

Profils et parcours de santé mentale des patients à l'aune du Covid-19



PROfils et PArcours de santé MENtale des patients à l'aune du COvid 19

PROPAMENCO

Rapport final – Mars 2025

Étude financée par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

Coordination scientifique du projet : Cynthia MORGNY (ORS Bourgogne-Franche-Comté)

Réalisation :

Caroline BONNET Responsable d'études statistiques (ORS Bourgogne-Franche-Comté)

Claire CHERBONNET, Chargée d'études, statisticienne (ORS Centre-Val de Loire)

Camille DUGRAND, Chargée d'étude, politiste (ORS Centre-Val de Loire)

Arthur GUERIN, Chargé d'études, sociologue (ORS Centre-Val de Loire)

Bérénice LAMBERT, Chargée d'études, sociologue (ORS Bourgogne-Franche-Comté)

Vanessa LAURENT, Mise en page PAO (Fnors)

Céline LECLERC, Coordination du projet en Centre-Val de Loire, directrice (ORS Centre-Val de Loire)

Maylis SPOSITO-TOURIER, Responsable d'études qualitatives, sociologue (ORS Bourgogne-Franche-Comté)

Lise TROTTET, Coordination administrative inter-ORS (Fnors)

Avec l'expertise scientifique de :

Magali COLDEFY (chercheuse indépendante spécialisée sur les services de santé mentale, chercheuse associée Irdes)

Anne GRIFFOND-BOITIER (enseignante-chercheuse, Université de Franche-Comté, UMR6049 du CNRS, UFR SLHS).

Pr Pierre VANDEL (médecin chef au Service universitaire de psychiatrie de l'âge avancé, CHUV-Centre hospitalier universitaire vaudois)



Sommaire

PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE	7
I. Contexte	8
II. Objectifs et hypothèses	10
III. Méthodes	10
1. Approche quantitative.....	11
• Trois phases exploratoires	11
• Population finale d'étude	13
• Plan d'analyse.....	15
2. Approche qualitative	17
• Population d'enquête	17
• Recueil des données	17
• Entretiens compréhensifs	18
 APPROCHE QUANTITATIVE	 19
I. Principaux résultats des phases exploratoires	20
• Phase 1 : Evolution des prises en charge en psychiatrie de janvier 2019 à décembre 2021	20
• Phase 2 : Ciblage des pathologies « Dépression » et « Troubles névrotiques » - Identification de profils de patients « anciens » et « nouveaux »	23
• Phase 3 : Comparaison des patients identifiés entre mars et février, 2019 et 2020	25
II. Description générale des populations d'étude	28
• Deux types de populations étudiées : les personnes avec des antécédents de prise en charge avant 2020 et celles présentant un premier soin pour dépression, trouble névrotique ou TS en 2020	30
• ...chez les jeunes de 18-24 ans	31
• ...et chez les personnes âgées de 50-64 ans	32
III. Typologie des parcours de soins des 18-24 ans	34
• Les jeunes avec antécédents de prise en charge avant 2020	34
• Les jeunes présentant un premier soin pour dépression, trouble névrotique ou TS en 2020.....	37
IV. Typologie des parcours de soins des 50-64 ans	40
• Les plus âgés avec des antécédents de prise en charge avant 2020	40
• Les plus âgés avec un premier soin pour dépression, trouble névrotique ou TS en 2020	43
V. Résumé des caractéristiques des différents groupes-types	46
VI. Synthèse	60



VII.	Caractéristiques détaillées des différents groupes-types	62
•	Les jeunes avec des antécédents de prise en charge avant 2020	62
•	Les jeunes présentant un premier soin pour dépression, trouble névrotique ou TS en 2020.....	72
•	Les plus âgés avec des antécédents de prise en charge avant 2020	77
•	Les plus âgés présentant un premier soin pour dépression, trouble névrotique ou TS en 2020	86
	Synthèse des résultats quantitatifs	91

APPROCHE QUALITATIVE..... 93

Partie 1. Apparition des souffrances..... 94

I.	Temporalités du mal-être.....	94
II.	Origine des souffrances	99
•	La misère de condition : l'insécurité, la pauvreté, la précarité...	99
•	La misère de position : le sentiment d'injustice, la peur du déclassement ou d'une mobilité sociale/familiale descendante	100
•	La violence des rapports sociaux : harcèlement, racisme, sexisme, pression à la performance, violence intrafamiliale...	100
•	L'effritement des supports sociaux : isolement, anomie, abandon...	100
1.	Isolement.....	101
2.	Peur d'être contaminé / de contaminer.....	102
3.	Difficultés scolaires et professionnelles	103
4.	L'insécurité économique	105
5.	Covid long.....	106
III.	Covid-19 : rempart à l'expression de ses souffrances ?.....	107
IV.	Gestes auto-infligés et conduites à risques.....	109

Partie 2. Prises en charge en santé mentale 111

I.	Représentations de la prise en charge en santé mentale	111
II.	Discontinuités et renoncements	116
1.	Prises en charge sporadiques	116
2.	Crise sanitaire et entrave aux prises en charge	117
3.	Aucune prise en charge en santé mentale durant la crise.....	118
4.	Renoncement aux soins pendant le Covid-19	119
III.	Rôle des professionnels.....	120
IV.	Rôle du diagnostic.....	124
V.	Place des traitements médicamenteux dans la prise en charge	126
VI.	Hospitalisations dans les cas de crises aiguës	129

Partie 3. Focus sur la crise sanitaire. Prises en charge profanes et ressources mobilisées . 132

I.	Médecines complémentaires / alternatives	132
----	--	-----

II. Autres ressources au-delà des acteurs médicaux	133
III. Ressources personnelles.....	135
1. Les personnes de 18-24 ans	136
• Des ressources familiales difficiles à solliciter	136
• Personnes ressources perçues comme aptes à accompagner	137
• Ressources propres à l'individu	138
2. Les personnes de 50-64 ans	139
• L'entourage proche, une ressource importante	139
• Une proximité négociée car non exempte de tensions	140
• Lien social et loisirs	141
IV. Le rôle des sociabilités numériques.....	141
1. Les personnes de 18-24 ans	142
2. Les personnes de 50-64 ans	143
V. Un premier confinement vécu différemment	144
1. L'isolement-enfermement, source de mal-être des 18-24 ans.....	146
2. L'isolement-distanciation, source de mal-être chez les 50-64 ans	146
3. Médias anxiogènes.....	148
4. L'incertitude et la perte de repères	150
VI. Cohabitations	152
1. Vie commune inédite : tensions et ajustements	152
2. Un espace à soi ?.....	154
3. Importance des écrans chez les 18-24 ans	154
4. Changements de rythmes différenciés entre les classes d'âge.....	156
VII. Impact délétère des relations et activités en « distanciel »	158
VIII. L'après-Covid	161
1. Déconfinement : une amélioration des symptômes ?.....	161
2. La difficulté à recréer du lien	162
3. L'après-Covid des 50-64 ans : un rapport au monde troublé.....	163
Synthèse des résultats qualitatifs	168

CONCLUSION.....	171
------------------------	------------

BIBLIOGRAPHIE.....	181
---------------------------	------------

PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE



I. Contexte

L'« Atlas de la santé mentale en France »¹ dresse un état des lieux des prises en charge et du fonctionnement de l'offre de soins et services en santé mentale, sur le territoire national. La prévalence des troubles psychiques reste difficile à caractériser, notamment du fait de l'importance du non-recours aux soins et de la difficulté à poser un diagnostic pour certains de ces troubles. En 2017, plus de 7 millions d'individus² ont eu une prise en charge spécialisée ou un traitement psychotrope en lien avec un trouble psychique diagnostiqué³.

L'offre de soins repose sur deux types d'offres complémentaires : libérale de ville et celle des établissements de santé publics ou privés, majoritairement publique, avec une répartition essentiellement graduée par la sévérité des troubles et le besoin ou non d'une équipe pluriprofessionnelle, sans que ces critères ne soient clairement énoncés. L'offre de ville (médecins généralistes, psychiatres et psychologues) intervient lors du suivi de proximité des troubles de sévérité limitée et sans besoin d'une équipe pluriprofessionnelle. L'offre des établissements de santé est surtout centrée sur les prises en charge des troubles plus sévères et persistants, nécessitant l'intervention d'une équipe multi-professionnelle, en hospitalisation ou en ambulatoire. Cette offre se caractérise par sa diversité (offre sanitaire en ville et à l'hôpital, ambulatoire ou non, spécialisée ou non ; offre médico-sociale ; offre citoyenne ou initiée par les pairs), mais aussi par sa disparité géographique. Par ailleurs, la période de crise sanitaire a été l'occasion de mettre en place de nouveaux dispositifs ou de renforcer des dispositifs existants comme par exemple des interventions de type « équipe mobile ».

Certains troubles psychiques peuvent être qualifiés de durables, dans le sens où, une fois le diagnostic posé, le patient apprend à vivre avec ; d'autres peuvent avoir un caractère plus récurrent, ou disparaître totalement une fois un traitement approprié initié. Certains types de troubles apparaissent au moment d'un traumatisme, du fait de facteurs extérieurs par exemple, d'autres sont présents dès la naissance et évoluent tout au long de la vie. Le développement d'algorithmes, comme ceux développés par la Cnam⁴, par le groupe de travail « Santé mentale » du REDSIAM⁵ ou encore par l'équipe PharmacoEPI⁶, permet d'identifier de plus en plus précisément des personnes prises en charge pour des troubles psychiques *via* des requêtes réalisées sur le SNDS avec une limite toutefois sur l'appréhension de la sévérité de ces troubles.

La crise sanitaire Covid-19 et les différentes périodes de confinement ont modifié l'épidémiologie de la santé mentale et bouleversé l'organisation des soins en psychiatrie, déjà complexes en temps normal (diversité des acteurs de prise en charge, répartition inégale sur le territoire national, hétérogénéité des trajectoires de soins selon les patients, leur(s) pathologie(s), leur lieu de résidence...).

Face à cette situation, les établissements autorisés en psychiatrie, au même titre que l'ensemble des établissements de santé et que l'ensemble des professionnels de santé libéraux, ont dû adapter leur prise en charge pour la mise en œuvre des consignes gouvernementales⁷.

¹ Atlas de la santé mentale en France. Coldefy M. et Gandré C. (Dir.) Ouvrage de l'Irdes n° 7, série Atlas. Mai 2020.

² Chiffres estimés dans l'atlas.

³ Caisse nationale de l'Assurance maladie (2020). Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance maladie pour 2021.

