commun qui fait du couple souffrance psychique-santé mentale l'expression d'un *langage* qui place au centre de la vie sociale la subjectivité de chaque individu (son « intériorité » psychique ou cérébrale), et cela à mesure que l'autonomie devient notre valeur cardinale :

Plus l'individu est considéré comme un tout autonome, qui doit être *capable* de décider et d'agir par lui-même, plus la question de son intériorité devient une préoccupation publique.

Nos sociétés semblent avoir adopté *un langage de la vulnérabilité individuelle de masse* qui permet de nommer, voire de traiter les nouvelles tensions de l'indétermination démocratique suscitées par l'emploi généralisé de la référence à l'autonomie, notre signification imaginaire centrale ».

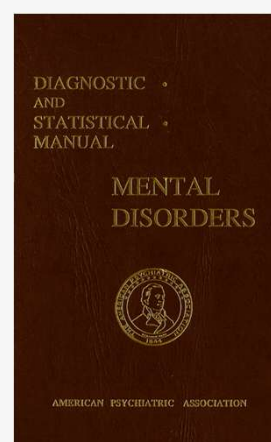
Alain Ehrenberg. "Remarques pour éclaircir le concept de santé mentale: Point de vue." *Revue française des affaires sociales* 1 (2004): 077-088.

Retour à la commission du Lancet Psychiatry

La détresse mentale en réponse à des événements stressants reflète un spectre de processus sous-jacents que les systèmes de diagnostic actuels classent vaguement en trois catégories pragmatiques :

1. un **état autolimité et non pathologique** (c'est-à-dire une **réaction de stress aigu**) ;
2. un **état limité dans le temps** dans lequel une détresse excessive est renforcée par des préoccupations (par exemple, un **trouble de l'adaptation**), avec des risques accrus de progression vers
3. un **trouble pathologique qui peut persister** au-delà de la présence de facteurs de stress (par exemple, un trouble dépressif majeur, un trouble de stress post-traumatique).

Les réponses adaptatives initiales au stress peuvent déclencher des cascades de changements dans les réseaux de symptômes, les circuits cérébraux ou les voies moléculaires qui peuvent s'enraciner et s'auto-entretenir.



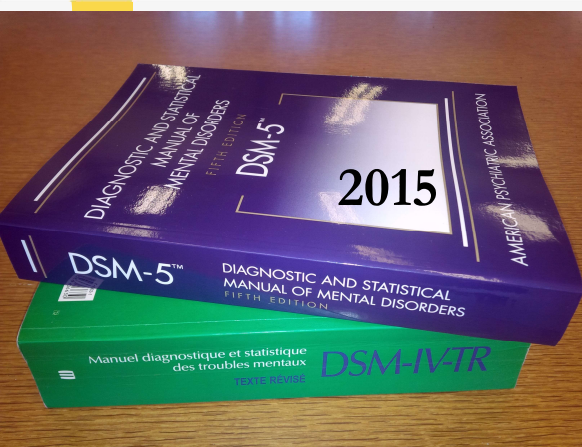
1952

Les troubles mentaux sont des réactions à des stressseurs

- 20-24 PSYCHOTIC DISORDERS
- 20 INVOLUTIONAL PSYCHOTIC REACTION
- 21 AFFECTIVE REACTIONS
- 21.0 Manic depressive reaction, manic type
- 21.1 Manic depressive reaction, depressed type
- 21.2 Manic depressive reaction, other
- 21.3 Psychotic depressive reaction
- 22 SCHIZOPHRENIC REACTIONS
- 22.0 Schizophrenic reaction, simple type
- 22.1 Schizophrenic reaction, hebephrenic type
- 22.2 Schizophrenic reaction, catatonic type
- 22.3 Schizophrenic reaction, paranoid type
- 22.4 Schizophrenic reaction, acute undifferentiated type
- 22.5 Schizophrenic reaction, chronic undifferentiated type
- 22.6 Schizophrenic reaction, schizoaffective type
- 22.7 Schizophrenic reaction, childhood type

- 40 PSYCHONEUROTIC DISORDERS
- 40 PSYCHONEUROTIC REACTIONS
- 40.0 Anxiety reaction
- 40.1 Dissociative reaction
- 40.2 Conversion reaction
- 40.3 Phobic reaction

STATISTICAL CLASSIFICATION C	
Code No.	Disorder
40.4	Obsessive compulsive reaction
40.5	Depressive reaction
40.6	Psychoneurotic reaction, other



2015

Les troubles mentaux existent indépendamment du contexte

Autour du couple action-réaction

Entretien avec Jean Starobinski, réalisé à Genève
le 16 avril 2004 par Bernard Granger et François Ménard

PSN : Il est un auteur pour lequel le couple action-réaction et le terme de réaction jouent un rôle fondamental, c'est Adolf Meyer, auquel vous consacrez plusieurs pages.

JS : Adolf Meyer (1866-1950) joue un rôle important dans l'histoire de la théorie psychiatrique américaine, à partir de son enseignement à l'université Johns Hopkins de Baltimore. On ne peut renvoyer à aucun autre livre qu'à l'ensemble de ses articles et communications, qui occupent quatre volumes.

Alors que la psychiatrie allemande, avec Karl Wernicke, cherchait à établir des corrélations entre symptômes et lésions cérébrales, ou, avec Kraepelin, à distinguer et classer des entités morbides, Adolf Meyer s'en est pris à ce qu'il appelait (en un terme kantien) l'attitude nouménale, qui fait de la maladie mentale une chose en soi. Dans sa pensée, la psychogenèse joue un rôle capital, et surtout les ratés de l'« ajustement » de la personne aux situations vécues. L'un des travaux de Meyer, par exemple, tend à montrer, sur quelques exemples, que des hystéries caractérisées ont pu évoluer en devenant des démences précoces. « À des réactions normales ont succédé des réactions substitutives inférieures, dont certaines déterminent un décalage sur des lignes psychobiologiques incompatibles avec une réintégration » (II, p. 458). Si Adolf Meyer est hostile aux classifications nosographiques de Kraepelin, s'il convie à prêter attention aux expériences individuelles, c'est pour se retrouver en terrain plus sûr. Il ne veut omettre ni la personne, ni les circonstances auxquelles elle est soumise, ni le degré d'adéquation de ses réponses, ni les modifications biologiques survenues concurremment. Meyer, comme les behavioristes de son temps, donne une grande importance aux rapports de l'individu et de son entourage social. ⁷⁴

Commission du Lancet Psychiatry

- Lorsque les facteurs de stress externes sont persistants, le flou conceptuel entre les états pathologiques et subcliniques pourrait accroître l'utilisation de la *perspective du trouble (nouménale)*.
- La **stigmatisation** qui y est associée pourrait **entraver la recherche d'aide**, qui est souvent déjà compromise : **effets pervers de la déstigmatisation par « maladies »**.
- Au lieu de cela, lorsque les situations et événements extérieurs jouent un rôle causal décisif, le concept de **blessure psychologique** serait plus approprié, **lorsque la source de l'état problématique est à juste titre déplacée de l'individu à l'environnement**.
- Voir les choses sous cet angle peut permettre de **transcender les débats polarisants et typiquement improductifs concernant l'étiquetage et le surdiagnostic**.

Le silence des symptômes

Enquête sur la santé mentale et le soin des enfants

Avec la préface de Sylviane Giampino

Sébastien Ponnou,
Xavier Briffault
et Frédérique Chave
(sous la dir.)



31 août 2023

École inclusive : quelles solutions peut-elle apporter à la souffrance psychique des enfants ?

Sébastien Ponnou, Université Paris 8 – Vincennes Saint-Denis; Diane Bedoin, Université de Rouen Normandie; Dominique Méloni, Université de Picardie Jules Verne (UPJV); Laurent Lescaouarch, Université de Caen Normandie; Maryan Lemoine, Université de Limoges et

Xavier Briffault, Centre national de la recherche scientifique (CNRS)

Formation des enseignants, implication des familles... Comment faire pour que l'école conjugue au mieux droit à la scolarité et droit au soin, au bénéfice des enfants ?



27 juin 2023

Éducation spécialisée : permettre à l'enfant en souffrance psychique d'exprimer l'indicible

Sébastien Ponnou, Université Paris 8 – Vincennes Saint-Denis; Diane Bedoin, Université de Rouen Normandie; Dominique Méloni, Université de Picardie Jules Verne (UPJV); Laurent Lescaouarch, Université de Caen Normandie; Maryan Lemoine, Université de Limoges et

Xavier Briffault, Centre national de la recherche scientifique (CNRS)

Alors que près d'un enfant scolarisé sur dix pourrait être touché par des troubles mentaux, des pratiques d'aide restent sous-employées. L'éducation spécialisée en est une. De quoi s'agit-il ?



4 septembre 2023

Souffrances psychiques de l'enfant : pourquoi il faut miser sur les pratiques pédagogiques

Sébastien Ponnou, Université Paris 8 – Vincennes Saint-Denis; Diane Bedoin, Université de Rouen Normandie; Dominique Méloni, Université de Picardie Jules Verne (UPJV); Laurent Lescaouarch, Université de Caen Normandie; Maryan Lemoine, Université de Limoges et Xavier Briffault, Centre national de la recherche scientifique (CNRS)

En amont de toute prise en charge thérapeutique, la pédagogie recèle déjà de nombreux dispositifs prometteurs pour lutter contre la souffrance psychique des enfants. Comment et pourquoi ?

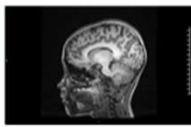


26 avril 2023

Santé mentale et soins psychiques de l'enfant : les psychothérapies sont-elles vraiment efficaces ?

Sébastien Ponnou, Université Paris 8 – Vincennes Saint-Denis et Xavier Briffault, Centre national de la recherche scientifique (CNRS)

Les psychothérapies recouvrent de nombreuses pratiques différentes, basées sur l'échange avec un thérapeute. Leur efficacité peut-elle être évaluée ? Et que disent les résultats ?



21 mars 2023

Santé mentale et soins psychiques de l'enfant : les impasses du « tout biologique »

Sébastien Ponnou, Université Paris 8 – Vincennes Saint-Denis et Xavier Briffault, Centre national de la recherche scientifique (CNRS)

La surmédication des enfants s'adosse à la « psychiatrie biologique », qui cherche des causes neurologiques ou génétiques aux troubles mentaux... Ce qui ne semble pas étayé scientifiquement. Analyse.



14 mars 2023

Santé mentale et soins psychiques de l'enfant : la surmédication dépasse toutes les bornes scientifiques

Sébastien Ponnou, Université Paris 8 – Vincennes Saint-Denis et Xavier Briffault, Centre national de la recherche scientifique (CNRS)

THE CONVERSATION

L'expertise universitaire, l'expertise journalistique

Culture Économie + Entreprise Éducation + Jeunesse Environnement International Politique + Société Santé Science



Santé mentale et soins psychiques de l'enfant : la surmédication dépasse toutes les bornes scientifiques

Publié : 13 mars 2023, 18:05 CET Mis à jour le : 14 mars 2023, 08:33 CET

THE CONVERSATION

L'expertise universitaire, l'expertise journalistique

Culture Économie + Entreprise Éducation + Jeunesse Environnement International Politique + Société Santé Science Po

Santé mentale et soins psychiques de l'enfant : les impasses du « tout biologique »

Publié : 21 mars 2023, 19:00 CET



La « psychiatrie biologique », qui cherche une cause biologique aux troubles, domine depuis des décennies. Chale Chulapornr/Shutterstock

Commission du Lancet Psychiatry

- L'apparition d'une mauvaise santé mentale chez les jeunes est **complexe** : mélange de troubles du sommeil, de changements motivationnels, d'anxiété et de dysrégulation de l'humeur.
- Les symptômes émergent et disparaissent sous forme de **microphénotypes**, qui ne suivent généralement pas de trajectoires claires vers des diagnostics distincts, mais s'influencent mutuellement de multiples façons, comme le souligne la théorie des réseaux (Borsboom, D. (2017). A network theory of mental disorders. *World Psychiatry*).
- Les affections en phase précoce ont des issues **pluripotentielle**s (plusieurs stades finaux), et l'**hétérotypie** (passage d'une catégorie de diagnostic à l'autre) et la **comorbidité syndromique** sont la norme plutôt que l'exception.

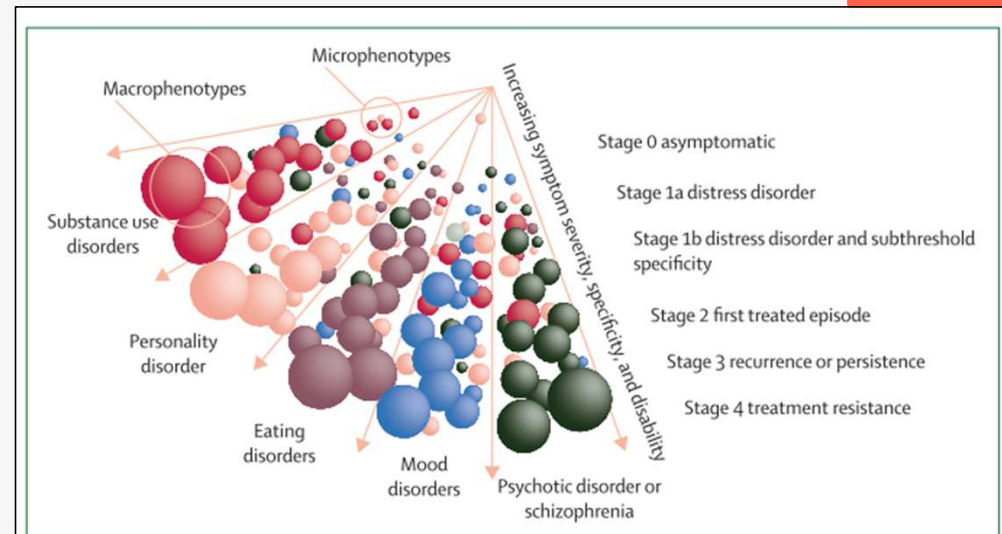


Figure 4: Heuristic clinical staging model for mental disorders

The model illustrates clusters of early symptoms (microphenotypes) and their potential progression into clear, and often comorbid, syndromes (macrophenotypes). Progression across stages is characterised by increasing symptom severity, specificity, and disability (represented by sphere size). Spheres and colours represent phenotypes. Adapted from McGorry and Mei⁷⁰⁶ with permission.

Pistes d'action (Lancet)

- L'un des principaux défis consiste à trouver un **moyen de répondre** à l'augmentation réelle des taux de **mauvaise santé mentale** qui justifie le recours à des **soins fondés sur des données probantes** et qui **ne nuise pas en étiquetant ou en stigmatisant les jeunes en détresse passagère, ou en les surtraitant.**
- Un deuxième défi, lié au premier, consiste à s'assurer que les jeunes qui ont besoin de soins de santé mentale peuvent **s'engager dans ces soins d'une manière qui protège et renforce leur agentivité.**
- La psychologie positive est une perspective bien développée, fondée sur les forces plutôt que sur les déficits et les maladies, qui pourrait être utilisée.