⁴ Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) - Direction de la Stratégie, des Etudes et des Statistiques - Département des Etudes sur les Pathologies et les Patients, Méthode générale de la cartographie des pathologies, version G5 (années 2012 à 2016). Mise à jour : 8 mars 2018.

⁵ C. Quantin et al. Étude des algorithmes de repérage de la dépression dans le SNIIRAM par le réseau REDSIAM. Revue française des affaires sociales ed.; 2016, p.201-225.

⁶ P. Bosco-Levy et al., Fréquence de la dépression résistante en France : Étude à partir du SNDS.

⁷ Ministère des solidarités et de la santé. Fiche établissements autorisés en psychiatrie - Consignes et recommandations applicables à l'organisation des prises en charge dans les services de psychiatrie et les établissements sanitaires autorisés en psychiatrie. 22 mars 2020.

Dans le champ de la psychiatrie plus spécifiquement, la cellule de crise nationale psychiatrie, mise en place au début de la période de confinement, alertait sur les conséquences psychologiques susceptibles de toucher, non seulement des personnes fragiles déjà connues des services de psychiatrie, mais aussi de nouveaux patients en situation de souffrance psychique du fait de l'impact du confinement⁸. La santé mentale s'impose de plus en plus comme un dommage indirect de cette pandémie. Par ailleurs, la nécessité de prendre en compte les conséquences de cette crise sur l'état psychologique des populations devient impérieuse⁹. Notons que les travaux sur des expériences de confinement lors de précédentes épidémies (EBOLA, H1N1, SRAS, etc.)¹⁰ ont déjà mis en évidence des conséquences psychologiques négatives pour la population. Pour y faire face, les établissements de psychiatrie ont été encouragés à renforcer leur capacité de réponse en ambulatoire¹.

Les publications disponibles à ce jour montrent une diminution du recours aux médecins généralistes et spécialistes durant le confinement, chez les personnes en ALD comme pour le reste de la population^{11,12,13}, en partie compensée par le recours à la téléconsultation. Dans le même temps, les demandes de soins liées à la santé mentale ont fortement augmenté¹⁴. En termes de remboursements de médicaments pendant la période de confinement, des variations ont pu être constatées. Ainsi, pour la plupart des traitements, il est observé un pic de remboursements dans la première semaine de confinement, évoquant probablement un phénomène de constitution de provisions de médicaments, sans doute par crainte de manquer durant le confinement. Ce phénomène est notamment observé pour les médicaments psychotropes (antidépresseurs, anxiolytiques et hypnotiques, neuroleptiques)^{15,16}.

Enfin, concernant les populations touchées, les premiers résultats de l'enquête COCLICO menée du 3 au 14 avril 2020 auprès de 3 200 adultes vivant en France hexagonale mettent en évidence un risque accru sur la santé mentale comme l'anxiété, des troubles du sommeil, des problèmes de concentration et de la tristesse, chez les personnes en isolement social et les femmes¹⁷. La détresse psychologique touche un tiers des répondants, dont 12 % avec une intensité sévère, et est plus élevée pour les personnes ayant eu des soins de santé mentale les 12 mois précédents. Ces résultats rejoignent les résultats de l'enquête CoviPrev¹⁸, pour la première période de confinement, qui, outre un gradient social de ces troubles, soulignent le poids d'autres variables : les femmes, les moins de 50 ans (troubles anxieux seulement), les catégories socioprofessionnelles les moins favorisées, les personnes en difficulté financière sont plus exposées aux troubles anxieux et dépressifs. Les trois vagues d'enquête, menées jusqu'en juillet 2021, soulignent plus particulièrement la fragilité des personnes de 18-24 ans

⁸ Mise en place d'une cellule de crise psychiatrie dans le cadre de la gestion de l'épidémie de COVID-19 et comptes-rendus des différentes réunions, sur le site <http://www.adesm.fr>

⁹ Le fondamental – magazine de la Fondation fondamentale- Dossier p.4, La psychiatrie face à la pandémie de Covid-19, n°5, juin 2020.

¹⁰ Brooks S., Webster R., Smith L., Woodland L., Wessely S., Greenberg N., Rubin G. The psychological impact of quarantine and how to reduce it : rapid review of the evidence, The Lancet, Volume 395, février 2020.

¹¹ ORS Pays-de-la-Loire. Épidémie Covid-19 : comprendre et agir Recours au médecin généraliste pendant le 1er mois de confinement en Pays de la Loire. 11 juin 2020.

¹² DCGDR & ORS PACA. Suivi de l'activité en ville de certains professionnels de santé en région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Semaine n°22 (lundi 25 mai –dimanche 31 mai 2020).

¹³ Audition de M. Nicolas Revel, directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) devant la Commission des affaires sociales du Sénat, le 15 avril 2020.

¹⁴ Monziols M, et al. Comment les médecins généralistes ont-ils exercé leur activité pendant le confinement lié au Covid-19 ? Études et Résultats. Drees. N° 1150. 5 p. 2020.

¹⁵ Weill, A., Drouin, J., Desplas, D., Dray-Spira, R., Zureik, M. Usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de Covid-19. Point de situation après 5 semaines de confinement (jusqu'au 19 avril 2020). Étude pharmaco-épidémiologique à partir des données de remboursement du SNDS. ANSM-CNAM, Rapport. Avril 2020.

¹⁶ DCGDR & ORS PACA. Suivi des remboursements de médicaments en région Provence-Alpes-Côte-d'Azur. Semaine n°22 (lundi 25mai–dimanche 31 mai 2020).

¹⁷ Gandré C., Coldefy M. Les inégalités face au risque de détresse psychologique pendant le confinement : Premiers résultats de l'enquête COCLICO du 3 au 14 avril 2020, Questions d'économie de la santé, n°249, IRDES, juin 2020.

¹⁸ Chan-Chee C, Léon C, Lasbeur L, Lecrique JM, Raude J, Arwidson P, du Roscoät E. La santé mentale des Français face au Covid-19 : prévalences, évolutions et déterminants de l'anxiété au cours des deux premières semaines de confinement (Enquête CoviPrev 23-25 mars et 30 mars-1er avril 2020). Bull Épidémiol Hebd. 2020.



et la permanence dans la population de niveaux élevés pour l'anxiété, la dépression, les problèmes de sommeil et les pensées suicidaires.

À ce stade, les résultats des études menées ne permettent pas de distinguer au sein des populations touchées par un problème de santé mentale pendant le confinement, celles ayant précédemment recours à des soins pour ce type de troubles. Les informations manquent encore sur les patients sans antécédents psychiatriques et pris en charge en psychiatrie pendant ou à la suite des confinements. Le 6 mars 2020, les auteurs d'une étude nationale portant sur le degré de détresse psychologique de la population chinoise, suite à l'épidémie de Covid-19, recommandaient de prêter une attention aux besoins spécifiques des groupes vulnérables comme les jeunes de 18 à 30 ans, les personnes âgées et les travailleurs migrants¹⁹. Concernant l'impact psychologique du confinement, sa durée elle-même est un facteur de stress : une durée supérieure à 10 jours est prédictive de symptômes de stress post-traumatique, de comportements d'évitement et de colère, le stress ne s'arrêtant évidemment pas après la fin du confinement. Ainsi, si le confinement peut s'apparenter à un traumatisme, on peut imaginer que de nouveaux patients, en état de choc post-traumatique pourraient avoir recours aux soins. Le volet santé mentale de l'étude CoviPrev²⁰ présente des données²¹ à la suite des trois périodes²² de confinement. La stabilité des prévalences élevées des états anxieux, et des pensées suicidaires sont mentionnées. La prise en charge de ces patients n'est pas étudiée.

Enfin, pour les patients déjà connus des services de psychiatrie, comme pour les nouveaux patients, il est intéressant de rapprocher leurs états de santé et leurs prises en charge, avec les informations reçues sur la situation épidémiologique géolocalisée et régionale : on peut par exemple se demander s'il y a davantage de besoins de prise en charge psychiatrique à la suite du confinement dans les territoires les plus touchés par le virus ?

II. Objectifs et hypothèses

L'étude vise à connaître les profils des nouveaux patients soignés pour maladies psychiatriques, leurs potentielles évolutions épidémiologiques, et à apprécier leur parcours dans le système de soins à l'aune des différents confinements, comparés aux patients déjà identifiés avant le Covid-19.

Elle permettra également de mesurer l'impact des réorganisations des soins lors des différents pics épidémiques et confinements sur la composition et les modalités des recours aux soins.

La possibilité d'un complément d'étude qualitative permettra d'approfondir la question des ressources des personnes, et de connaître, pour des nouveaux patients repérés comme présentant une maladie psychique, les facteurs déclencheurs de ces troubles dans cette situation spécifique du Covid-19, la composition de leurs recours aux soins y compris ceux non remboursés, l'articulation entre les différents professionnels et structures.

Cette étude vise à acquérir des connaissances sur les risques et comportements des populations soumises à un stress collectif et à en dégager des éléments de prévention.

III. Méthodes

La partie quantitative de l'étude repose sur l'exploitation des données issues du Système national des données de santé (SNDS) (dont le PMSI, et le DCIR avec utilisation de données sur les traitements

¹⁹ Qiu J, Shen B, Zhao M, et al. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *General Psychiatry* 2020.

²⁰ Le point sur / CoviPrev / Quelle est la santé mentale des Français pendant l'épidémie de Covid-19 ? / Résultats de la vague 26 de l'enquête CoviPrev (15-21 juillet 2021) / 2. Santé publique France.

²¹ Données détaillées consultables <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/coviprev-une-enquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie-de-covid-19>

²² Recueil entre le 13 mai et le 21 octobre 2020, entre le 18 janvier et le 17 mars 2021, entre le 17 mai et le 21 juillet 2021

médicamenteux remboursés) pour étudier spécifiquement les comportements de soins liés à un trouble psychique chez les adultes, en ciblant notamment les périodes de confinement de 2020 comme périodes à explorer.

Malgré ses limites²³, le SNDS permet d'étudier le recours aux soins des individus pour lesquels une demande de soins a été réalisée et des problèmes de santé ont été diagnostiqués ou ont fait l'objet d'un traitement ou accompagnement.