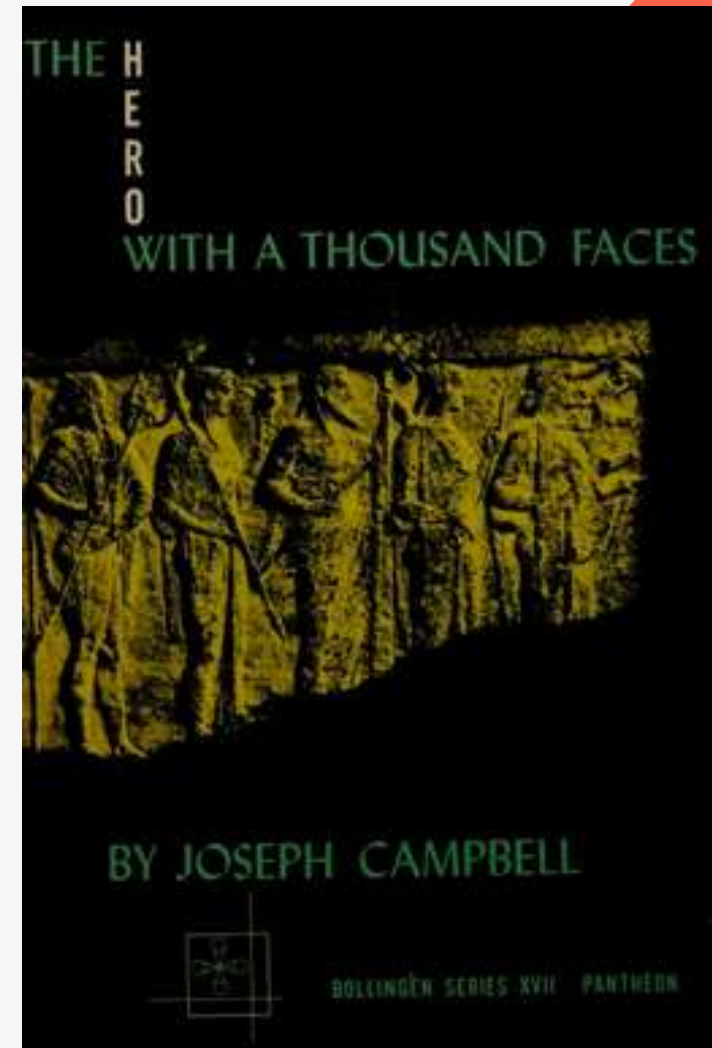
Pistes d'action (Lancet)

Une version plus fondamentale et plus engageante de cette idée est **le Voyage du héros**.

Le concept a été formulé par le mythologue Joseph Campbell, qui a identifié le voyage du héros comme un **thème commun à toutes les cultures**, d'une grande pertinence pour la condition humaine. L'omniprésence du motif du voyage du héros valide sa pertinence.

Ce thème se retrouve dans de nombreux romans, pièces de théâtre et films. **Les exemples récents les plus connus sont peut-être Star Wars et Harry Potter.**

L'idée a été utilisée à des fins thérapeutiques, comme métaphore pour normaliser nos réponses aux défis et aux menaces auxquels nous sommes tous confrontés au cours de la lutte pour la maturité.



1949

Pistes d'action (Lancet)

Les éléments du concept du voyage du héros, tels que :

- **l'appel à l'aventure** (le passage à l'âge adulte)
- **la route des épreuves** (les difficultés rencontrées pendant cette transition, souvent surmontées avec l'aide d'un adulte plus âgé expérimenté)
- **l'atteinte du but** (l'identité adulte actualisée, la réalisation des étapes du développement)
- **le retour** (l'adoption de nouveaux rôles d'adulte au sein de sa communauté)
- **l'application** (apporter une contribution sociale positive)

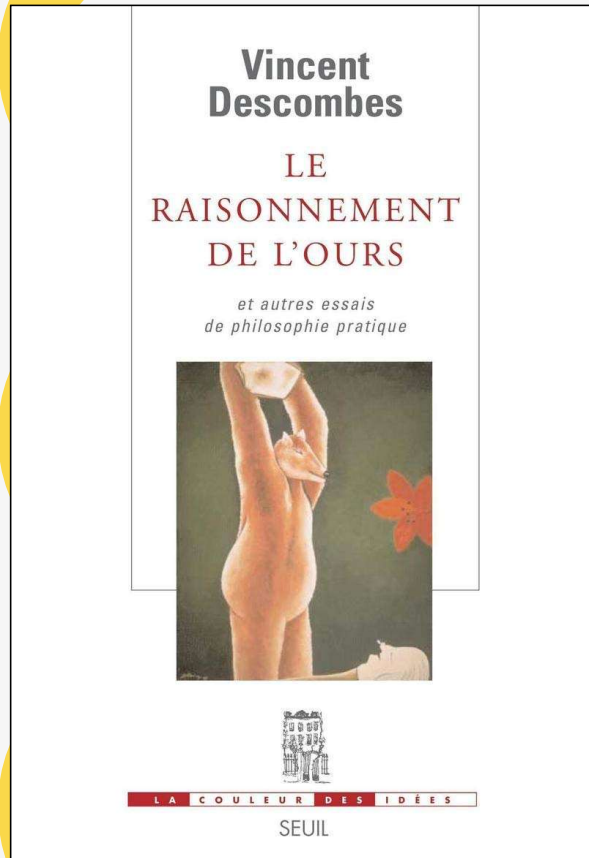
auront un sens pour la plupart des gens.

Ce concept crée un espace pour une perspective de psychologie positive, qui est une approche basée sur les forces face à la détresse et à la lutte pendant la transition vers l'âge adulte, mais qui a une **résonance populaire beaucoup plus grande.**

Retour à Ithaque

Claudine Paque. "Être reconnu: l'expérience d'Ulysse de retour à Ithaque." *Sens-Dessous 2* (2008): 98-106.

Enseignante, agrégée de lettres classiques (Université de Nantes).



L'illusion nomocratique (phronésis)

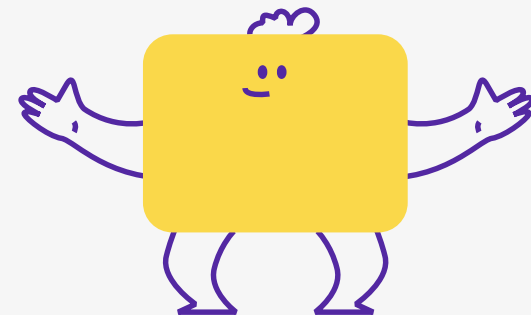
On voit combien l'Odyssée présente une matière riche pour approcher le thème de la reconnaissance et parcourir ses signes privilégiés : Sept scènes de reconnaissance spécifiques de différentes fonctions. Elles permettent successivement au héros de retrouver son Identité. Chacun, en le reconnaissant, lui rend son nom, son histoire, sa place sociale et symbolique et tous le font collectivement re-naître dans le monde des humains. Dans celui des monstres et des dieux, Ulysse n'était « personne », comme il se nommait lui-même lorsqu'il n'inventait pas l'un des multiples personnages à l'identité précise et amplement détaillée. À la fin de *L'Odyssée*, œuvre éponyme⁵, Ulysse est un homme singulier parce qu'il a été reconnu par Télémaque comme son père, par le chien Argos comme son maître, par Euryclée comme l'enfant qu'elle a élevé, par Eumée et Philétios comme le maître légitime de la maison, par les prétendants comme le roi d'Ithaque, par Pénélope comme son mari et par Laërte comme son fils.



La pair-aidance et le savoir expérientiel,
des soutiens pour permettre aux jeunes de prendre une part active
à leur prise en charge



Laurent LEFEBVRE
Administrateur à l'UNAFAM





Questions / réponses



Xavier BRIFFAULT

Chercheur au CNRS-CERMES3

Laurent LEFEBVRE

Administrateur à l'UNAFAM

Pr Viviane KOVESS-MASFETY

Psychiatre et épidémiologiste

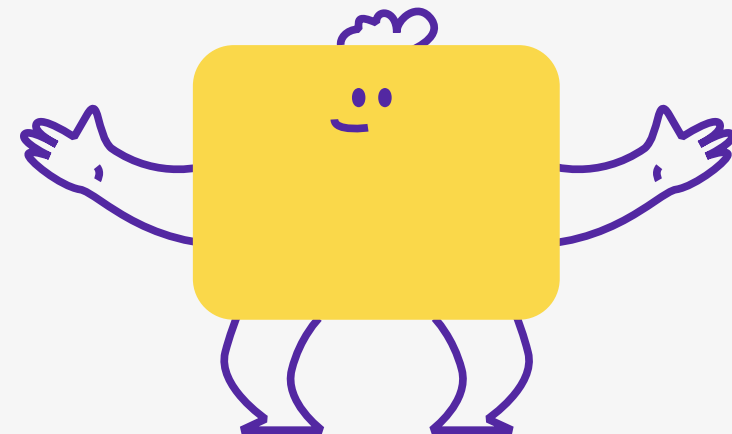
Adrien PAPUCHON

Responsable de la Mission recherche de la DREES



Adrien PAPUCHON

Responsable de la Mission recherche de la DREES et de l'ONS
(Observatoire national du suicide)



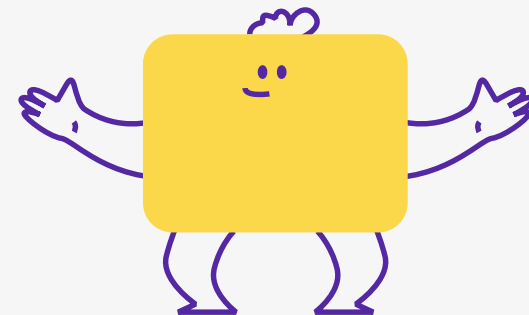


L'implication des usager.e.s et de la population comme levier d'amélioration de la santé mentale des jeunes



Magali COLDEFY

Chercheuse indépendante et chercheuse associée à l'Irdes (Institut de recherche et documentation en économie de la santé)



Contexte de l'étude



Contribution à la
Stratégie de
transformation de
notre système de santé

AVIS ET RAPPORT 2018



Constat d'un modèle de santé français « orienté vers une approche curative et individuelle de la santé, qui ne parvient pas à se transformer pour répondre aux nouveaux besoins de la population qui résultent de la transition démographique et épidémiologique »

Proposition d'une réforme systémique s'appuyant sur les **services attendus par la population**

Pour le Hcaam, « l'inclusion réelle des usager.e.s aux processus de prévention et de soins est non seulement **une exigence pour répondre à leurs attentes et besoins**, mais également **une condition indispensable de l'amélioration de la pertinence des recours et de la qualité de notre système de santé** »

Méthode favorisant la voix des personnes concernées et le recueil de leurs besoins, attentes, préférences



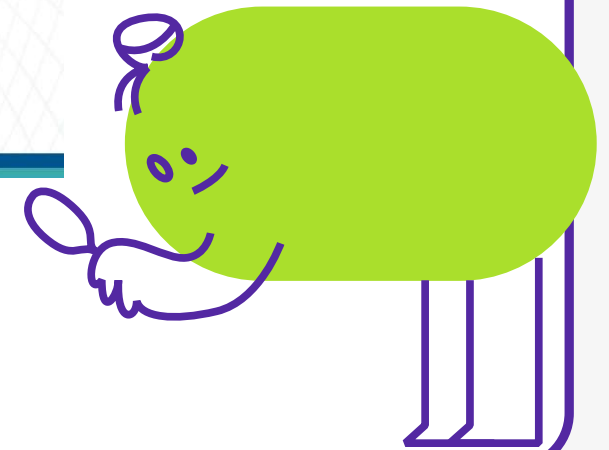
Contexte international appelant à une plus grande implication, participation des personnes à leur santé et leurs soins

OMS, 2015 :

Mettre les besoins complets des personnes et de la population, et pas seulement les maladies, au centre des systèmes de santé

et donner le pouvoir aux personnes de jouer un rôle plus actif dans leur propre santé

>> changement de cible du système de santé :
d'un objectif de soins à un soutien à l'autonomie
et la qualité de vie des personnes



Les attendus de l'implication des usagers et du partenariat en santé (mentale)

- > Meilleures connaissances sur la santé, amélioration littératie, meilleure prévention des troubles
- > Meilleur accès aux soins
- > Meilleurs résultats sanitaires et cliniques
- > Meilleurs soins autoadministrés, meilleure gestion de sa maladie et implication des personnes dans leurs soins
- > Plus grande satisfaction des personnes concernant les soins reçus
- > Davantage de satisfaction professionnelle des intervenants en santé
- > Meilleure efficacité des services
- > Réduction globale des coûts

La stigmatisation des troubles psychiques, au cœur des enjeux de l'implication et du partenariat en santé mentale

Une mise en doute plus fréquente des capacités des personnes à prendre des décisions autonomes, à faire les bons choix concernant leur santé

Auto-stigmatisation

Plus généralement, un enjeu pour améliorer :

- L'accès aux soins, le retard au diagnostic et les chances de rétablissement :

« Beaucoup de personnes nous disent : mais quand j'étais enfant et que je faisais une connerie, on me disait : si tu n'es pas sage, on va t'envoyer à Saint-Egrève (nom de l'hôpital psychiatrique) et à Paris, on disait, on va t'envoyer à Sainte-Anne. Vous voyez que quand vous le savez, c'est ce type de représentation dans la tête. Évidemment que vous n'allez pas y aller spontanément à Sainte-Anne. Vous n'allez pas aller spontanément à Saint-Egrève. (...) ... Même chose pour l'entourage, c'est très, très important qu'il n'y ait pas cette connotation. C'est terrible parce que nous n'avons jamais cela avec un cardiologue. Vous n'avez jamais quelqu'un qui sentant qu'elle a besoin de voir un cardiologue s'interroge, est-ce que je vais aller à l'hôpital ou pas à l'hôpital, est-ce que je vais passer la porte ? il n'y a qu'en psychiatrie où nous en sommes encore là... »

- L'Inclusion sociale, accès à l'emploi, au logement, à la parentalité, à la citoyenneté

« En fait, une fois qu'on a mis le pied dans la partie de la psychiatrie, on est engagé dans un processus de disqualification sociale et qui se traduit dans le travail, dans le logement, dans les relations amicales, familiales, etc. (...). Après une hospitalisation en psychiatrie, il y a un avant et un après. »

L'implication des usagers et le partenariat au cœur de la transformation du système de santé mentale

Impliquer la population générale

Impliquer les personnes concernées en tant que partenaires des soins et accompagnements

Impliquer les proches en tant que partenaires des soins et accompagnements

Réorienter le système de santé mentale vers des soins et services co-produits

Implication des usagers dans le fonctionnement, la définition du système de santé mentale

Extraits des principales conclusions pour améliorer le parcours de santé mentale des jeunes

Service à rendre 1 : Informer, renforcer l'autonomie et impliquer la population générale

Attendus d'une meilleure information de la population sur la santé mentale, ses déterminants, ses facteurs de risques et de protection, sur les ressources mobilisables, les possibilités de rétablissement et les droits des personnes:

- favoriser la bonne santé mentale de la population dans son ensemble, tout au long de la vie, y compris celle de la population vivant avec un trouble psychique,
- prévenir l'apparition de troubles psychiques, lorsque c'est possible,
- améliorer l'accès aux soins et services adaptés, en réduisant le délai sans traitement ou accompagnement adapté,
- réduire la stigmatisation, la discrimination et favoriser l'inclusion sociale et citoyenne des personnes vivant avec un trouble psychique,
- améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec un trouble psychique,
- favoriser l'entraide et le soutien dans la communauté et l'autonomie de la population

1.1. Libérer la parole sur la santé mentale : informer et proposer des lieux, espaces d'écoute

-Un début de libération de la parole avec la crise sanitaire : campagnes d'information, lignes et espaces d'écoute, médias...

...2025 Label Santé Mentale Grande Cause Nationale

-Sites d'information en santé mentale à faire connaître (sites institutionnels ou créés par usagers), annuaires de ressources pour usagers et professionnels

- Coming out de personnalités publiques

-Développement d'espaces d'écoute dans des lieux ordinaires non stigmatisés (CCAS, maisons de quartier, MDA, points écoute jeunes...)



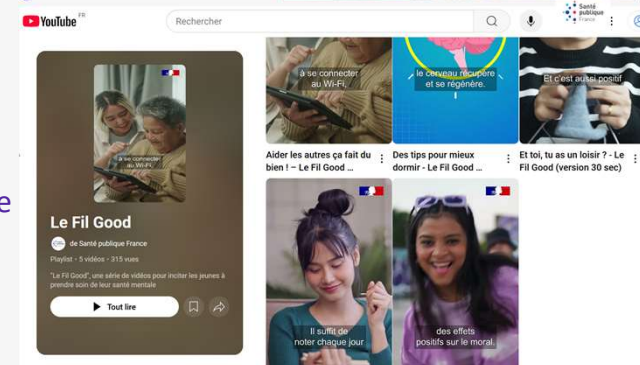
1.2. Promouvoir la santé mentale de la population générale et prévenir l'émergence des troubles psychiques



-Données probantes et recommandations ++ (et anciennes) pour soutenir investissement dans la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles psychiques, y compris d'un point de vue économique :

- Initiatives qui ciblent des groupes particuliers (âge, personnes vulnérables..) et des milieux précis (écoles, lieux de travail, domicile)
- S'intéressant à un ensemble de facteurs de risque ou de protection connus
- Avec des objectifs clairs
- Installées dans la durée

-Exemples de domaines d'action, publics ou milieux à destination des jeunes :

- développement de programmes d'information et d'éducation en santé mentale tout au long de la vie
- Développement de programmes de soutien à la parentalité dès le début de la grossesse : Triple P, 1000 premiers jours
- Programmes de développement des compétences psycho-sociales chez les enfants et les jeunes : Good Behaviour Game, Zippy
- Améliorer l'accès à l'alimentation-santé et l'activité physique : Le Fil Good de Santé Publique France
- Prévention du suicide





« Et l'idée qui n'est pas la mienne, ce serait aussi de remettre la santé mentale dans la cité. Tout le monde intervient dans la santé mentale. Tout le monde peut être atteint à un moment ou à un autre et il y en aura de plus en plus dans la cité. Donc il faut remettre la santé mentale dans la cité. Ça, ça me paraît extrêmement important. Il faut donc faire de l'éducation, de tout le monde, de l'éducation sur ce qu'est la santé, ce que sont les pathologies mentales, des maladies, absolument comme les autres, qui demandent d'être soignées, et elles ne peuvent pas être soignées sans que tout le monde soit partenaire et soit au courant. C'est l'éducation de tout un chacun. Et cela a été démontré que si l'on éduque les jeunes, les enfants, à l'école, au niveau des classes élémentaires, puis au niveau du collège et du lycée, si on les habitue, à savoir ce qu'est la santé mentale, que l'on peut avoir une maladie mentale comme nous pouvons avoir une fracture de la jambe, ou avoir un diabète. Et ça, ça ne doit pas faire peur. Ce sont des choses qui se font, par exemple en Australie où dès le début, les gens savent que les grandes maladies mentales sont : l'autisme, la schizophrénie et le trouble bipolaire. Ils sont capables de dire : « dis donc, toi, fais attention, on dirait que tu es quand même très souvent énervé ou tout cela, la dépression, et ils peuvent reconnaître. Et donc ça, on a montré que ce qui marche le mieux d'une part pour la déstigmatisation et pour améliorer le climat global vis-à-vis de la santé mentale, c'est d'éduquer les gens, éduquer les enfants, et surtout les adolescents. Tout ça transformerait les choses. »

Proche, représentant.e associatif.ve

1.3. Intégrer l'éducation à la santé mentale dans la formation tout au long de la vie

- Permet une approche universelle du besoin d'empowerment en santé mentale et promeut une éducation à la santé mentale systématique intégrée à la formation des individus
- Pratiquée dans de nombreux pays
- Intégration de l'éducation à la santé mentale dans le programme scolaire
- Formation à la santé mentale à l'âge adulte et auprès de groupes et d'intervenants spécifiques

*Premiers Secours en santé mentale (PSSM)
Ambassadeurs, sentinelles en santé mentale
(psychologie communautaire)*

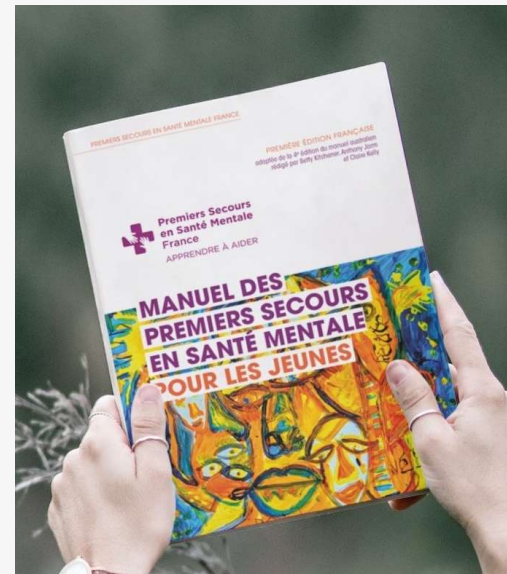


Fig. 4.4. Mental health is integrated into the school curricula through a partnership with the education and health sectors in countries



- **Yes, mental health is integrated into the school curricula through partnership work between the two sectors:**
Belgium, Bosnia and Herzegovina (Republika Srpska), Croatia, Cyprus, Czech Republic, Denmark, Estonia, Germany, Hungary, Israel, Latvia, Lithuania, Malta, Norway, Poland, Romania, Russian Federation, Serbia, Spain (Castilla y León, Catalonia and Galicia), United Kingdom (England and Wales and Scotland)
- **Yes, mental health is integrated into the school curricula but not through partnership work between the two sectors:**
Austria, Bosnia and Herzegovina (Federation of Bosnia and Herzegovina), Ireland, Luxembourg, Montenegro, Netherlands, Slovakia, Switzerland
- **No:**
Albania, Azerbaijan, Bulgaria, Finland, France, Georgia, Greece, Italy, Moldova, Spain (Extremadura and Murcia), Sweden, the former Yugoslav Republic of Macedonia, Turkey
- **Information not available:**
Portugal, Slovenia, Uzbekistan



Service à rendre 2 : Accéder au diagnostic, aux soins et accompagnements adaptés et de qualité de manière précoce

« La première difficulté, c'est effectivement l'accès aux soins de santé mentale et l'accès aux soins de psychiatrie. Ce que l'on s'aperçoit, c'est que lorsqu'il y a des premiers prodromes, lorsqu'il y a des interrogations, lorsqu'il y a une souffrance d'un jeune, que ce soit un enfant, un adolescent ou un jeune adulte, globalement, la famille ne sait pas où frapper. Les médecins généralistes connaissent mal. C'est un âge où pourtant ils pourraient jouer un rôle très important puisqu'il y a encore à cet âge-là le médecin de famille. Et ce que l'on s'aperçoit, c'est que les médecins de famille, en fait, ne pose pas la bonne question à l'enfant, à l'ado. Et du coup, c'est toute cette notion de santé mentale qui est très tôt très mal prise en charge. Et du coup, on arrive à ce point que pour toutes les familles, pour rentrer dans les soins, il faut être à un moment de rupture. C'est-à-dire que l'on arrive à une entrée dans les soins aujourd'hui que lorsque cela va très mal, lorsque la personne a elle-même rencontré le mur et donc les familles, je le dis et le répète, l'accès aux soins se fait par le biais de la souffrance, par le biais de cela ne va pas bien. Ce jeune qui se renferme, ce jeune qui ne veut plus aller à l'école, des troubles du comportement alimentaire, des troubles du comportement d'une manière générale, en fait, ne sont pas ou sont mal identifiés et sont très peu pris en charge. »

Proche de personne vivant avec un trouble psychique, représentant.e associatif.ve

Service à rendre 2 : Accéder au diagnostic, aux soins et accompagnements adaptés et de qualité de manière précoce

2.1 Intégrer les services de santé mentale dans le cadre communautaire, dans les soins et services de santé généraux, dans des lieux non stigmatisés

« Le CMP, c'est une espèce d'enclave extraterritoriale dans la Cité. Cela a beau être au milieu de la ville, c'est sûr que c'est un endroit où tout le reste de la ville ne va pas. » Proche d'une personne vivant avec un trouble psychique, représentant.e. associatif.ve

- Intégrer la santé mentale dans les soins primaires et dispositifs ordinaires :

- Formation et sensibilisation des professionnels de 1^{er} recours à la santé mentale
- Amélioration de la lisibilité du dispositif et des ressources disponibles
- Accès à un avis spécialisé rapide 'psychiatre répondant'
- Mise à disposition de professionnels de la santé mentale dans les MSP et CDS : infirmiers, - IPA, care-manager....
- Appui sur les CPTS, DAC
- Appui sur les services de santé étudiants, BAPU

2.1. Intégrer les services de santé mentale dans le cadre communautaire, dans les soins et services de santé généraux, dans des lieux non stigmatisés

- Intégrer la santé mentale dans les comportements de santé généraux

« L'idée, c'est que pour déstigmatiser, il ne faut pas cibler les jeunes qui vont mal. Il faut donc proposer à tous les jeunes, parce qu'une des raisons pour laquelle on ne va pas chez le psy, c'est que dès l'école maternelle, vous allez avoir quelqu'un qui va regarder vos yeux, vos dents, etc. Si vous aviez déjà une consultation dès la maternelle ou en médecine scolaire, qui soit une consultation de santé mentale, ça dédramatiserait le fait de revoir ensuite un professionnel au moment de.. Le problème, c'est qu'aller voir un professionnel de santé mentale, c'est déjà s'auto désigner comme ayant des troubles mentaux. Donc c'est compliqué. » Proche de personne vivant avec un trouble psychique, représentant.e. associatif.ve

- Intégration de la santé mentale dans les bilans de santé ordinaires, offres de prévention aux âges de vulnérabilité
- Outils de dépistage à destination des professionnels du premier recours

- Faciliter l'accès aux soins spécialisés

- Créneaux horaires dédiés dans les CMP, plateforme d'accueil, d'évaluation d'orientation
 - Aller vers : Equipe mobile d'intervention auprès des jeunes, des adolescents
 - favoriser l'approche graduée des soins, en soutenant la prise en charge des troubles à modérés en soins primaires, avec l'appui des psychologues libéraux (accessibilité financière facilitée)
- légers

2.2 Développer les dispositifs d'intervention précoce, notamment aux âges de transition, pour les populations à risque

- Émergence des troubles psychiques entre 15 et 25 ans
- Retard au diagnostic ++, impensable dans d'autres pathologies

« Oui, vous repérez tout ça, et votre médecin traitant vous explique que c'est une forte crise d'adolescence, qu'il a le même à la maison. Alors que c'est la troisième personne dans la famille à souffrir de ces troubles (sa mère et sa grand-mère maternelle) ! vous ne vous en sortez pas, et, pendant ce temps, aucun diagnostic n'est posé, jusqu'à la crise délirante qui va entraîner la première hospitalisation. ». Max a 21 ans. Après 5 ans de galère, il vient d'être diagnostiqué schizophrène. Son père poursuit : « Au début, on ne sait pas qui voir, le médecin généraliste refuse de s'inquiéter, c'est la crise d'adolescence : s'il arrête de fumer, tout rentrera dans l'ordre. Et puis, ça s'est aggravé, on ne trouvait aucune structure vers laquelle se tourner. A chaque fois qu'on nous conseillait des centres spécialisés, il y avait des délais d'attente incroyables, et difficile d'en parler autour de soi. Il a fallu plusieurs crises atroces, une hospitalisation hyper-traumatisante, pour enfin trouver des interlocuteurs et poser un diagnostic. »

-Recos internationales +++ : plus tôt une prise en charge adaptée est mise en place, meilleure est l'évolution et la qualité de la rémission fonctionnelle, intervention précoce réduit le risque de transition vers la psychose ou la sévérité, intervention « rentable »



-L'intervention précoce dès les phases précoces de la psychose est une nécessité sociétale, économique et humaine, car elle est un facteur majeur pour une meilleure évolution des patients et de leur famille et d'un moindre coût pour la société (prévention de l'épisode psychotique ou meilleur rétablissement).