Les Observatoires régionaux de la santé (ORS) de Bourgogne-Franche-Comté et Centre-Val de Loire sont en charge de l'exploitation des données, avec une autorisation de traitement des données du SNDS sur leur seule région. Ainsi, les populations domiciliées dans ces deux régions sont étudiées spécifiquement. Notons que cette restriction géographique présente l'intérêt d'observer la diversité des comportements et des pratiques, alors même que l'offre de soins en santé mentale et les populations concernées sont très variables d'une région à l'autre. Dans les profils épidémiologiques face au Covid, la Bourgogne-Franche-Comté (BFC) faisait partie des régions les plus touchées en début d'épidémie, quand le Centre-Val de Loire (CVdL) présentait un profil « moyen ».

La partie quantitative vise à décrire et rechercher des particularités sur des groupes populationnels d'une part, et à repérer des sous-groupes aux caractéristiques particulières et distinctes entre eux d'autre part. Il s'agit d'identifier des groupes de personnes d'âges spécifiques, dont l'antériorité de prise en charge en soins pour santé mentale est comparable, pour les étudier en sous-groupes de parcours de soins analogues. Dans une démarche exploratoire, les analyses ont été réalisées en plusieurs phases, conduisant à la sélection de la population finale d'étude décrite ci-après.

1. Approche quantitative

Trois phases exploratoires

Phase 1

Les premières analyses ont consisté à observer les évolutions de recours aux soins pour un trouble psychique pour tous types de diagnostics liés à la santé mentale, entre 2019 et 2021. Les prises en charge étudiées sont les suivantes :

- Hospitalisation(s) en psychiatrie à temps complet ou partiel (quel que soit le motif) ;
- Hospitalisation(s) en MCO pour un motif de psychiatrie en diagnostic principal-DP, diagnostic relié-DR ou diagnostic associé-DA (codes CIM-10 compris entre F00 et F99) ;
- Hospitalisation(s) en MCO pour tentative de suicide (séjours comportant un diagnostic associé de lésion auto-infligée, codes CIM-10 compris entre X60 et X84) ;
- Recours à un psychiatre (libéral ou salarié, médecin avec spécialité psychiatrie générale et/ou neuropsychiatrie) ;
- Remboursement(s) d'au moins un traitement psychotrope (codes ATC et CIP 13 mentionnés dans la méthodologie médicale de la cartographie des pathologies, version G8).

²³ La limite principale du SNDS est le manque de données sociodémographiques autre que l'âge, le sexe, la date de décès, la caisse d'affiliation et l'affiliation à la CSS. Le niveau d'études, le niveau de revenus ou la catégorie socioprofessionnelle des assurés, dont l'influence sur la consommation des soins a été largement démontrée, sont absents.

Comme toute étude basée sur une base de données administrative, la qualité du codage des diagnostics et des actes peut avoir un impact important sur la qualité des résultats.

Par construction, le SNDS ne contient que des informations concernant les soins effectivement remboursés. Ni l'automédication, ni la consommation de médicaments prescrits, mais non remboursés, ne peuvent être mesurées. De même, il est impossible d'évaluer le manque de suivi par les patients des prescriptions de leur médecin puisque, par exemple, les ordonnances prescrites mais non délivrées ne sont pas recensées.

Enfin, il comporte des données de nature médicale, mais aucune information clinique (examen du malade par le médecin, résultats d'analyses biologiques ou d'imagerie médicale).



Phase 2

Dans un deuxième temps, un travail de sélection de patients, à partir de critères de plus en plus ciblés, a été mené.

Les troubles psychiques présentent un très large spectre, allant des troubles légers et ponctuels à des troubles sévères et durables dans le temps. Les « troubles fréquents légers à modérés » qualifiés de - troubles névrotiques liés au stress et somatoformes - et de - dépression et autres troubles de l'humeur -, sont plus spécifiquement identifiés ici, du fait notamment de leur caractère à la fois ponctuel ou potentiellement durable. Les tentatives de suicide font également partie des critères d'intérêt. Deux raisons expliquent ce choix :

- l'impact de l'épidémie de Covid-19 sur le développement de ces troubles est souvent mentionné dans les études portant sur ce sujet, comme c'est le cas dans le volet santé mentale de l'étude CoviPrev par exemple ;
- les parcours de soins en santé mentale peuvent être très différents du fait de la variété des troubles en santé mentale existants.

Les **critères de sélection** retenus sont les suivants :

- Hospitalisation(s) en psychiatrie avec un diagnostic en DP ou DA (codes CIM-10 F32 à F48) ;
- Prise(s) en charge en ambulatoire avec un diagnostic en DP ou DA (codes CIM-10 F32 à F48) ;
- Hospitalisation(s) en MCO avec un diagnostic en DP ou DR (codes CIM-10 F32 à F48) ;
- Hospitalisation(s) en MCO pour une tentative de suicide (codes CIM-10 X60 à X84 en DA) ;
- Délivrance(s) d'antidépresseurs, lithium, Dépakote® ou Dépamide® (codes ATC ou CIP13 retenus dans la méthodologie médicale de la cartographie des pathologies, version G8).

Tous les patients présentant au moins un de ces critères de sélection sur la période d'étude allant de mars 2020 à février 2021 ont été retenus. Les autres psychotropes (anxiolytiques, neuroleptiques et hypnotiques) ont été écartés des molécules retenues pour la sélection de la population d'étude du fait de l'hétérogénéité de leurs indications. La consommation de ces psychotropes a toutefois été étudiée dans le parcours de soin de la population d'étude.

D'autres critères, de distinction, appliqués sur l'année précédant la période d'étude (mars 2019-février 2020), ont ensuite permis de distinguer les nouveaux patients des anciens. Ainsi, les patients repérés avec au moins l'un des critères suivants ont été considérés comme déjà suivis pour un trouble de santé mentale :

- Hospitalisation(s) en psychiatrie quel que soit le diagnostic ;
- Prise(s) en charge en ambulatoire quel que soit le diagnostic ;
- Hospitalisation(s) en MCO avec un diagnostic en DP ou DR (codes CIM-10 F32 à F48) ;
- Hospitalisation en MCO pour une tentative de suicide (codes CIM-10 X60 à X84 en DA) ;
- Délivrances à au moins 3 dates différentes d'antidépresseurs, lithium, Dépakote® ou Dépamide® (codes ATC ou CIP13 retenus dans la méthodologie médicale de la cartographie des pathologies, version G8) ;
- Recours à un psychiatre libéral.

Phase 3

La dernière phase d'exploration a consisté à comparer les prises en charge des patients identifiés en phase 2, avec celles des patients présentant les mêmes critères de sélection et de distinction un an en amont. Ainsi, tous les patients présentant au moins un des critères de sélection sur la période allant de mars 2019 à février 2020 ont été retenus, en distinguant les nouveaux patients des patients déjà suivis, à partir des critères de distinction appliqués sur la période de mars 2018 à février 2019.

L'objectif de cette dernière phase exploratoire était de vérifier si les profils de patients identifiés pendant la période de crise du fait du Covid-19 se distinguaient ou non de ceux identifiés sur la même période un an plus tôt.

Population finale d'étude

Au regard des résultats de l'analyse exploratoire, les **critères de sélection** de la population d'étude ont été ajustés, en considérant la période d'identification allant de début 2019 à fin 2021. De même, la définition des **critères d'identification des antécédents de prises en charge** a été affinée, et leur recherche a été élargie 2 ans en amont de la première date de soin de la période 2019-2021 (*date index*).

Les **critères d'identification des antécédents de prises en charge**, recherchés 2 ans avant la *date index* sont les suivants :

- Hospitalisation(s) en psychiatrie quel que soit le diagnostic ;
- Prise(s) en charge en psychiatrie ambulatoire quel que soit le diagnostic ;
- Recours à un psychiatre libéral ;

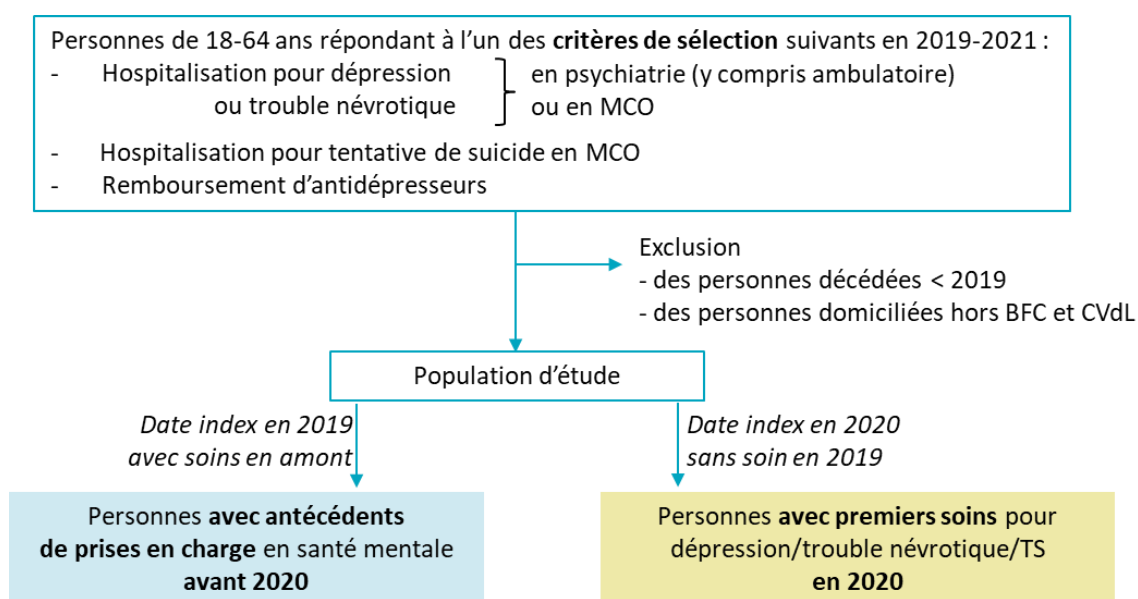
Et en complément, par rapport aux critères envisagés lors des analyses exploratoires :

- Hospitalisation(s) en MCO avec un diagnostic de trouble mental en DP ou DR (codes CIM-10 F00 à F99) ;
- Hospitalisation(s) en MCO pour une tentative de suicide (codes CIM-10 X60 à X84 en DA) ;
- Délivrance(s) d'antidépresseurs, lithium, Dépakote® ou Dépamide® (codes ATC ou CIP13 retenus dans la méthodologie de la Cartographie des pathologies), quel que soit le nombre de délivrances.

Les personnes décédées avant 2019 sont exclues de la population d'étude. Il s'agit de mauvais codages dans le SNDS, qui ne concernent que peu d'individus.