ÉQUIPE
A'VENIR

Intervention
précoce





Service à rendre 3 : Soutenir le pouvoir d'agir et impliquer les personnes vivant avec un trouble psychique en tant que partenaires des soins et accompagnements

Les moyens d'être acteur de sa santé et de son parcours :

- information, littératie : annonce diagnostic, psychoéducation, auto-gestion, choix du praticien, des services et traitements

Les moyens d'être partenaires des soins et accompagnements :

- Prise de décision partagée et réorientation du modèle de soins vers des soins coproduits et le rétablissement personnel

Personne concernée actrice de sa santé et partenaire : information sur les troubles, les traitements, les ressources, les droits

Processus d'annonce du diagnostic

« Le retard au diagnostic peut aller jusqu'à plusieurs années et au-delà du retard au diagnostic, c'est : comment on va annoncer le diagnostic, l'annoncer à la personne bien sûr, et l'annoncer à son entourage. Et ça, il y a un vrai travail à faire. On fait très bien le parallèle avec la cancéro. Pendant des années, quelqu'un qui avait un cancer, on ne lui disait pas, on ne lui annonçait pas. Et donc, quelque part, la personne était finalement privée de son pouvoir d'agir. Nous, on pense que cette annonce du diagnostic doit réellement être travaillée. Ce n'est pas quelque chose dont s'emparent les psychiatres. Certains sont même totalement contre. Souvent certaines personnes disent qu'au moment du diagnostic, la manière dont cela leur a été présenté, a été finalement extrêmement traumatisante dans leur vie, parce qu'on leur a présenté une maladie grave, très peu tournée vers l'espoir, très peu tournée vers l'accompagnement (...) Et ça, nous, on pense qu'il y a là aussi un travail important à faire sur l'annonce du diagnostic à la personne. Et donc comment, finalement, dans ce moment du diagnostic, on va lui parler en termes d'espoir, on va lui parler qu'on va l'accompagner à la fois par des médicaments, mais également par des soins de réhabilitation, quels outils, quelles béquilles. Si l'on fait le lien avec le somatique, de quelles béquilles on va l'équiper pour qu'elle puisse avoir une vie choisie, choisie par elle ? Donc ça, c'est extrêmement important. Et dans cette annonce du diagnostic, il y a aussi tout un travail à faire avec l'entourage, c'est-à-dire comment finalement, on va aider l'entourage à sortir de sa colère, à comprendre ce que c'est. »

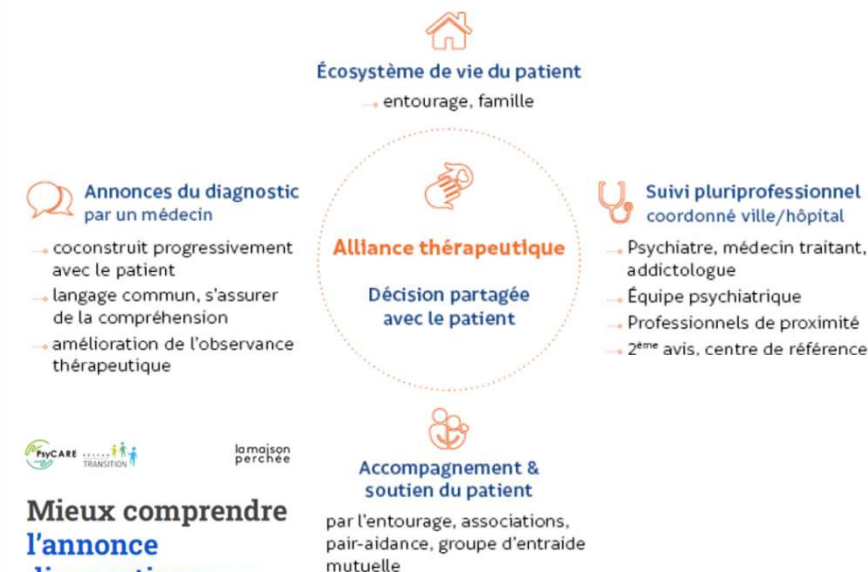
Proche de personne vivant avec un trouble psychique, représentant associatif.ve

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDER LES BONNES PRATIQUES

Processus d'annonce d'un diagnostic psychiatrique sévère



FryCARE
TRANSITION

lamoignon
perchée

Mieux comprendre
l'annonce
diagnostique



Santé PSY
Jeunes

Personne concernée actrice de sa santé et partenaire : information sur les troubles, les traitements, les ressources, les droits

Formation à la santé, Psychoéducation, ETP

« Mais c'est un point très important, la psychoéducation, cela fait partie du pouvoir d'agir parce que lorsque la personne comprend mieux comment cela fonctionne et quels sont les effets secondaires, etc. Elle va être plus à même d'en discuter avec son médecin pour réajuster ses besoins » Personne concernée, représentant.e associative

*« Tous les patients devraient avoir de l'éducation thérapeutique. C'est dingue. C'est comme si vous aviez une fracture et qu'après vous avoir retiré le plâtre, on vous dit démerdez-vous »,
Proche, représentant.e associative.ve*

Proposée par plusieurs services hospitaliers, mais insuffisamment répandue.

Devrait intégrer des informations sur les droits, les démarches, et être co-construit, co-animé par des personnes concernées

Personne concernée actrice de sa santé et partenaire : information sur les troubles, les traitements, les ressources, les droits

Soutien à l'auto-gestion, l'auto-support, la pair-aidance

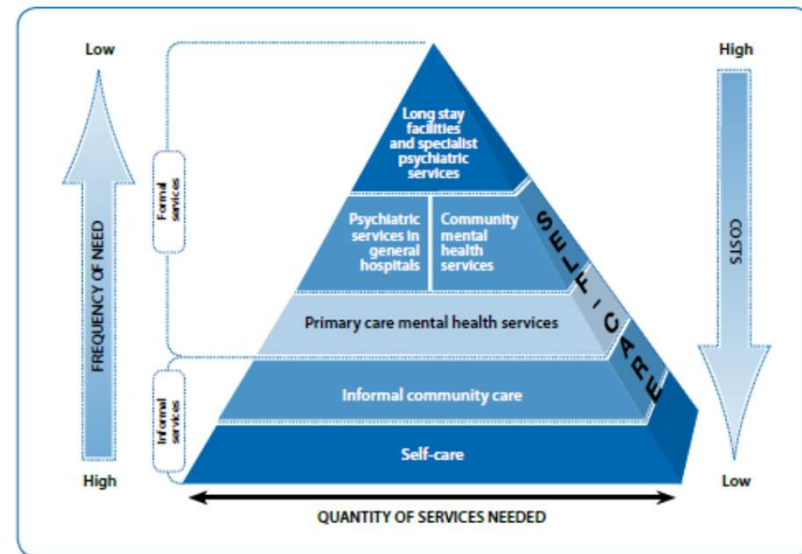
Approche partenariale : nécessite de partager les responsabilités avec les usagers, reconnaître et promouvoir leur rôle actif dans les soins

Nombreux outils développés dans le cadre des pratiques orientées vers le rétablissement des personnes : WRAP, QualityRights, kit monGPS, plans d'action en cas de crise, DAP, US : Health and recovery Peer

COFOR


Entraide par les pair.e.s et réseaux sociaux

Figure 2: WHO Service Organization Pyramid for an Optimal Mix of Services for Mental Health



Personne concernée actrice de sa santé et partenaire : information sur les troubles, les traitements, les ressources, les droits






Personne concernée actrice de sa santé et partenaire des soins et accompagnements : prise de décision partagée

Prise de décision partagée

« On ne peut pas être moteur de sa santé si nous ne sommes pas au courant de ce que l'on prend et pourquoi et dans quelles conditions. Et c'est notamment important dans le sens où là, je pense à un certain nombre d'effets secondaires qui sont sous-estimés par beaucoup de soignants. Le plus classique, c'est la prise de poids. La prise de poids, c'est considéré comme quelque chose de pas important. Sauf qu'une personne qui déjà ne va pas bien, qui en plus, va prendre dix, 20, 30 kilos. Donc c'est une grosse modification physique. Cela ne va pas du tout dans le sens du rétablissement. Ce n'est pas du tout quelque chose de négligeable. Donc du coup, déjà, il y a ça, c'est d'avoir plus de discussion au niveau du traitement, de l'intérêt des médicaments. Donc bien écouter la personne, bien écouter son ressenti et réajuster aussi les doses. (...) il faut déjà dans un premier temps que la personne trouve un médecin qui va être d'accord pour l'accompagner dans cette démarche. » Personne concernée



Personne concernée actrice de sa santé et partenaire : prise de décision partagée

Prise de décision partagée

Une nécessité pour améliorer la qualité des services proposées aux personnes, sous-pratiquée dans le champ de la santé mentale

>> nécessité que les professionnels et les usagers aient le temps, l'information et les outils pour la mettre en place

>> nécessité d'adapter les soins et accompagnements aux objectifs de vie de la personne et non l'inverse

Question pour les professionnels : Est-ce que les usagers des services de santé mentale exprimeraient leurs préférences plus clairement si on leur demandait comment ils aimeraient être impliqués, si on leur donnait les informations qu'ils comprennent, et s'ils avaient des pairs-aidants, personnes de confiance ou conseillers pour les soutenir ?

Rôle clé de l'engagement des organisations et des professionnels pour mettre véritablement en place la prise de décision partagée en santé mentale

Outils de soutien à la prise de décision partagée : plan de suivi individualisé, service « Monsuivipsy/Jardin Mental », personne de confiance, plan de crise conjoint ou DAP



Substance Abuse and Mental Health
Services Administration

Shared Decision Making
in Mental Health

Using Your Voice

TIPS for talking with your mental health service provider

Using your voice means speaking up and saying what is important to you. Using your voice is an important part of recovery.

- **PREPARE** before you see your provider. Write things down. What do you want to talk about? What questions do you have? What do you want to accomplish during the appointment? What are your goals for yourself and your treatment and services?
- **TELL** providers what is most important to you. Answer their questions honestly. This helps them understand and respect what is important to you.
- **LISTEN** to others. Friends, family, peers, and providers may have information or ideas that are helpful to you.
- **ASK** for explanations or more information.
 - Ask questions to get the information you need.
 - When a provider makes a recommendation, ask if this recommendation is right for you.
 - Keep asking questions until you are satisfied or recommendation.
- **REMEMBER** what was said. Some people find it helpful to make a voice recording of the conversation to talk to their provider. You can also write down what was said.
- **TALK** with your provider about where you want to go. See if you can find a provider who can and cannot do.
- **FOLLOW UP**
 - If you say you will do something, do it and explain why.
 - If your provider says he or she will do something, she cannot follow up as promised.
 - If you have new questions, call or email your provider.
 - If things get worse, call or email your provider.

Talk About It!

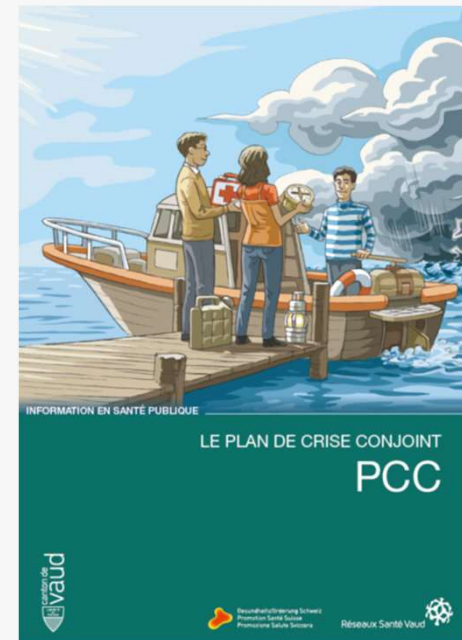
Shared decision making communication skills for providers and helpers

Shared decision making is more than asking someone what is important to him or her. Combining these communication skills with information resources, structured decision aids, and decision support tools can result in a productive and satisfying shared decision making experience. It also empowers individuals and encourages their involvement.

Skill	Example Conversation Starter
BEFORE decision making	
1. Recognize that a need exists and/or that a decision can be made.	This is a situation where you can think about what is important to you and make a decision.
2. State there is more than one way to deal with the need.	There may be several options for you to deal with this situation.
3. Identify ideas and expectations.	What are your ideas for dealing with this situation?
4. Discuss concerns and worries about the decision.	What worries you most about making this decision?
5. Find out how the person wants YOU involved in the decision.	Is this a decision you want to make by yourself or do you want some help from me? From someone else? You said you wanted some help from me. Let's talk about what would be most useful.
6. Find out how the person wants OTHERS involved in the decision.	Do you want friends or family to help you think about or make this decision? If so, who? How do you want them involved?
DURING decision making	
7. Respect the person's pace and preferences for your involvement.	You said you wanted to make this decision yourself. Let me know if and how I can help. I'd like to check in to see how it's going. Is that OK?
8. Find out how the person prefers to receive information.	How do you want to get information about this? Talk it over with me or someone else? Read? Watch a video? Use the Internet?
9. Check to see if the person understands information.	Let's talk about what you found out from [our conversation, your reading, the video...]
10. Clarify steps and use tools to help make a decision.	Let's work through this together, step-by-step. OK here is a step-by-step worksheet to help guide you.
11. Identify options.	Let's make a list of all the possible ways to handle this situation.
12. Explore pros and cons of each option.	What would happen if you chose this option?
13. Offer opportunities for asking questions.	What questions do you have?
14. Indicate the need to decide or defer a decision.	It's time to make a decision about what should be done. OK or you don't have to decide right now. You can think it over for a while.
AFTER decision making	

CONFÉRENCE

LE PLAN DE SUIVI
INDIVIDUALISÉ



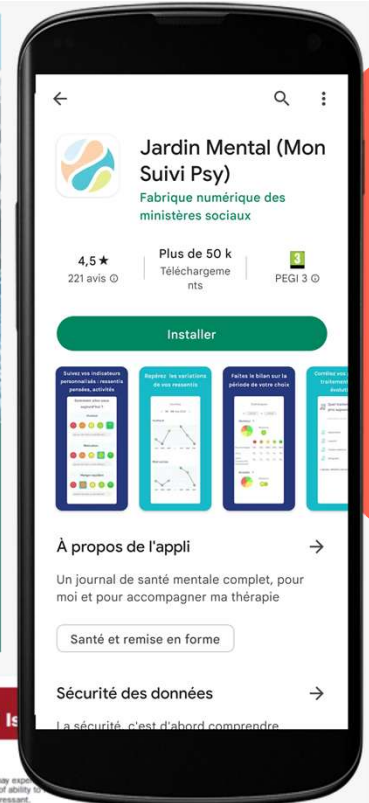
INFORMATION EN SANTÉ PUBLIQUE

LE PLAN DE CRISE CONJOINT
PCC



For more information:

Agency for Healthcare Research and Quality's Medline Plus Health Topics, "Talking to your Doctor", <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/healthtopics.htm>



Un levier important : la pair-aidance en santé mentale

Plusieurs formes de pair-aidance : GEM, groupes de paroles des associations d'usagers, REV, groupes de discussion ou d'entraide sur les réseaux sociaux, COFOR, Maison Perchée, intégration de pairs-aidants professionnels dans les équipes de soins et d'accompagnement

- Soutien au rétablissement, partage d'expériences, de stratégies, d'espoir, horizontalité des relations
- Facteur de lien social, d'inclusion sociale
- Un moyen de changer le regard et les pratiques des professionnels, de lutter contre la stigmatisation

>> les professionnels doivent faire connaître ces réseaux d'aide entre pairs aux personnes concernées et aux proches

Service à rendre 4 : Reconnaître, favoriser et soutenir l'implication des proches

Services à rendre aux proches aidants d'une personne vivant avec un trouble psychique afin de les considérer comme de véritables partenaires :

- Une éducation et information sur la santé mentale, les traitements et les ressources disponibles à l'instar de la population générale lors des premières recherches d'aide
- Une éducation et une formation plus poussée et spécifique lorsque la maladie est avérée et dépistée par les professionnels de santé afin d'aider au mieux son proche tout en préservant ses capacités (>> psychoéducation des proches : Profamille, BREF, LEO...)
- Une écoute de la part des professionnels et une reconnaissance en tant que partenaires des soins
- Un soutien via des groupes d'entraide, des associations, des solutions de répit

Discussion et conclusion

Améliorer le parcours de santé mentale des jeunes en impliquant la population et les usager.e.s : un enjeu majeur, un programme ambitieux, **systemique**, entamé en région Centre Val de Loire

Un contexte en partie favorable : engagement politique fort sur la thématique, prise de conscience collective, Label Grande Cause Nationale 2025

Mais:

- Une augmentation des troubles psychiques chez les jeunes importante,
- une situation de la psychiatrie hospitalière préoccupante,
- une multiplicité des sources d'informations difficilement maitrisable

L'implication des personnes concernées et des proches à tous les niveaux comme levier puissant de transformation

Pour en savoir plus :

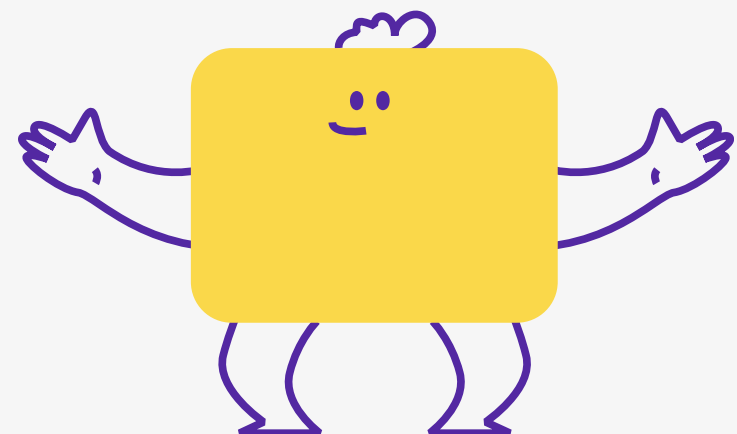
<https://www.strategie.gouv.fr/publications/rapport-qualification-dune-approche-population-centree-partenariale-sante-mentale>



Merci pour votre attention



coldefy@irdes.fr



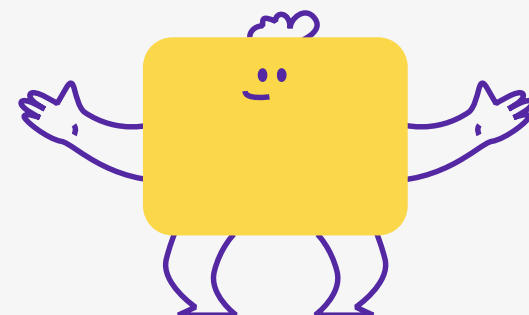


Questions / réponses



Magali COLDEFY

Chercheuse indépendante et chercheuse associée à l'Irdes (Institut de recherche et documentation en économie de la santé)





Eric APPÉRÉ
Dessinateur



Pause déjeuner

Merci d'accéder à vos salles pour les atelier pour 14h15

ÉTATS GÉNÉRAUX de la SANTÉ MENTALE

04
déc.
24

HALLE AUX GRAINS - BLOIS



Avec le soutien de



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE



ARS
Agence Régionale de Santé
Loiret



Agglopolys
Communauté
d'agglomération
de Blois



LOIRET
Notre département

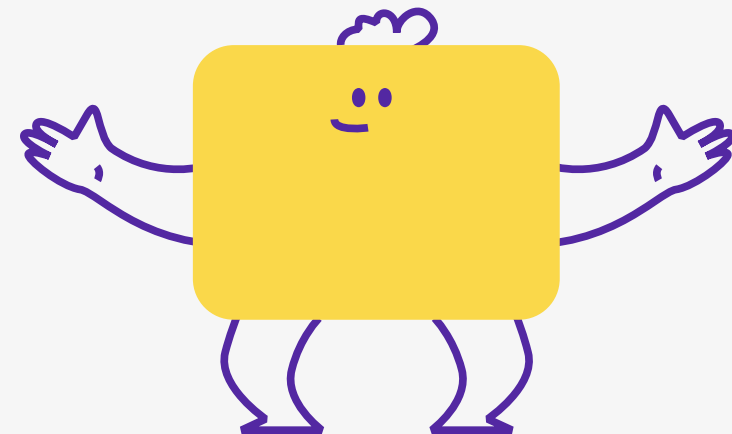


LOIRET



Adrien PAPUCHON

Responsable de la Mission recherche de la DREES et de l'ONS
(Observatoire national du suicide)





Dr Brigitte HERCENT-SALANIE

Atelier : Périnatalité

Dr Sylvie ANGEL

Atelier : Adolescents

Jean-Marie AUROUZE

Atelier : Jeunes adultes



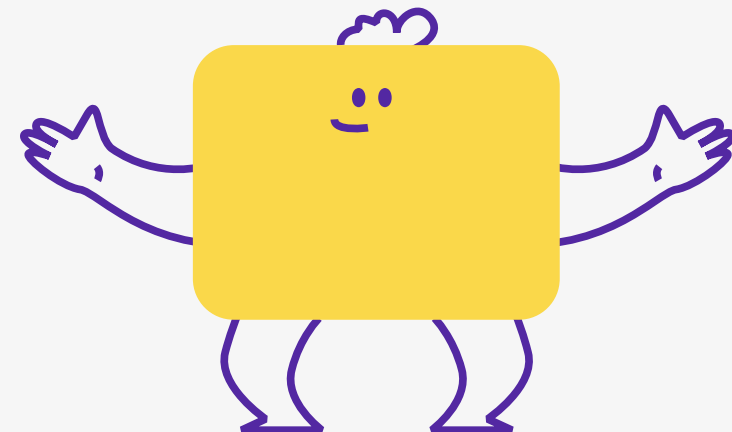
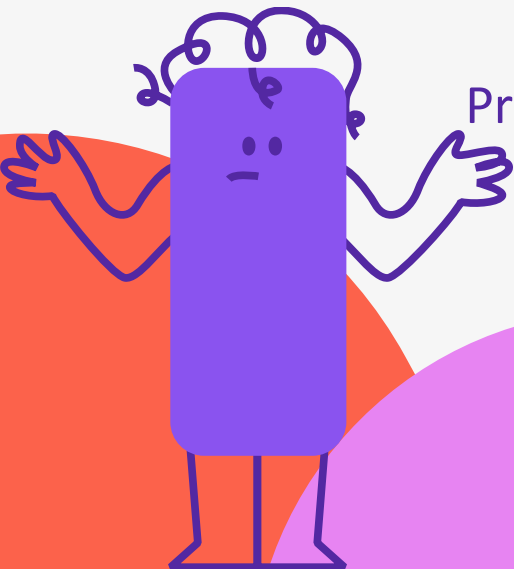
Atelier Psypérinatalité

Dr Brigitte Hercent-Salanié – Dr Cécile Devauchelle



Début de grossesse – 24 mois

Prendre soin lors des vulnérabilités pour préparer l'avenir



Constats

Entre 13 et 18 % des femmes présentent des symptômes dépressifs lors de la première année suivant la naissance : il s'agit de DEPRESSION du Post PARTUM (DPP)

En région Centre Val de Loire, la prévalence à 2 mois du post partum est significativement supérieure au taux national (21,7%)

Les pères sont également concernés avec un taux de prévalence autour de 10,4% (JAMA)

Pourquoi prévenir ?

En l'absence de prise en charge :

- souffrance de la mère allant jusqu'au **suicide** (principale cause de décès maternel au cours de la première année suivant la naissance)

- conséquences sur **l'enfant** :

 - => troubles somatiques

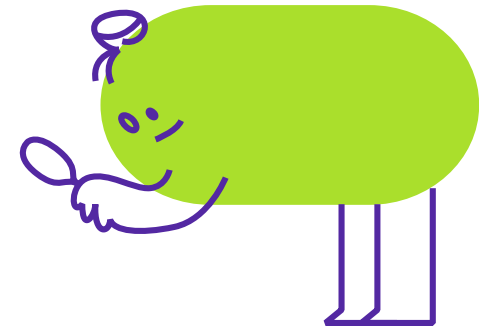
 - => Troubles émotionnels

 - => troubles du développement

- impact sur l'ensemble de la **famille**

L'absence de prise en charge des troubles de la DPP a **un coût significatif pour la société** :

- 28 % lié à la mère, 72 % lié au bébé (rapport indép. britannique)

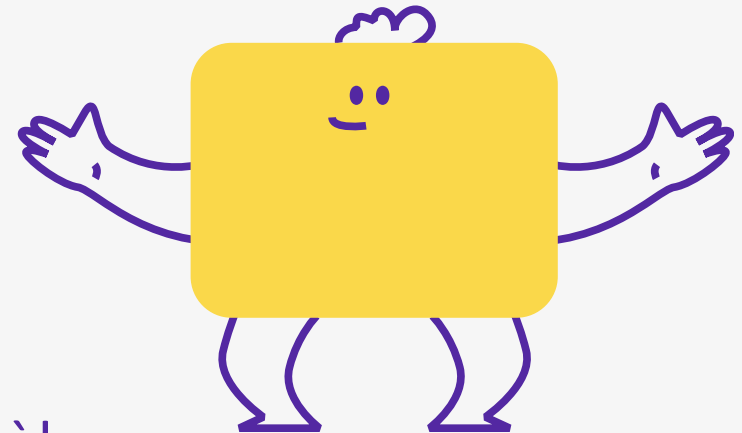


Présentation de deux situations cliniques :



Vignette 1 :

Equipe CHU Orléans / Parentèle



Vignette 2 :

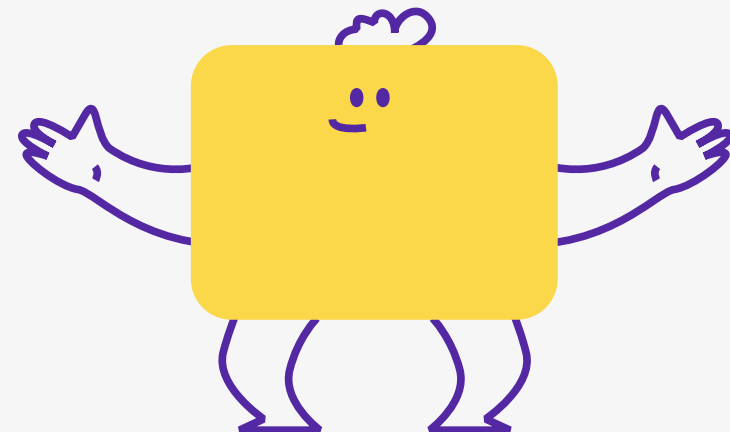
Equipe de l'Unité d'Accompagnement Parents- bébé de Tours



Vignette 1 : CHU Orléans



Dr Claire Ceccaldi
Nathalie Renon



Anamnèse

- *Mme E, 38 ans, Illp
- *Atcd de 4 fc, nouveau couple
- *Angoisse ++ au cours de cette 3^o grossesse



Le temps de la grossesse

- *grossesse suivie par gyneco hospitalier, accompagnée par psy
Temps ++ en écho.
- *Investissement progressif de la grossesse à partir de 22 sa
- *+ sereine, rêveries au sujet de l'enfant à venir
- *Sage-femme ville



L'accouchement et le séjour en sdn

- *L'accouchement physiologique mal vécu
- *Mise en place difficile du lien mère-bb
- *Père soutenant
- *Relecture de l'accouchement en suites de naissance

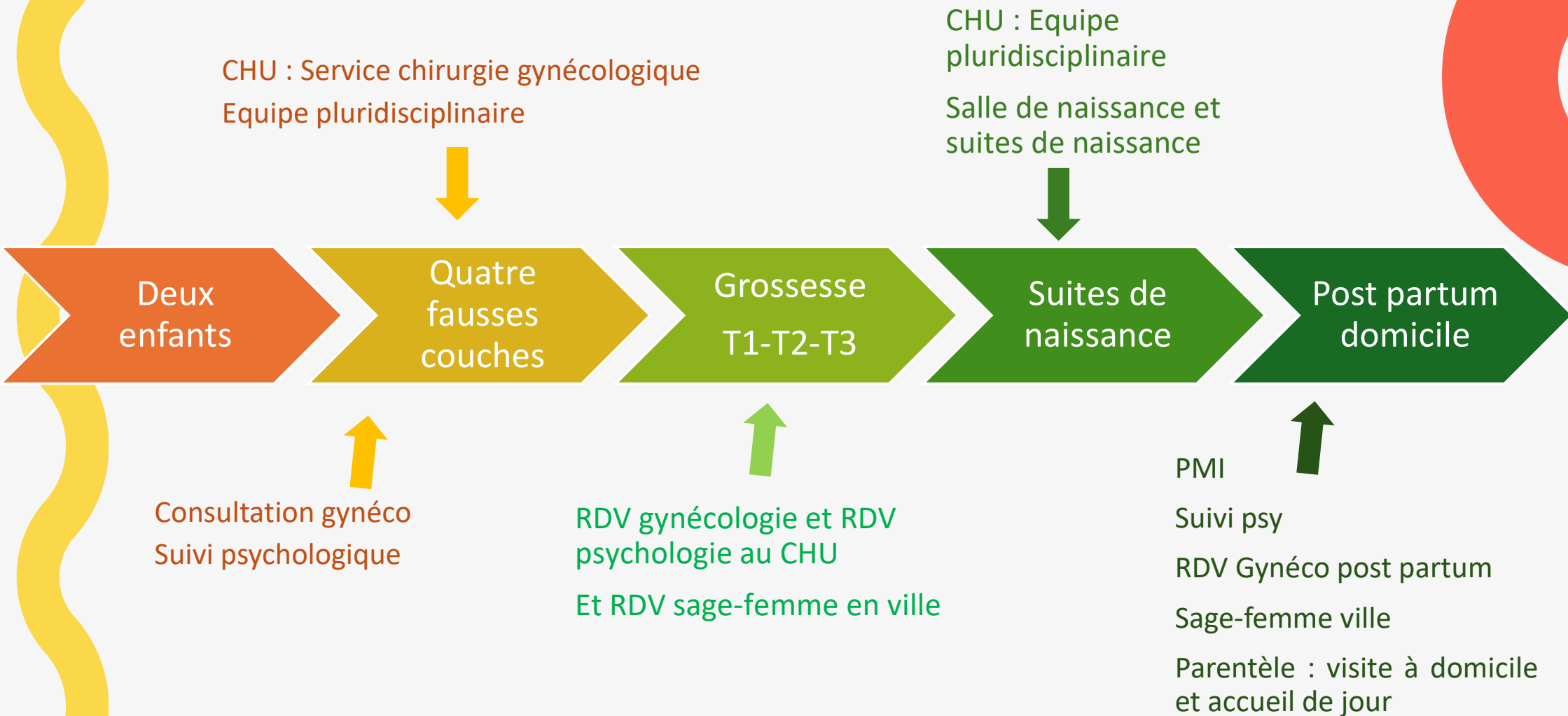


Après la sortie de la maternité

- *Passage de la PMI à son retour à la maison
- *Rdv réguliers avec la psychologue de l'hôpital 1/ 15 jours en alternance avec Parentèle



Les grandes étapes de l'accompagnement

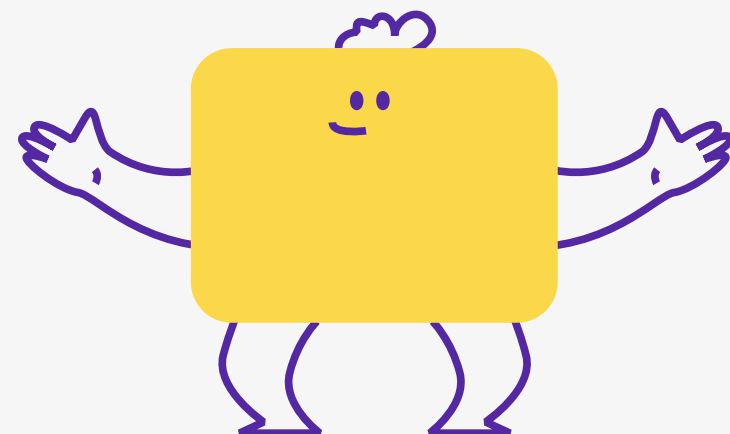




Vignette 1 : Parentèle Orléans



Claudine Le Roux
Raquel Espinosa



Association loi 1901 depuis 1994, reconnue d'intérêt général

Equipe pluridisciplinaire : salariés ou bénévoles

Infirmières puéricultrices

Médecins

Personnel d'entretien

Psychologues

Sage femme

Secrétaire



Présentation



Situations : 160
Consultations 780

Ouverture septembre
2023
51 jours d'accueil
3 mères – 3 enfants
2 jours par semaine

Unité Mobile
76 VAD

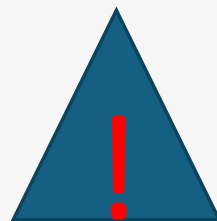
Situation clinique :



Orientation conjointe Maternité – Pmi vers la consultation à Parentèle



Possible car repérage précoce



Manque de temps de concertation

Première consultation à domicile



- ✓ Difficulté de la mère à se déplacer, même accompagnée par l'infirmière puéricultrice
- ✓ Rencontre du père
- ✓ Eloignement géographique

Suite ...