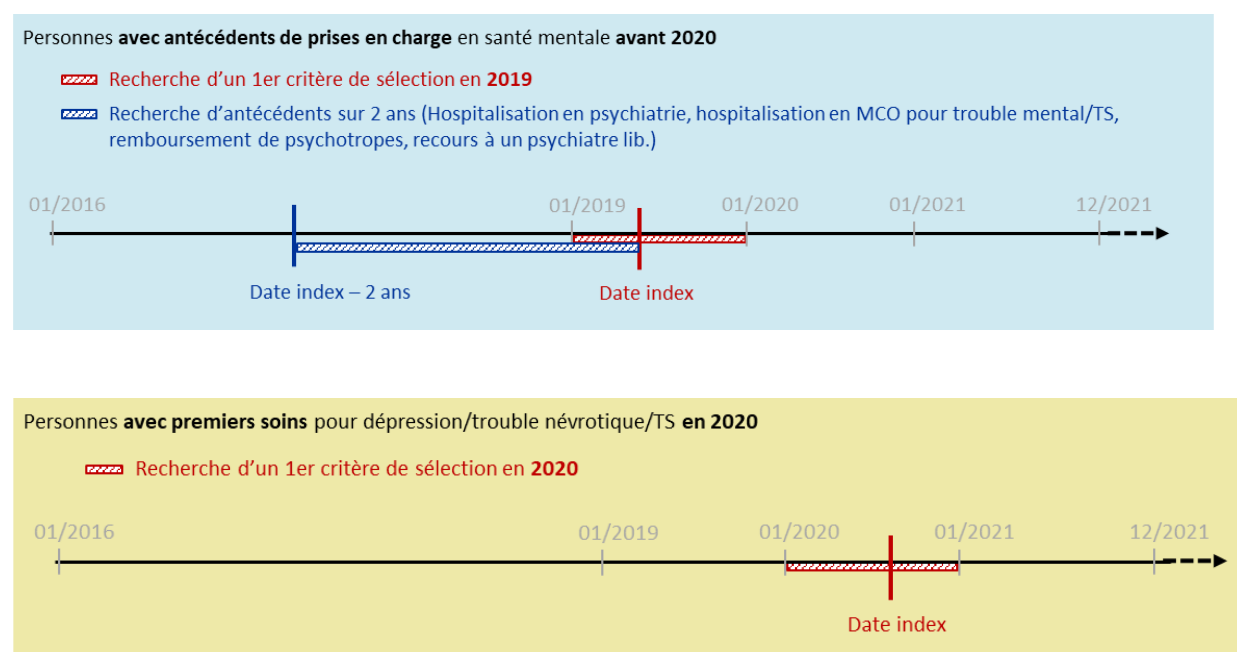
Figure 1: Algorithme de sélection de la population d'étude



Finalement, 2 types de sous-population ont été retenus en vue d'analyser plus finement leur parcours de soins :

- **les personnes avec antécédents de prises en charge avant 2020**, c'est-à-dire les personnes répondant à au moins un des critères de sélection en 2019 et ayant eu, au cours des 2 ans précédant la *date index*, soit une hospitalisation en psychiatrie, soit une hospitalisation - pour trouble mental ou tentative de suicide- en MCO, soit un remboursement de psychotrope, soit un recours à un psychiatre libéral ;
- **les personnes avec un premier soin pour dépression, trouble névrotique ou TS en 2020**, c'est-à-dire les personnes répondant à au moins un des critères de sélection à partir de 2020.

Figure 2 : Sélection des personnes incluses dans les 2 sous-populations



Plan d'analyse

Phases exploratoires

Le champ d'étude étant très large, les analyses ont été réalisées pas à pas, en ciblant de plus en plus finement les critères de sélection de la population d'étude : pathologies et prises en charge en soin à étudier, périodes à retenir et à étudier spécifiquement, caractéristiques des individus en termes d'âge, lieu de domicile, antécédents de soins notamment... Les traitements réalisés lors des 3 phases, dites exploratoires, sont nombreux et ne peuvent tous figurer dans ce rapport. Seuls les résultats ayant aidé au choix de la population finale d'étude sont présentés ici.

La caractéristique géographique des individus, distinguant l'espace à dominante urbaine de celui à dominante rurale est construite à partir de la typologie de degré de densité des communes. L'espace à dominante urbaine regroupe les communes de densité intermédiaire et celles densément peuplées ; l'espace à dominante rurale réunit celles peu denses à très peu denses.

Analyses de séquences

L'analyse de séquences²⁴ permet de décrire et classer les trajectoires ou parcours de soins des individus, en considérant chaque parcours d'un individu comme une suite d'états, dans un espace fini de modalités.

Nous étudions ici deux types de sous-populations que sont les personnes avec antécédents de prises en charge avant 2020 d'une part, et les personnes avec un premier soin pour dépression, trouble névrotique ou TS en 2020 d'autre part. On distingue également les individus âgés de 18 à 24 ans et ceux âgés de 50 à 64 ans.

Les parcours de soins sont étudiés mois par mois, sur la période allant de janvier 2016 à décembre 2021. Les différents états constituant les parcours sont décrits à partir de prises en charge en soins spécifiques à la santé mentale. Cinq états sont ainsi définis et codés pour chaque mois de suivi d'un individu :

- 1) Hospitalisation en MCO pour tentative de suicide (TS) ;
- 2) Hospitalisation en psychiatrie, ou en MCO pour diagnostic psychiatrique ;
- 3) Recours à un psychiatre libéral ;
- 4) Remboursement de psychotrope(s) ;
- 5) Aucun / autre type de recours.

Concernant le remboursement de psychotrope(s), notons qu'il peut s'agir d'anxiolytique(s), d'hypnotique(s), de neuroleptique(s) et/ou d'antidépresseur(s). Les remboursements de médicaments en lien avec la santé mentale sont donc considérés globalement, au-delà des antidépresseurs exclusifs, qui sont utilisés spécifiquement dans la sélection de la population d'étude.

Pour l'analyse en séquence, la méthode nécessite un classement hiérarchique entre les recours. Ils sont considérés comme hiérarchiquement ordonnés, c'est-à-dire que l'hospitalisation en MCO pour TS prime sur l'hospitalisation en psychiatrie ou en MCO pour diagnostic psychiatrique, elle-même prévalant sur le recours à un psychiatre en libéral...etc. (1 > 2 > 3 > 4 > 5). Ce choix, bien que subjectif, permet l'analyse par séquences.

Pour chaque type de sous-population, la distribution des parcours de soins est présentée à partir de graphique chronogramme. Enfin, une classification ascendante hiérarchique (CAH), après *Optimal Matching Analysis*, est mise en œuvre afin d'identifier des groupes d'individus présentant des parcours de soins relativement similaires.

²⁴ Robette N., 2011, Explorer et décrire les parcours de vie : les typologies de trajectoires, CEPED ("Les Clefs pour"), 86 p.



Définition de périodes spécifiques à la crise Covid

Afin d'affiner le parcours des individus de chaque groupe-type, des périodes plus ou moins longues, en lien avec les confinements et restrictions liés à la crise Covid ont été définies.

Pour chaque année étudiée, 5 périodes ont été déterminées :

- Du 1^{er} janvier au 16 mars (P0) ;
- Du 17 mars au 11 mai (P1) ;
- Du 12 mai au 31 août (P2) ;
- Du 1^{er} septembre au 29 octobre (P3) ;
- Du 30 octobre au 31 décembre (P4).

Ces 5 périodes sont explorées sur les années 2019 à 2021, pour les différentes sous-populations d'étude.

Plus globalement, pour analyser le parcours particulier des sous-populations de personnes avec antécédents de prises en charge avant 2020, trois grandes périodes, issues d'un regroupement des périodes précédemment définies, ont également été retenues :

- Une période avant Covid allant du 1^{er} janvier 2016 au 16 mars 2020 ;
- Une période propre au Covid allant du 17 mars au 31 décembre 2020 ;
- Une période après Covid allant du 1^{er} janvier au 31 décembre 2021.

Pour étudier plus finement les modifications de comportement, sur les prescripteurs de médicaments psychotropes, deux périodes d'un an sont ciblées spécifiquement :

- Période avant Covid allant du 17 mars 2019 au 16 mars 2020 ;
- Période propre au Covid allant du 17 mars 2020 au 16 mars 2021.

À partir de ces différents intervalles temporels, il s'agit d'observer les hospitalisations (mode d'entrée, durée de séjours...), le recours aux traitements antidépresseurs et plus largement psychotropes (nombre de délivrances, type de prescripteurs...), les consultations en secteur libéral (psychiatre et autres) en fonction des périodes de confinement ou en dehors de ces périodes.

Dans le but d'homogénéiser les durées des différentes périodes, pour pouvoir comparer les recours aux soins sur des intervalles de temps équivalents, une pondération a été appliquée. Les 5 périodes courtes ont ainsi été ramenées à des périodes de 3 mois, les 3 périodes plus longues à des périodes d'une année.

Pour les périodes courtes P0 à P4, la pondération correspond à la formule suivante : $P_{pond_i} = 90 / nb_{j_i}$; i allant de 0 à 4 ; nb_{j_i} : nombre de jours de la période i .

Pour les périodes plus longues, la formule de pondération est la suivante : $P_{pond_j} = 365 / nb_{j_j}$; avec j : numéro de période de 0 à 2 ; nb_{j_j} : nombre de jours de la période j .

Ces pondérations sont utilisées pour calculer les indicateurs de recours (nombres ou durées d'hospitalisations, nombres de délivrances de médicaments...) présentés par période.

2. Approche qualitative

Population d'enquête

Des entretiens compréhensifs ont été réalisés en Bourgogne-Franche-Comté et en Centre-Val de Loire et une attention particulière a été portée à la diversité des regards et des expériences concernant la santé mentale. Au regard des travaux et données produites durant l'épidémie de Covid-19, ainsi que des résultats de notre enquête quantitative préalablement réalisée, deux classes d'âges ont été davantage exposées à la souffrance mentale. Celle des 18-24 ans en raison d'une forte détérioration de leur santé mentale au cours de la crise Covid-19 (augmentation des hospitalisations), et celle des 50-64 ans du fait d'un recours aux soins de santé mentale (médicaments) plus important au regard de tous les âges de la vie.

Recueil des données

Un guide d'entretien commun aux deux ORS a été réalisé. Il visait à décrire l'apparition des premiers troubles, à les situer dans les différents environnements des personnes (mode de vie, mode d'activité, lieux et types d'habitation) et rôles sociaux ; à appréhender l'évolution des recours aux soins depuis l'apparition du Covid-19 et des périodes de confinement/restrictions des libertés ainsi que la mobilisation ou l'absence de mobilisation de ressources. Afin de limiter les biais de mémoire, nous avons intégré autant que possible des éléments pouvant servir de repères temporels pour remobiliser la chronologie des événements comme cela est pratiqué dans les récits de vie portant sur de longues périodes d'existence.