Deuxième VAD => nécessité d'une prise en charge plus conséquente de la dyade

Absence d'Unité d'hospitalisation mère-bébé disponible

Orientation et
évaluation
Accueil de jour

Maintien des consultations avec la psychologue de la maternité et de Parentèle

Lien avec médecin traitant

Accompagnement du quotidien pour la mère et le bébé

Soutien des interactions

Soutien de la maternalité

Dynamique de groupe

Haptonomie Post-Natale

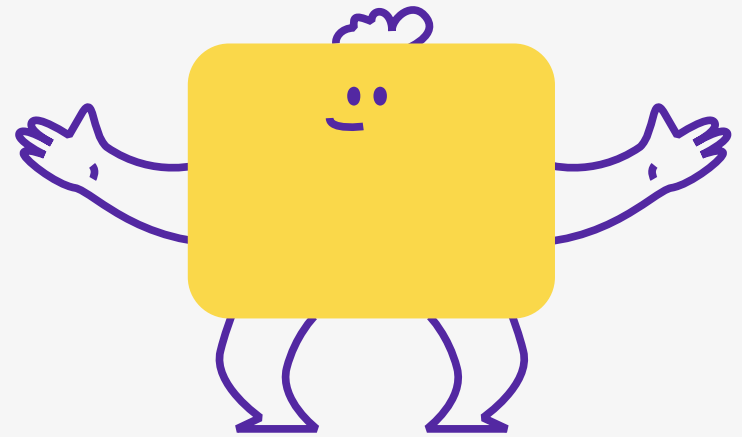


Sortie de l'Accueil de jour : progressive

- ✓ lien avec médecin traitant pour mi-temps thérapeutique
- ✓ poursuite des consultations à Parentèle
- ✓ poursuite du suivi PMI
- ✓ TISF
- ✓ Psychiatre

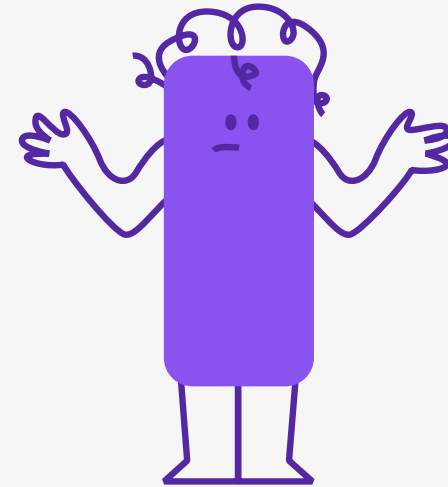


Retours des mères sur le diapositif :



- ✕ Lieu sécurisant
- ✕ Partage
- ✕ Soulagement des tâches quotidiennes
- ✕ Ecoute des difficultés « Apprendre » à repérer les besoins de leur bébé

Limites du dispositif :



- ✕ Temps d'accueil
- ✕ (deux jours par semaine) qui ne permet pas la continuité des soins
- ✕ Relais insuffisants en santé mentale



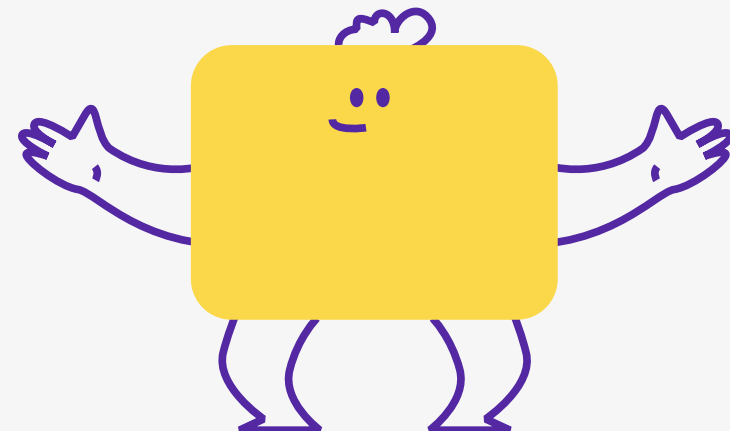
Vignette 2 : Unité d'Accompagnement Parents-Bébés – CHU de Tours



Dr Mathilde WINANT, psychiatre

Laura MICHAUX, infirmière

Julie RICHET, assistante de service social



UAPB : Unité d'Accompagnement Parents-Bébés du CHU de Tours (37)

**Service de
psychiatrie
périnatale
ambulatoire**

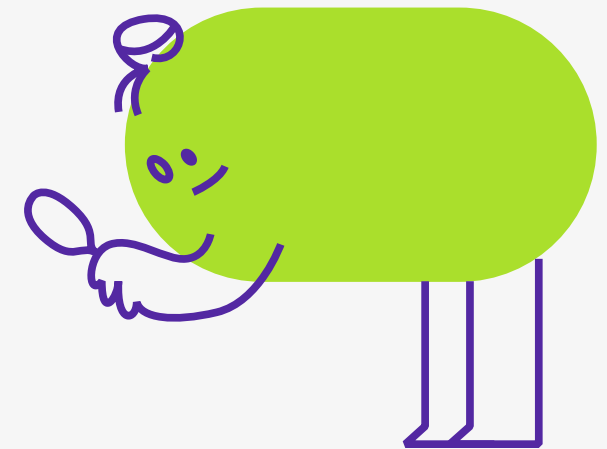
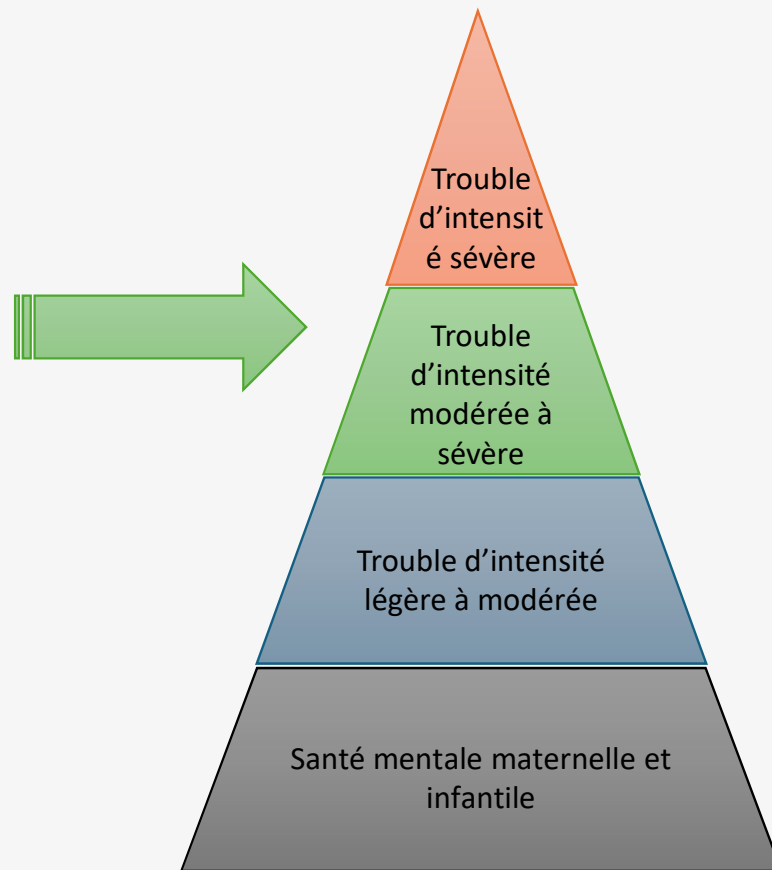
3 indications
→ Maternelle/
paternelle
→ Pédiatrique
→ Dyadique

**3 axes
d'intervention**
→ Consultations
→ Groupes
thérapeutiques
→ Visites à
domicile

**Equipe
pluridisciplinaire**

- Puéricultrice
- Psychomotricienne
- EJE
- Psychologue
- Pédo/psychiatres
- IDE
- ASS

Présentation d'une situation clinique complexe



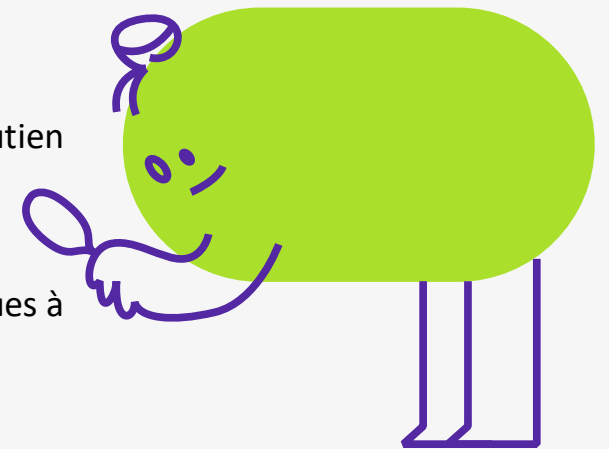


ÉTATS GÉNÉRAUX de la SANTÉ MENTALE

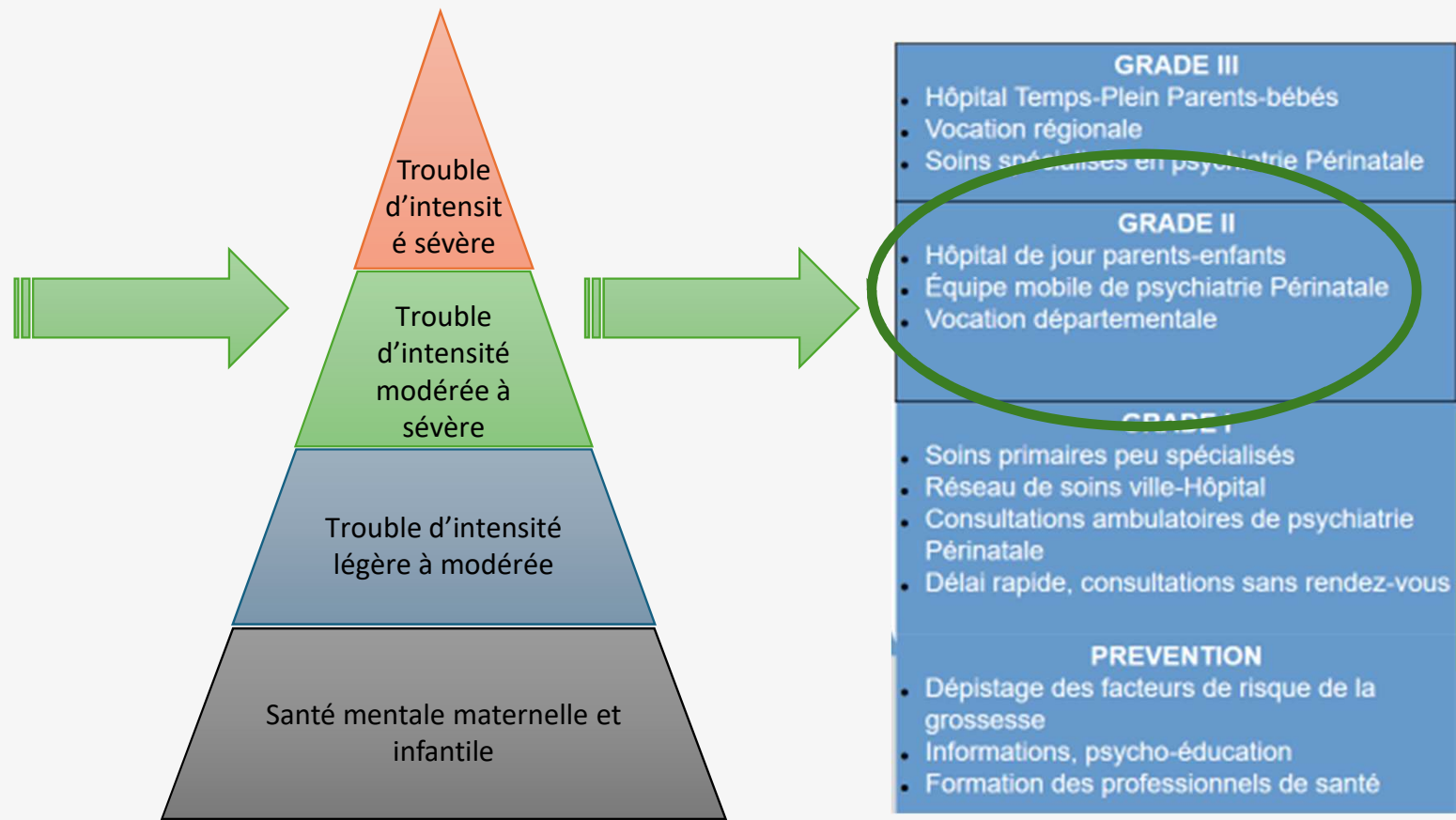


6 mois de prise en charge à l'UAPB

- **19 consultations médicales** dont :
 - 14 → Madame seule
 - 1 → Madame et Carla
 - 4 → Couple et Carla
- **13 groupes thérapeutiques :**
 - 6 groupes « gym-poussette »
 - 7 groupes « temps comptine »
- **3 séances individuelles de psychomotricité** mère - bébé
- **1 consultation individuelle de puériculture**
- **6 consultations infirmières (essentiellement en VAD)** pour guidance parentale - soutien psy de Madame
- **16 entretiens d'accompagnement social**
- **Travail de réseau** avec la PMI : 1 staff inter-équipes et 3 temps de liaison téléphoniques à notre initiative
- **Multiples appels** de la patiente au secrétariat



Gradation des soins en psychiatrie périnatale





Notre plaidoyer ?



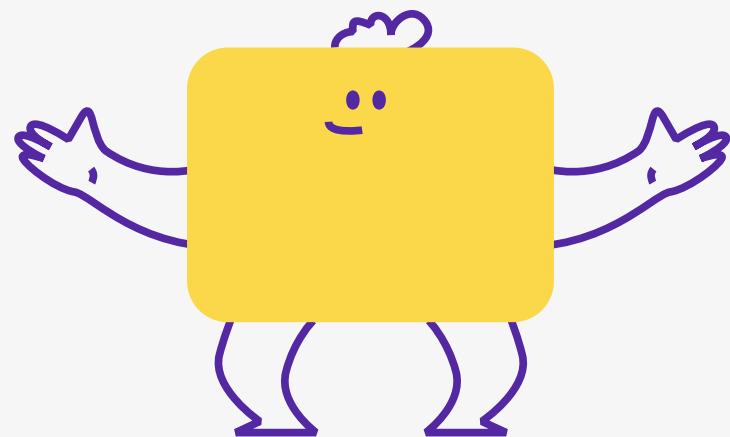
???



Atelier adolescence



Table ronde animée par
Dr Sylvie Angel , Membre de la CRSA
Médecin conseillère auprès du Recteur



Situation 1

Suzie, jeune fille de 13 ans, scolarisée en 4° dans un collège de secteur rural

Vit avec ses 2 parents. Un frère 10 ans en scolarisé en CM2

Bonnes relations sociales au sein du collège et à l'extérieur (fait partie d'un club de basket)

Résultats scolaires satisfaisants toute sa scolarité, bonne adaptation au collège depuis la 6°

Mais,

Depuis la rentrée de 4°, l'infirmière note de nombreux passages infirmerie, de plus en plus fréquents pour douleurs abdominales, maux de tête, ayant nécessité le retour au domicile plusieurs fois.

Le médecin traitant consulté n'a mis en évidence aucune origine somatique.

Suzie a de plus en plus de difficultés pour se lever, partir de la maison, sortir de la voiture pour aller au collège, malgré les incitations de sa famille. Elle présente des difficultés d'endormissement, des relations plus compliquées avec ses parents, qui ne se sont pas inquiétés au début mettant l'origine sur la « crise adolescente »

Les parents sollicitent de l'aide ..

Quelles réponses?

- Personnels ressources collège : médecin scolaire, infirmière scolaire, CPE, Assistante sociale , Psychologue EN

Urgence d'évaluer rapidement pour adressage / Protocole santé mentale dans les collèges

Liens forts avec la famille

Dispositifs coordonnés Ecole- accompagnements extérieurs-famille :

Médecin traitant

Psychologue libéral

Maison des adolescents

Ecole



Situation 1

Famille

Personnels ressources collège : EN médecin, infirmière, CPE, AS, PsyEN

Urgence d'évaluer rapidement pour adressage

Liens forts avec la famille

Adressage MDA, équipe mobile si besoin /éloignement géographique

Adressage psychologue libéral « Mon soutien psy »/ freins financiers

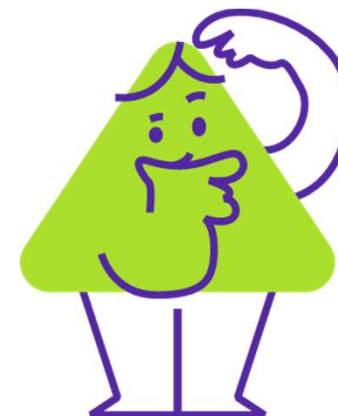
Dispositifs EN:

PAI: Aménager l'emploi du temps, permettre des temps de pauses

Suzie reprend sa scolarité progressivement et se sent mieux à la maison

Diminution des signes anxieux, reprise cours

poursuite de l'accompagnement coordonnée soins-collège



Mon soutien psy / Psychologue libéral

Dispositif de première intention conçu pour la prise en charge des états

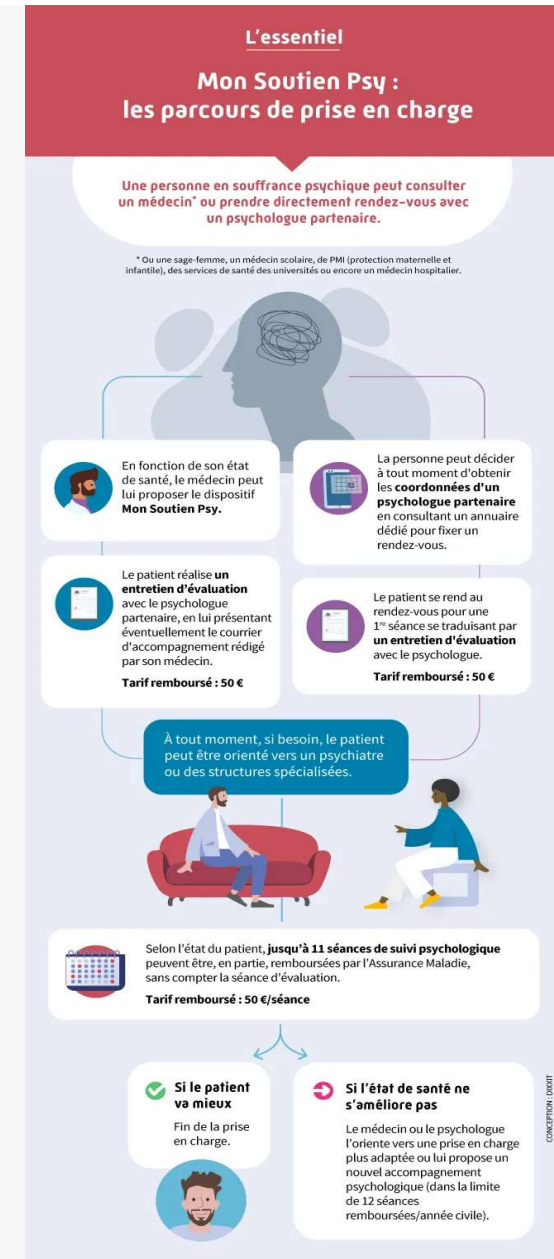
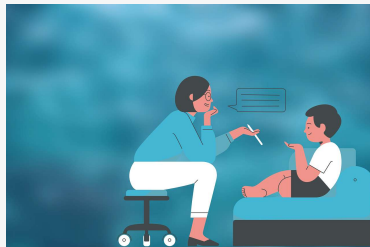
- anxieux légers et moyens
- dépressifs légers et moyens
- trouble alimentaire sans critère de gravité
- mésusage de produits addictifs sans critère de gravité

12 séances sur l'année civile:

1 séance d'évaluation et 11 séances de soin

Prise en charge 60 % CPAM - 40 % Mutuelle

Possibilité de 1/3 payant ou ALD



Maison des adolescents

Les missions :

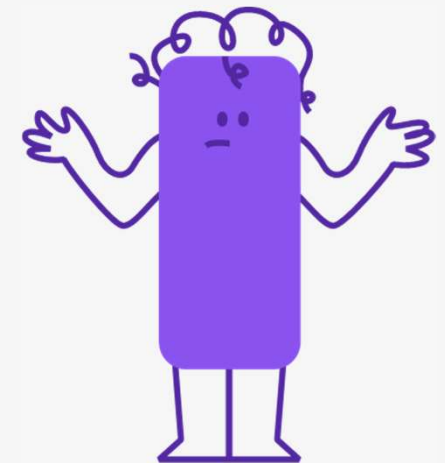
- Lieu d'Accueil, d'Écoute, d'évaluation, d'accompagnement, d'Orientation et de Prévention à destination des jeunes de 11 à 21 ans ainsi que leur entourage et les professionnels
- Libre, gratuit, confidentiel voir anonyme
- La MDA s'efforce de favoriser l'éducation à la santé par des actions individuelles et collectives, le bien être des adolescents et des jeunes adultes ainsi que la prévention des troubles psychiques.

Le fonctionnement repose sur :

- Une équipe pluridisciplinaire
- Un travail en réseau départemental

Elle s'organise autour d'axes privilégiés qui sont :

- Un accueil sans modalité d'entrée avec ou sans rendez vous
- Une écoute généraliste
- la prévention et la promotion de la santé



Quelles suites ?

Suzie accepte les accompagnements proposés et reprend confiance en elle

La famille est accompagnée par la MDA et soutenue par les personnels ressources du collège

Le PAI rédigé par le médecin scolaire lui permet de reprendre une scolarité progressive aménagée, en lien avec le projet thérapeutique et en coordination avec les accompagnements extérieurs:

Aménagement de la scolarité avec reprise progressive des cours

Temps de pause possibles

Poursuite des suivis extérieurs

- Reprise progressive des cours
- Diminution des signes anxieux au collège
- Diminution des conflits avec les parents via un soutien à la parentalité par la MDA

Situation 2

Dans le territoire où vit Suzie, la famille n'a pas actuellement de médecin traitant, le collège ne dispose pas de médecin scolaire et l'infirmière est absente actuellement ;

Les parents ne savent pas vers qui se tourner, d'autant que le collège fait pression pour que Suzie ne soit plus absente (menace de signalement absentéisme). La CPE leur a conseillé de contacter le CMP, mais le délai pour prise de contact est de 10 mois. La situation se dégrade progressivement.

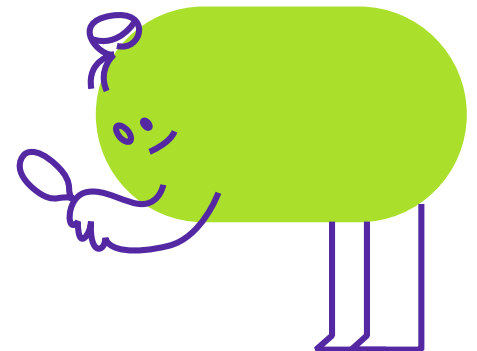
Suzie est complètement déscolarisée, passe ses journées sur les écrans, se renferme à la maison et ne communique plus avec ses amies que sur les réseaux sociaux jusque tard dans la nuit;

Elle est victime de moqueries et insultes sur les réseaux et refuse de sortir de la maison

La famille se sent impuissante. Relations familiales compliquées

Peu de possibilité pour les parents de se déplacer

L'équipe mobile MDA et le psychologue propose un relais vers le CMP



Harcèlement, cyberharcèlement, cyberviolences



L'Association e-Enfance / 3018 protège les mineurs contre le harcèlement et les violences numériques.

Ouvert 7j/7 de 9h à 23h, Service gratuit et confidentiel, accessible par téléphone et par tchat (via l'application 3018)

Accompagne et prend en charge les jeunes victimes ou témoins de harcèlement et/ou de violences numériques ainsi que leurs familles et les professionnels.

Premier signaleur de confiance désigné par l'ARCOM dans le cadre du DSA, le 3018 fait supprimer en quelques heures tous contenus et comptes préjudiciables en ligne.

Que peut proposer le 3018 dans le cas de Suzie ?

- **Soutien immédiat**
 - Écoute individualisée de Suzie et/ou de ses parents pour analyser la situation.
 - Encouragement des parents à :
 - Maintenir une communication bienveillante et ouverte avec elle
 - Fixer des limites progressives sur les écrans et installer un logiciel de contrôle parental.
- **Conseils et actions pour mettre fin aux violences numériques**
 - Recueillir des preuves des moqueries et insultes (captures d'écran, liens URL, identifiants du compte).
 - Signalement prioritaire par le 3018 afin de faire supprimer les contenus sur les sites et plateformes concernées.
 - Accompagnement juridique en vue d'un dépôt de plainte.
 - Conseils pour limiter l'impact des réseaux sociaux (sécurisation des comptes, discussion bienveillante sur les impacts des photos / vidéos publiées).
- **Accompagnement dans la gestion scolaire**
 - Soutien pour engager un dialogue constructif avec le chef d'établissement: si les auteurs des violences numériques sont des élèves, le principal du collège doit engager une procédure disciplinaire
 - Signalement prioritaire du 3018 à destination du ministère de l'Éducation nationale: saisine référent harcèlement



CMP

Accompagnement en équipe pluridisciplinaire

MDA

ASE

CMP

Equipes mobiles CMP

EMICEA 45

UMAEC 41

UMAEC 36

....

Autres dispositifs :

Fil d'Ariane 18

.....



Situation 3

Parents dépassés par le comportement de Suzie. Ils s'essouffent et décident de couper internet, suppriment le portable. Suzie présente une crise de colère violente, agresse ses parents et menace de se tuer si elle ne récupère pas son portable.

Suzie évoque des idées de passage à l'acte..

Les parents appellent le 3114 qui oriente vers les Urgences psychiatriques et hospitalisation dans une unité adolescent de courte durée

Faute de place actuelle, il est proposé un suivi ambulatoire par un CMP, en lien avec des Idéations suicidaires, scarifications, isolement social, fatigue extrême, comportement alimentaire (accès boulimique, restrictions caloriques)

Impossibilité de retour au collège/ Soins psychologiques mis en place

Instruction en famille ?

Soins études?

3114

Numéro National Prévention du Suicide 3114



POUR TOUS

 LES PERSONNES EN SOUFFRANCE	 L'ENTOURAGE INQUIET POUR UN PROCHE OU UNE PERSONNE EN DÉTRESSE
 LES PERSONNES ENDEUILLÉES PAR SUICIDE	 LES PROFESSIONNELS

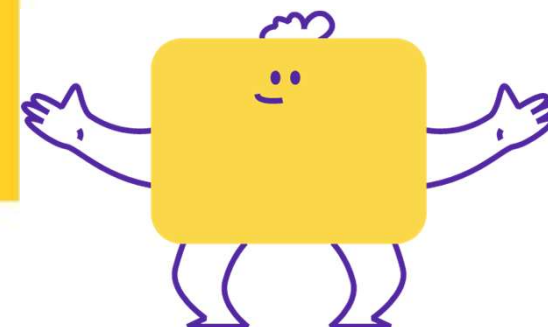
Et toute autre personne touchée ou intéressée de près ou de loin par le sujet du suicide.

UNE ÉCOUTE

En tout temps, lorsque vous joignez la 3114, vous obtenez la réponse d'un professionnel formé et capable :

- d'écouter les besoins pour offrir les services les plus adaptés,
- de soutenir et d'accompagner de façon adéquate,
- d'expliquer les options qui correspondent le mieux aux besoins,
- d'orienter vers l'accès de la situation ainsi que de son urgence,
- d'informer.

<https://3114.fr/>



Les prises en charge spécialisées

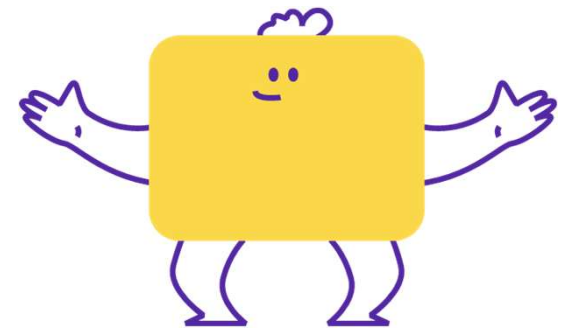
Quels dispositifs hospitalisation adolescents en région CVL ?