32 entretiens étaient prévus initialement, composés de 16 personnes de 18-24 ans et 16 personnes de 50-64 ans. Le recrutement a été réalisé dans un premier temps en mobilisant différents partenaires en région, qui ont pu informer leurs usagers et leur proposer de participer à cette recherche (professionnels des établissements de santé proposant des soins en psychiatrie – CHU, CMP, services d'urgence psychiatriques, équipes mobiles, services de médecine universitaire, services inter-entreprises de santé au travail, médecins généralistes et psychologues libéraux, mais également les structures d'accompagnement vers l'emploi. D'autres canaux de recrutement ont dû être mobilisés afin de finaliser le corpus d'enquêtés et notamment la presse locale et les réseaux sociaux.

Le recrutement était basé sur des critères divers :

- d'un point de vue temporel, le cadre de notre étude, au sens strict, est la période de la crise sanitaire, soit les années 2020 et 2021. Au cours de ces périodes, nous avons porté une attention particulière aux trois confinements, intervenus du 17 mars au 11 mai 2020, du 30 octobre au 15 décembre 2020, et du 3 avril au 3 mai 2021. Nous avons pris en compte les éléments biographiques antérieurs à cette période, notamment ceux en lien avec la santé psychique – ainsi que la période faisant suite à la crise, à partir de janvier 2022 jusqu'au moment de la collecte des entretiens (2023-2024), durant laquelle les troubles psychiques et les traitements se poursuivent, et où diverses conséquences du contexte sanitaire peuvent être encore prégnantes.
- D'un point de vue géographique, les personnes recrutées ont habité en région Bourgogne-Franche Comté et Centre-Val de Loire, au moins pendant une partie de la crise sanitaire. Nous avions initialement prévu de répartir les entretiens en assurant une diversité des localités représentées (du point de vue de leur répartition géographique, ou encore du milieu habité ; urbain, périurbain ou rural), mais face à la complexité du recrutement, nous avons renoncé à ce critère.
- Les classes d'âge initialement définies par rapport à la période de la crise sanitaire, 18-24 ans et 50-64 ans, demeurent un repère majeur de notre analyse. Mais, pour faciliter le recrutement, nous avons dû admettre des écarts. Ainsi, dans la seconde classe d'âge deux personnes âgées de moins de



45 ans durant la crise ont été intégrées à l'échantillon avec l'idée que les quelques années les séparant de l'âge de 50 ans ne semblaient pas décisive au regard de leur parcours. Nous maintiendrons l'emploi des bornes initiales par convention et commodité, mais il faut garder à l'esprit qu'elles relèvent d'une approximation du fait de cet écart.

- Enfin, les personnes recrutées sont volontaires et se reconnaissant comme ayant « rencontré des problèmes de santé mentale » et/ou des « troubles psychiques ». Ces expressions, qui méritent leur propre discussion, tant d'un point de vue psychologique ou psychiatrique que sociologique, ne pouvaient pas toujours faire l'objet d'une présentation approfondie dans le cadre du recrutement. Nous avons été amenés à les préciser oralement et sur les affiches employées, en utilisant notamment les termes de dépression, anxiété généralisée et pensées suicidaires.

Avant chaque entretien, nous avons informé les enquêtés sur les enjeux et modalités de notre recherche, et sollicité leur consentement à participer et à être enregistrés. Tous les enquêtés ayant donné leur accord, la totalité des entretiens a été enregistrée et retranscrite intégralement. La plupart d'entre eux ont été réalisés en face à face - en présentiel ou en visioconférence - et ils ont fait l'objet d'une analyse longitudinale et transversale. Les entretiens ont été anonymisés : les noms de famille n'apparaissent pas, les prénoms ont été changés, les noms des établissements de soins ont également été écartés.

Entretiens compréhensifs

Les entretiens ont été conduits selon une approche semi-directive et leur durée moyenne est d'environ 1h30. En lien avec le volet quantitatif de la recherche, l'analyse qualitative s'est intéressée aux divergences de trajectoires, de représentations et d'expériences des enquêtés dont la souffrance psychique est apparue pendant l'épidémie de Covid-19 ou était préalablement présente.

Auprès des 18-24 ans

Une attention particulière a été portée à la diversité des situations : au genre, à la temporalité de l'apparition de leurs souffrances psychiques, au type d'activité/d'emploi qu'ils occupaient. Ainsi, des entretiens ont été menés avec

Pour ce groupe d'âge, 13 entretiens ont été réalisés et retranscrits :

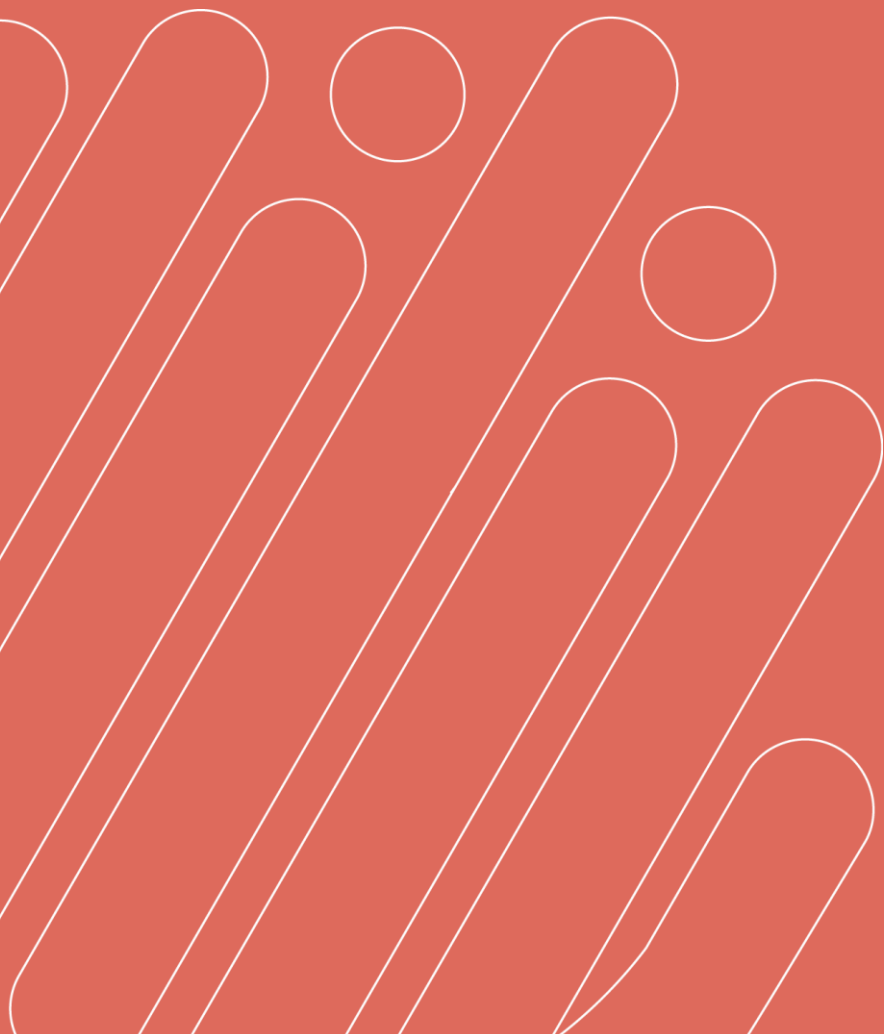
- 10 femmes et 3 hommes,
- 8 dont la souffrance psychique est apparue avant le Covid-19, 5 pendant l'épidémie,
- au moment de l'entretien, 4 personnes sont en études supérieures, 3 en activité et 5 en recherche de formation/d'orientation professionnelle.

Auprès des 50-64 ans

Pour ce groupe d'âge, 16 entretiens ont été menés et retranscrits. Les entretiens ont été réalisés avec :

- 8 femmes et 8 hommes
- 5 personnes ne déclarant aucun antécédent lié à leur santé mentale, 8 témoignent d'antécédents,
- au moment où ont été réalisés les entretiens, 5 personnes sont en activité, 4 personnes sont en arrêt de travail, 1 est en recherche d'emploi et 6 sont à la retraite (deux sont parties à la retraite après avoir été en arrêt durant la crise).

APPROCHE QUANTITATIVE



I. Principaux résultats des phases exploratoires

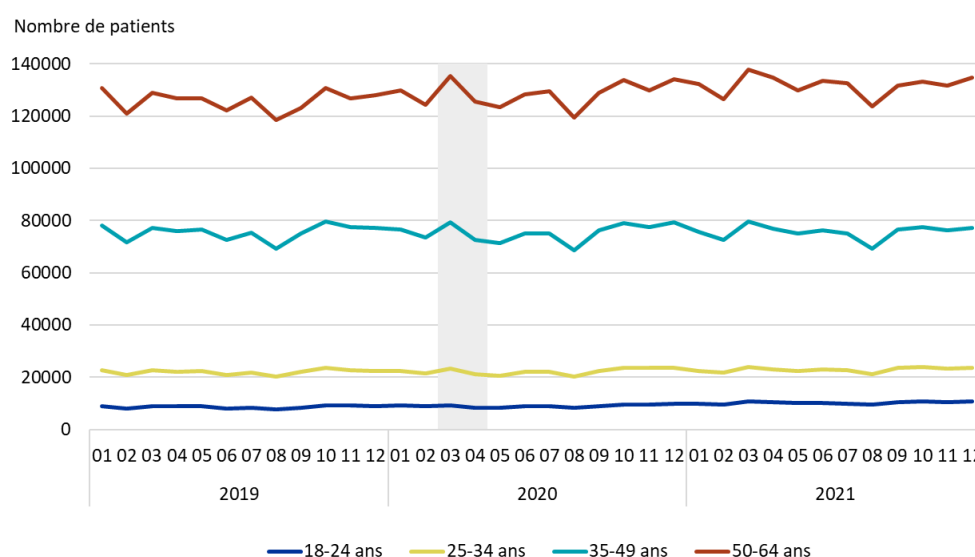
Phase 1 : Evolution des prises en charge en psychiatrie de janvier 2019 à décembre 2021

Des patients plus nombreux dans la tranche d'âge des 50-64 ans quel que soit le type de prise en charge pour santé mentale

L'analyse des différents recours, réalisée mensuellement à partir de janvier 2019 jusqu'à décembre 2021, par groupe d'âges (18-24 ans, 25-34 ans, 35-49 ans, 50-64 ans), pour l'ensemble des patients des régions BFC et CVdL, montre un recours plus important en nombre chez les personnes de 50-64 ans. Ces effectifs élevés sont à relativiser, cette tranche d'âge étant davantage représentée dans la population des 18-64 ans²⁵.

Les mois de mars et avril 2020 sont marqués par un pic, quelles que soient les tranches d'âge. Les remboursements de psychotropes augmentent, tandis que les séjours hospitaliers et les recours aux psychiatres diminuent. Ces constats sont le reflet de l'augmentation des demandes de soins liées à la santé mentale observées, entre autres, chez les médecins généralistes²⁶, et des fermetures de lits et autres réorganisations sanitaires mises en place en psychiatrie notamment²⁷.

Graphique 1 : Effectifs de patients domiciliés en BFC ou CVdL ayant eu au moins un remboursement de psychotropes par mois sur la période 2019-2021 selon l'âge



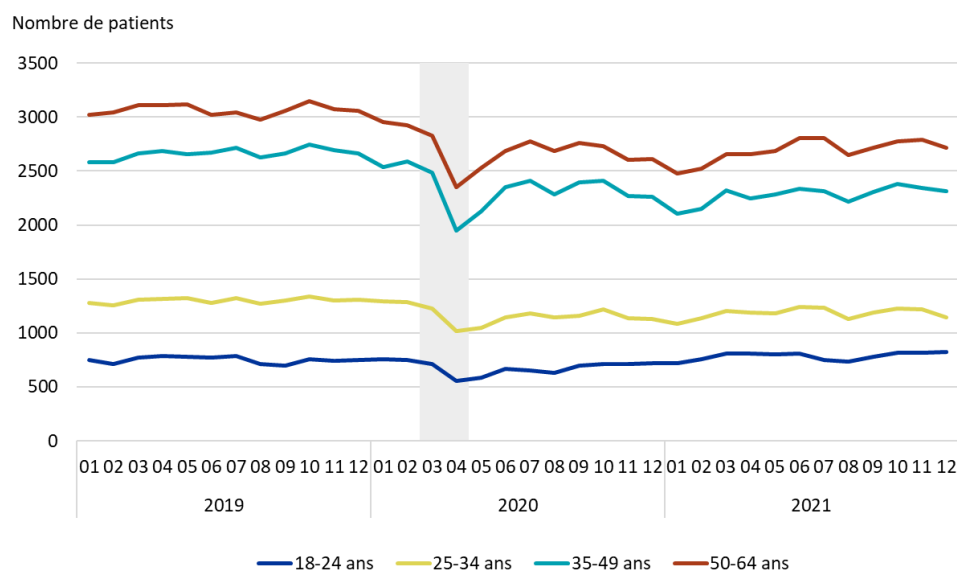
Source • SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations • ORS BFC-CVdL

Graphique 2 : Effectifs de patients domiciliés en BFC ou CVdL hospitalisés en psychiatrie par mois sur la période 2019-2021 selon l'âge

²⁵ Les 50-64 ans représentent 35 % de la population des 18-64 ans (Population de BFC et CVdL au RP 2019), la part de 18-24 ans, 25-34 ans et 35-49 ans est respectivement de 13 %, 19 % et 33 %.

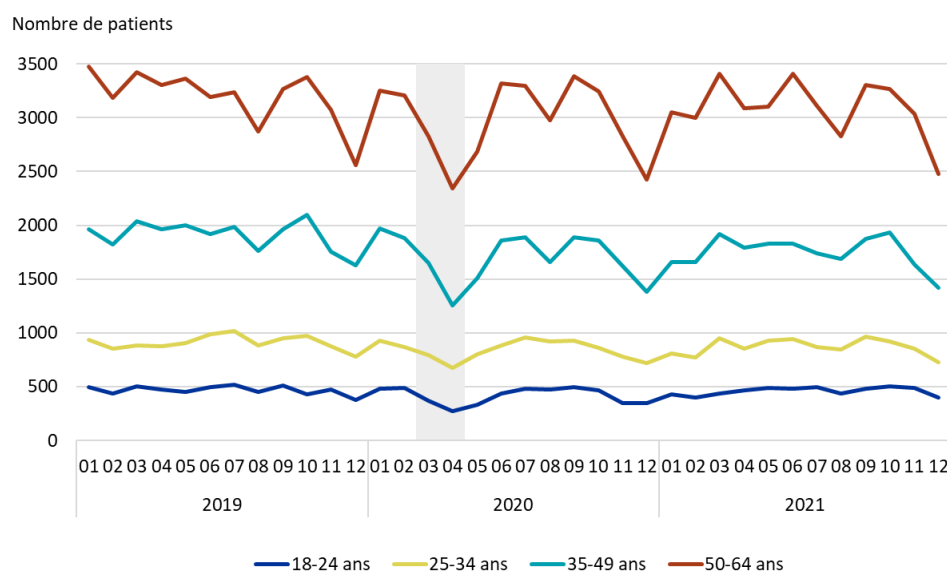
²⁶ Monziols, M., Chaput, H., et al. (2020, mai). [Comment les médecins généralistes ont-ils exercé leur activité pendant le confinement lié au Covid-19 ?](#) DREES, *Études et Résultats*, 1150.

²⁷ Sous la direction de Fabien Toutlemonde (2022, juillet). Les établissements de santé - édition 2022. Panoramas de la DREES.



Source • SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations • ORS BFC-CVdL

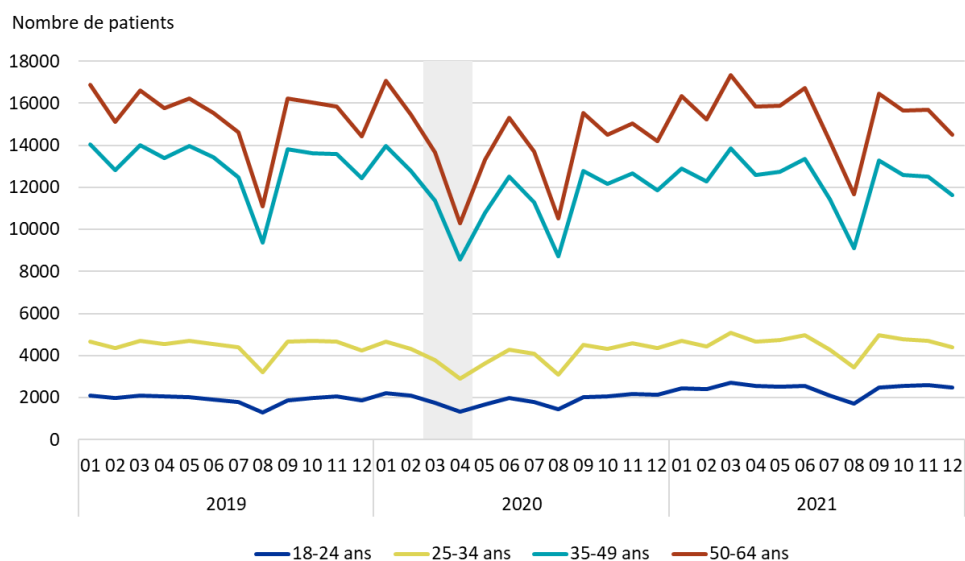
Graphique 3 : Effectifs de patients domiciliés en BFC ou CVdL hospitalisés en MCO pour un diagnostic de psychiatrie par mois sur la période 2019-2021 selon l'âge



Source • SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations • ORS BFC-CVdL

Graphique 4 : Effectifs de patients domiciliés en BFC ou CVdL ayant eu recours à un psychiatre libéral par mois sur la période 2019-2021 selon l'âge



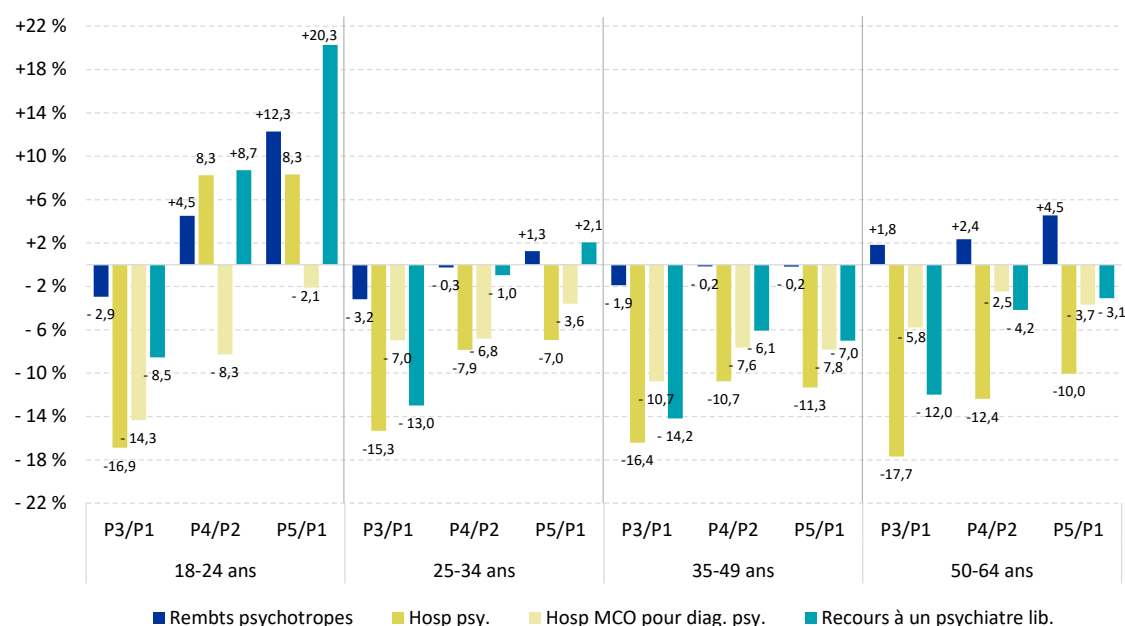


Source • SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations • ORS BFC-CVdL

Une augmentation des prises en charge médicales en période post-Covid chez les 18-24 ans

Cinq périodes correspondant à des semestres ont été définies, afin d'observer les évolutions sur des périodes de confinement/déconfinement. On compare ici la période d'avril à septembre des années 2020 (P3) et 2021 (P5) à celle de 2019 (P1), et la période d'octobre à mars 2020 (P4) à celle de 2019 (P2). Les analyses réalisées sur ces périodes biannuelles montrent une augmentation des recours et prescriptions particulièrement marquée chez les 18-24 ans, en particulier sur la période d'avril à septembre 2021 (P5). En période P3, période de confinement strict, on observe une baisse des prises en charge quel que soit l'âge.