Public

Privé

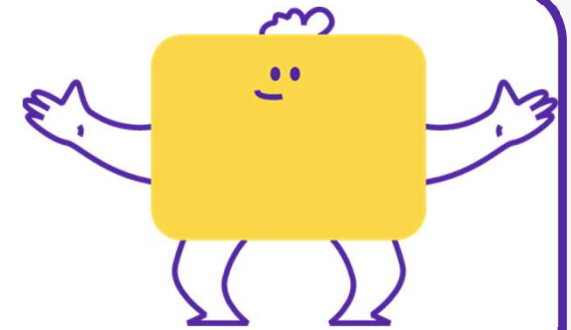
Quels dispositifs ambulatoires?

Quels dispositifs soins – études ?



Ressources INDRE

- MDA
- CAMSEP ET CMPP PEP et AIDAPHI



- **SPIJ Service de Psychiatrie infanto juvénile :**

7 CMP : Argenton, La Chatre, Le Blanc, Buzançais, Valençay, Issoudun, Châteauroux

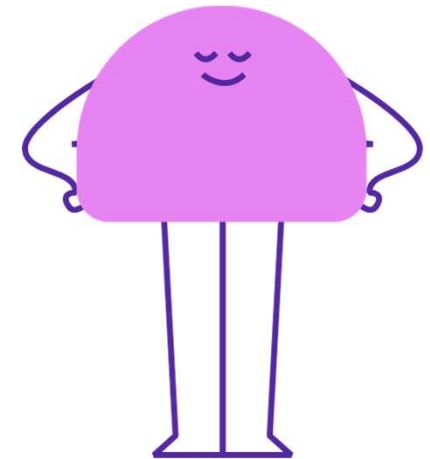
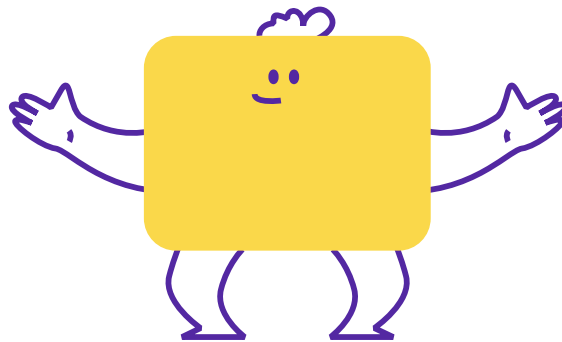
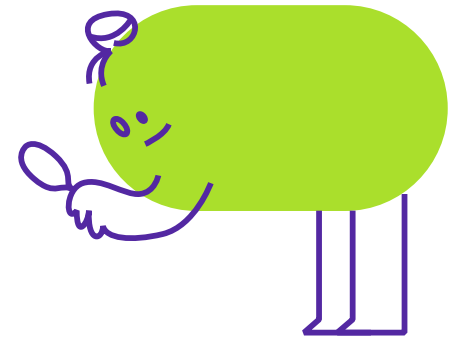
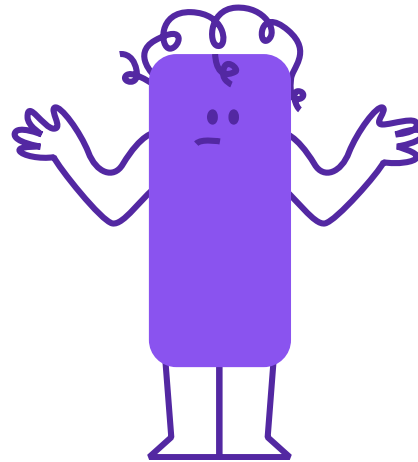
4 UF : Petits 0-8 ans, Moyens 8-12 ans , Grands 12-18 ans, UMAEC (Unité Mobile Accueil, Evaluation et Coordination) qui proposent **CATTP, HDJ**

- **UMAEC: Missions**

- reçoit les urgences , évalue, propose des soins intensifs en HDJ, VAD possibles, liaison avec partenaires, stabilise et réoriente vers l'UF concernée pour la poursuite du suivi ambulatoire.
- psychiatrie de liaison
- travail de partenariat avec EN, Etablissements médico-sociaux, PJJ, ASE, CAS...
- Prise de RDV avec accueil téléphonique détaillé

Pas d'unités d'hospitalisation mais convention avec le CASA de Bourges depuis 1999,
hospitalisation en pédiatrie avec intervention UMAEC, Psychiatrie adulte pour les adolescents > 16 ans si TDC sévères

Quel(s) plaidoyer(s) ?



ÉTATS GÉNÉRAUX de la SANTÉ MENTALE

04
déc.
24

HALLE AUX GRAINS - BLOIS



Avec le soutien de



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE



ARS
Agence Régionale de Santé
Loiret



Agglopolys
Communauté
d'agglomération
de Blois



LOIRET
Notre département



LOIRET

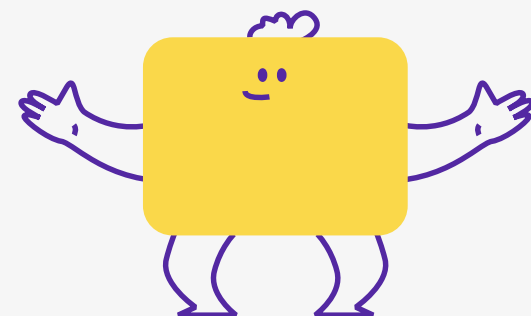


Atelier : Jeunes adultes



Jean-Marie AUROUZE

Délégué régional UNAFAM



ATELIER JEUNES ADULTES

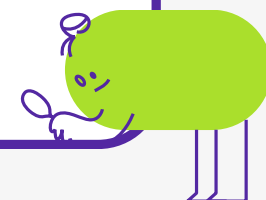
OBJECTIFS :

Dans le contexte de pénurie et de sous-dotation chronique en Centre-Val de Loire, nous souhaitons à travers nos échanges faire émerger quelques pistes d'amélioration souhaitées afin de progresser dans la prise en charge plus **précoce** et dans la mise en œuvre de parcours vers le rétablissement mieux **adaptés** aux jeunes-adultes.



ATELIER JEUNES ADULTES – Séquence 1

- **Isabelle CHAZALETTE:** Médecin Psychiatre
Laurine PARENT: Cadre de Santé
Mélanie GRAVIER: Infirmière en Pratique Avancée Psychiatrie et Santé Mentale
- **Stéphane VIEL:** Directeur du CICAT
- **Laëtitia CHAUMONTET:** Cheffe de service CSAPA ambulatoire 45
- **Laurent LEFEBVRE:** Médiateur de Santé Pair en Santé Mentale, HUS Hôpitaux Universitaires de Strasbourg - Formateur Partenariat en Santé

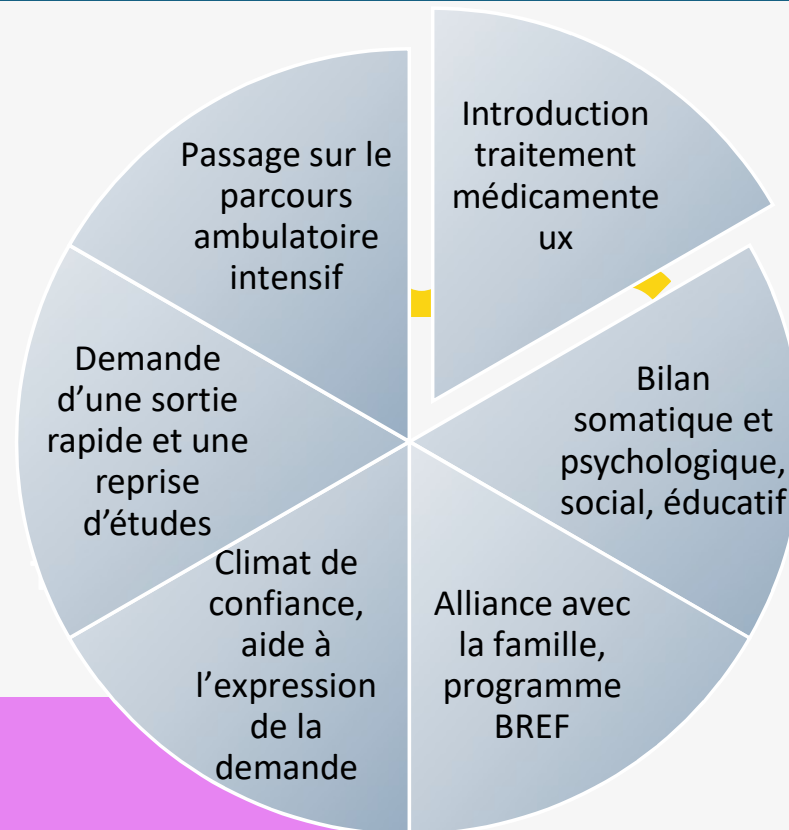




Unité H. de Balzac



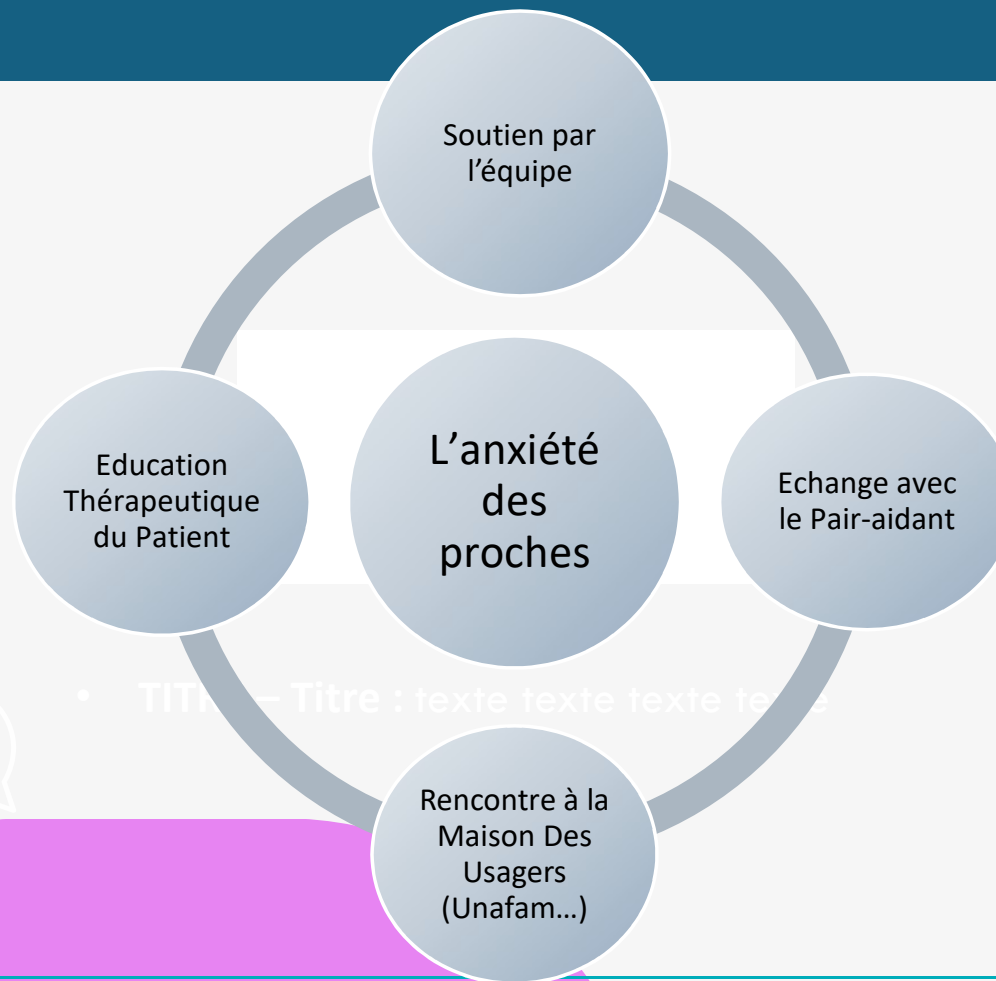
1 • Au cours de l'hospitalisation...



2• Le suivi ambulatoire se compose ...

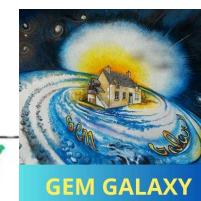


3 • A la sortie du jeune, on retrouve...



ATELIER JEUNES ADULTES – Séquence 2

- **Chloé SAULNIER:** Coordinatrice
Eran SEYMAN: Travailleur social
- **Antoine DEHOEST:** Directeur Association ESPOIR 18
Oliver Binet: Président GEM Galaxy
- **Amélie DELANDE:** Responsable Dispositifs Métier
- **Sophie HUET:** Référente Emploi Accompagné 45, Bassin Orléans/Pithiviers
- **Sylvie VERRIER:** Formatrice ESPO
Marie-Sonia MICHAUD: Responsable Accompagnement Parcours des Usagers ESRP/ESPO

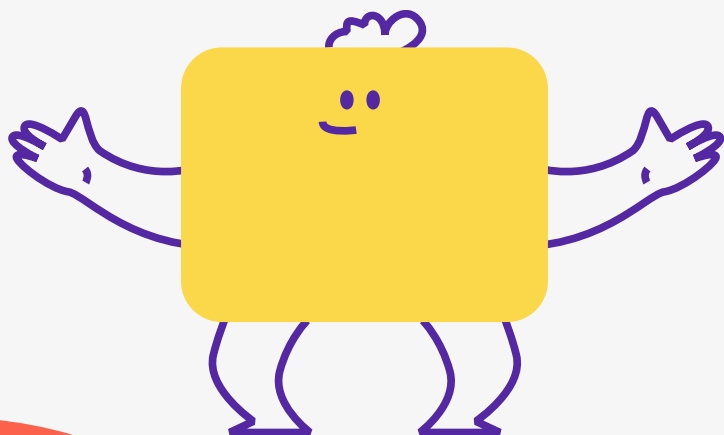




Notre plaidoyer ?



???





Pause

Merci de revenir dans la salle pour 16h30 pour la conclusion
et présentation des plaidoyers par le Dr Birmelé

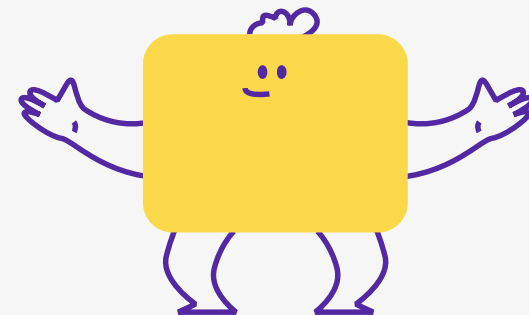


Conclusion de la journée



Dr Béatrice BIRMELE

Médecin praticien en HAD (Humensia)
et docteur en philosophie





Eric APPÉRÉ
Dessinateur



Remerciements – mots de la fin



Céline Leclerc – Organisatrice de la journée

Sociologue-démographe, directrice de l'Observatoire régional de la santé du CVdL
et Présidente de la commission prévention de la CRSA CVdL