Graphique 5 : Evolution des prises en charge pour santé mentale des patients domiciliés en BFC ou CVdL pour différentes périodes selon l'âge



Source • SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations • ORS BFC-CVdL

Phase 2 : Ciblage des pathologies « Dépression » et « Troubles névrotiques » - Identification de profils de patients « anciens » et « nouveaux »

Des patients avec une délivrance d'antidépresseurs quasi-systématique

Le choix des pathologies « Dépression » et « Troubles névrotiques » pour identifier les patients ayant eu une prise en charge en soin sur la période dite « liée à la crise Covid » (mars 2020-février 2021) conduit à sélectionner près de 300 000 individus âgés de 18 à 64 ans en BFC et CVdL, dont une large majorité a eu au moins une délivrance d'antidépresseurs (97,9 %). Les personnes hospitalisées sont rares (de 0,9 à 2,2 % en fonction du type d'hospitalisation).

La distinction entre « anciens » et « nouveaux » patients à partir de critères de prises en charge (ou de non prise en charge) identifiés sur la période « mars 2019-février 2020 » montre une répartition similaire aux patients identifiés sur la période « mars 2020-février 2021 », avec une part plus élevée d'« anciens patients » (60,2 %). Ces derniers sont un peu plus fréquemment hospitalisés en psychiatrie, et sont surtout davantage pris en charge en ALD, pour un motif de dépression ou troubles névrotiques, que les « nouveaux ». À l'inverse, les « nouveaux » patients présentent un peu plus fréquemment des hospitalisations en MCO.

Tableau 1 : Critères de prise en charge des patients identifiés en phase 2 selon le fait d'être définis comme « anciens » ou nouveaux » patients

	Patients identifiés sur la période Mars 2020-Février 2021					
	Anciens patients (N = 178 845)		Nouveaux patients (N = 118 430)		Total (N = 297 275)	
	n	%	n	%	n	%
Prises en charge sur la période Mars 2020-Février 2021						
Hospitalisés en psychiatrie à tps plein (1)	3 662	2,0	1 721	1,5	5 383	1,8
Hospitalisés en MCO (1)	1 261	0,7	1 508	1,3	2 769	0,9
Hospitalisés en MCO pour une TS	2 119	1,2	2 287	1,9	4 406	1,5
Passage en ambulatoire en psychiatrie (1)	5 185	2,9	1 218	1,0	6 403	2,2
Au moins une délivrance d'antidépresseurs	175 158	97,9	115 738	97,7	290 896	97,9
ALD pour dépression ou troubles névrotiques	22 485	12,6	2 205	1,9	24 690	8,3

Précisions • (1) ces hospitalisations concernent les pathologies Dépression et troubles névrotiques (codes CIM-10 F32 à F48)
Source • SNDS (DCIR-PMSE) ; Exploitations • ORS BFC-CVdL

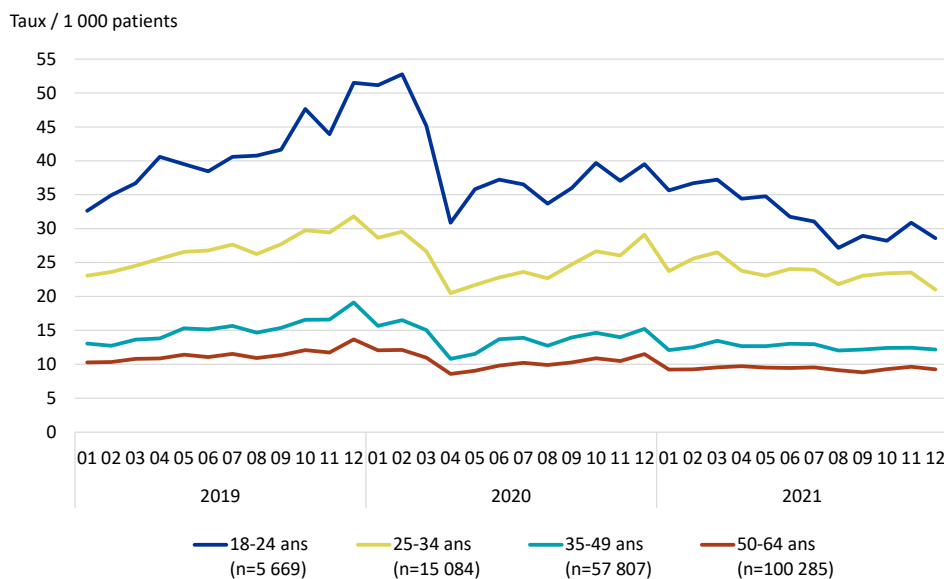
Des taux d'hospitalisation en psychiatrie plus élevés chez les jeunes patients qu'ils soient « anciens » ou « nouveaux »

Les hospitalisations en psychiatrie, analysées en termes de taux mensuels, de janvier 2019 jusque décembre 2021, sont un type de recours plus important chez les jeunes de 18-24 ans.

Quelle que soit la tranche d'âge, les « anciens » patients voient leur recours diminuer à partir de mars-avril 2020. Les taux observés chez les jeunes étaient en augmentation jusqu'au premier confinement (de janvier 2019 à mars 2020), avant d'observer une baisse importante.

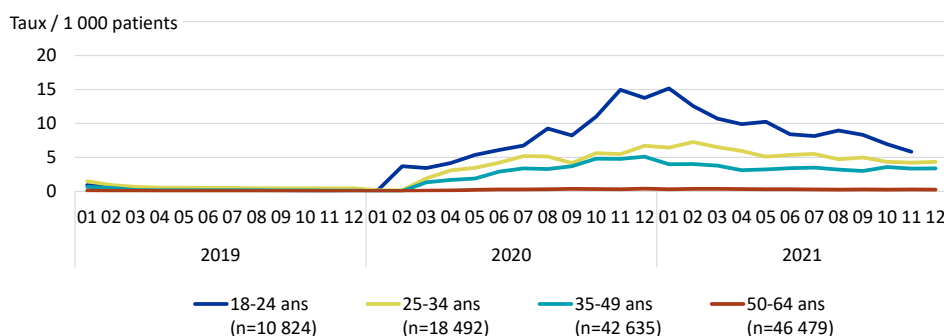
Chez les « nouveaux » patients, les taux bruts d'hospitalisation augmentent progressivement et atteignent leur maximum en fin d'année 2020. Notons que chez les jeunes de 18-24 ans, une hausse importante des taux bruts d'hospitalisation est constatée au moment de la rentrée scolaire 2020. Cette augmentation est plus linéaire pour les autres classes d'âge.

Graphique 6 : Taux bruts d'« anciens » patients hospitalisés en psychiatrie à temps plein, par mois sur la période 2019-2021 selon l'âge



Source • SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations • ORS BFC-CVdL

Graphique 7 : Taux bruts de « nouveaux » patients hospitalisés en psychiatrie à temps plein, par mois sur la période 2019-2021 selon l'âge



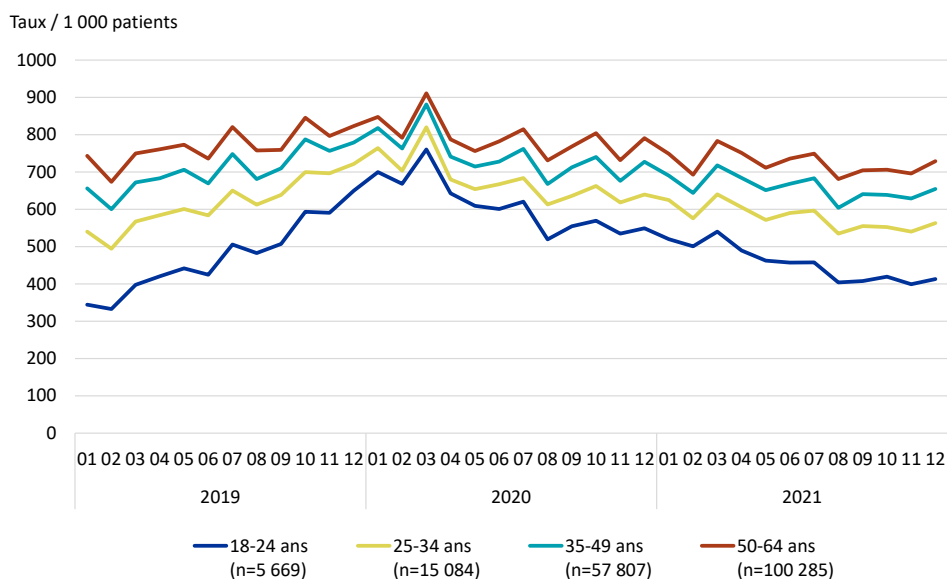
Source • SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations • ORS BFC-CVdL

Mais des taux d'antidépresseurs délivrés plus élevés parmi les personnes âgées de 50-64 ans

Les délivrances d'antidépresseurs, en taux pour 1 000 patients, sont plus fréquentes chez les personnes âgées de 50 à 64 ans, sur toute la période 2019-2021.

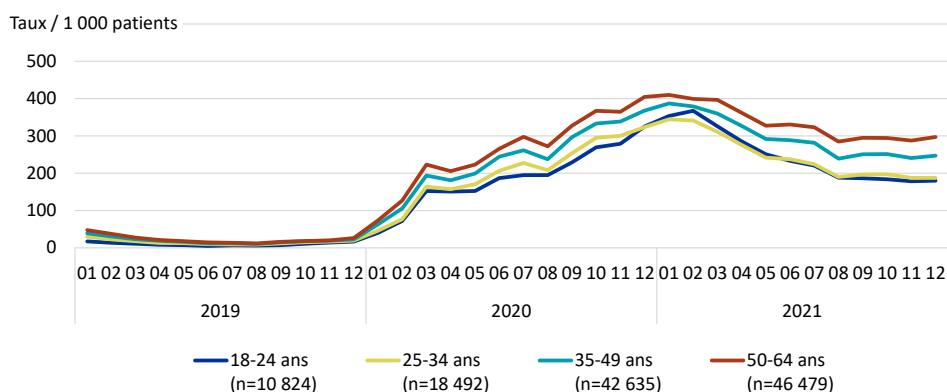
Quelle que soit la tranche d'âge, les taux évoluent différemment de ceux relatifs aux hospitalisations, en particulier pour les « anciens » patients. On observe un pic en début de crise Covid (mars-avril 2020), avant une décroissance progressive. Chez les nouveaux patients, on observe également un léger pic en mars-avril 2020, mais le maximum est atteint en fin d'année 2020/début d'année 2021.

Graphique 8 : Taux bruts d'« anciens » patients avec délivrance d'antidépresseurs, par mois sur la période 2019-2021 selon l'âge



Source • SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations • ORS BFC-CVdL

Graphique 9 : Taux bruts de « nouveaux » patients avec délivrance d'antidépresseurs, par mois sur la période 2019-2021 selon l'âge



Source • SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations • ORS BFC-CVdL

Phase 3 : Comparaison des patients identifiés entre mars et février, 2019 et 2020

Les analyses complémentaires, conduites sur la population sélectionnée, sur la période annuelle allant de mars 2020 à février 2021, comparée à la même population sélectionnée un an en amont (mars 2019 à février 2020) ont permis d'assoir le choix de la population finale d'étude et de recrutements pour la phase qualitative.

Les recours sont étudiés ici de façon globale et concernent à la fois les hospitalisations en lien avec un problème de santé mentale et les délivrances de médicaments.

Dans cette troisième phase, on rapporte la population sélectionnée à l'ensemble des consommateurs de soins sur une même période.



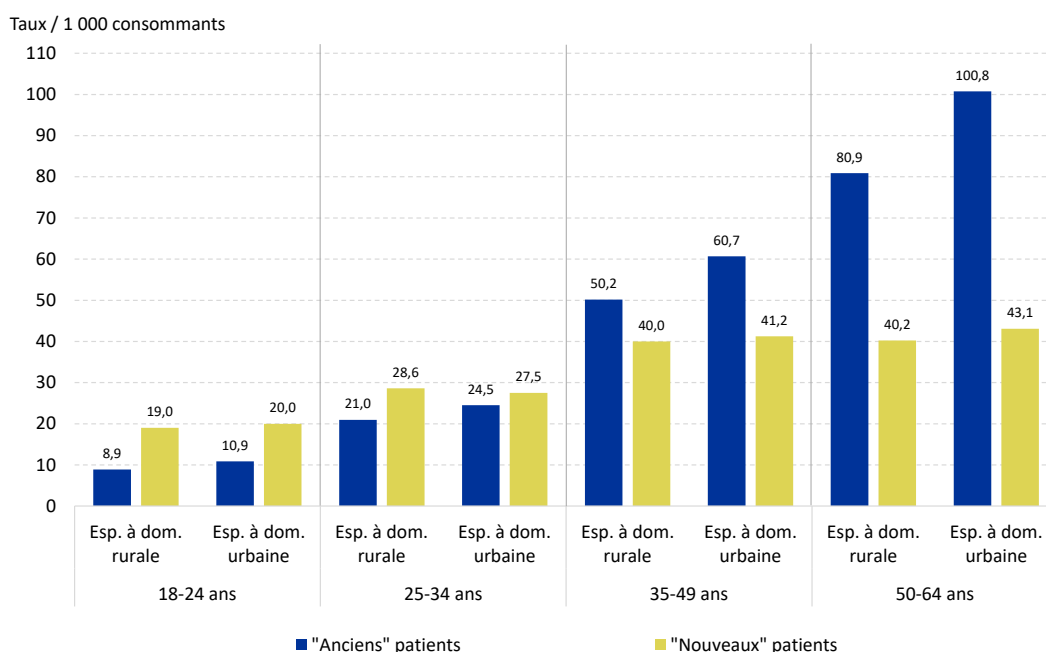
Des taux de recours généralement plus élevés en zone urbaine sur la période « liée à la crise Covid », mais une forte augmentation des « anciens » patients jeunes, vivant en zone rurale par rapport à la période N-1

Le critère d'âge a déjà été mentionné comme distinctif : les recours pour des soins de santé mentale les plus élevés sont ici observés chez les 50-64 ans, en particulier chez les « anciens » patients (graphique 10) ; et les « anciens » de 18-24 ans sont en augmentation sur la période dite « liée à la crise Covid » (mars 2020-février 2021), par rapport à la même période en N-1 (graphique 11).

Des spécificités en fonction de l'espace géographique de domicile, rural ou urbain, sont également à noter : sur la période mars 2020-février 2021, les taux de recours des patients vivant dans un espace à dominante urbaine sont plus élevés quel que soit l'âge ou le statut « ancien/nouveau »²⁸.

L'évolution la plus forte entre les deux périodes de comparaison, est observée en zone rurale, chez les « anciens » patients de 18-24 ans (+ 19,0 %). Bien que moins marquée, on note également une augmentation du nombre de « nouveaux » patients âgés de 50-64 ans et vivant dans un espace rural (+ 6,3 %).

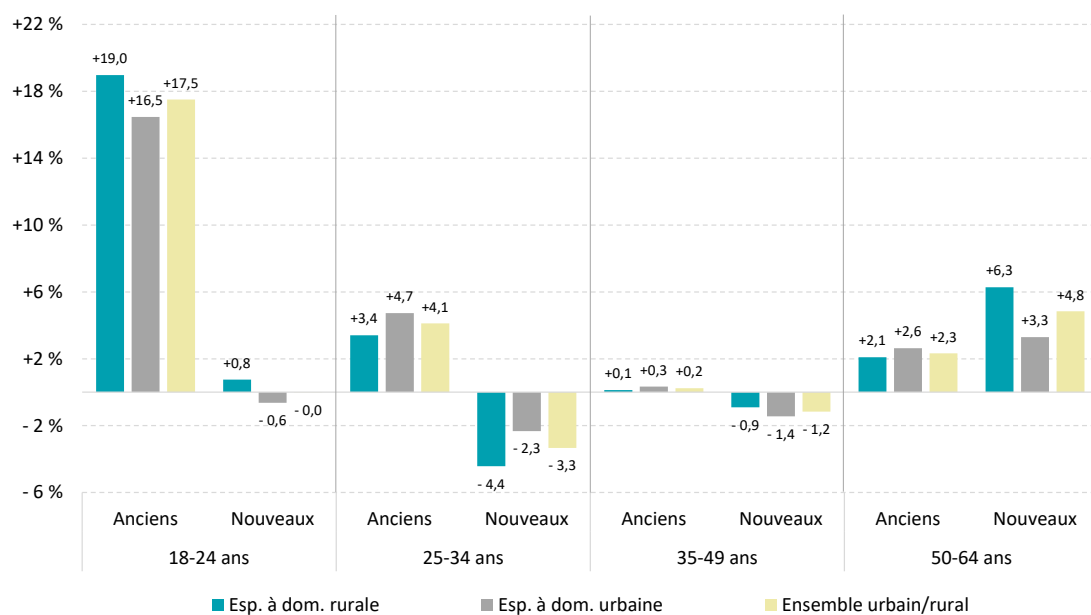
Graphique 10 : Taux bruts de recours de patients identifiés en phase 3 (/1 000 consommateurs de soin sur la période mars 2020-février 2021) selon l'âge, le type d'espace géographique de domicile et le statut « ancien » ou « nouveau » patient



Source • SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations • ORS BFC-CVdL

²⁸ À l'exception des « nouveaux » patients de 25-34 ans.

Graphique 11 : Evolution des taux bruts de patients identifiés en période mars 2020-février 2021 par rapport à mars 2019-février 2020, selon l'âge, le type d'espace géographique de domicile et le statut « ancien » ou « nouveau » patient



Source • SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations • ORS BFC-CVdL



II. Description générale des populations d'étude

La population d'étude telle que décrite dans le tableau 2 est présentée selon les critères de sélection. On dénombre 470 666 personnes âgées de 18 à 64 ans, domiciliées en BFC ou en CVdL, et ayant eu une prise en charge pour dépression ou trouble névrotique entre 2019 et 2021.

On distingue ici deux sous-populations en fonction de leurs prises en charge ou non, deux ans avant la *date index*, dénommées respectivement « Anciens patients » et « Nouveaux patients ». Leur répartition au sein de la population d'étude est relativement homogène : 221 084 « Anciens patients » (47 %) versus 249 582 « Nouveaux patients » (53 %).

Au niveau des critères de sélection des sous-populations, la quasi-totalité des patients a reçu au moins une délivrance d'antidépresseurs sur la période 2019-2021. Les hospitalisations sont bien plus rares : 9 % des « Anciens patients » ont été hospitalisés au moins une fois pour les pathologies d'intérêt, et 6 % des « Nouveaux patients ». Les proportions de prises en charge antérieures pour les « Anciens patients » sont dans les mêmes ordres de grandeur : 91 % d'entre eux ont eu au moins une délivrance d'antidépresseurs dans les deux ans précédant la *date index* et 10 % ont été hospitalisés. Le recours à un psychiatre libéral concerne un tiers d'entre eux.

Tableau 2 : Critères de prise en charge de la population d'étude selon la présence ou non d'antécédents de soins en santé mentale

	Population d'étude identifiée sur la période 2019-2021 (quelle que soit la <i>date index</i>)					
	Anciens patients (N = 221 084)		Nouveaux patients (N = 249 582)		Total (N = 470 666)	
	n	%	n	%	n	%
Prises en charge sur la période 2019-2021						
Hospitalisés (1)	18 965	8,6	15 184	6,1	34 149	7,3
Dont						
Hospitalisés en psychiatrie à tps plein (1)	9 358	4,2	5 409	2,2	14 767	3,1
Hospitalisés en MCO (1)	4 016	1,8	4 730	1,9	8 746	1,9
Hospitalisés en MCO pour une TS	6 484	2,9	6 576	2,6	13 060	2,8
Passage en ambulatoire en psychiatrie (1)	7 471	3,4	3 362	1,3	10 833	2,3
Au moins une délivrance d'antidépresseurs	218 856	99,0	243 561	97,6	462 417	98,2
Prises en charge en soins dans les deux ans précédant la <i>date index</i>						
Hospitalisés (2)	21 191	9,6	nc	nc	21 191	4,5
Dont						
Hospitalisés en psychiatrie à tps plein (2)	11 324	5,1	nc	nc	11 324	2,4
Hospitalisés en MCO pour un diagnostic psy. (2)	10 740	4,9	nc	nc	10 740	2,3
Hospitalisés en MCO pour une TS	5 144	2,3	nc	nc	5 144	1,1
Au moins une délivrance d'antidépresseurs	200 417	90,7	nc	nc	200 417	42,6
Recours à un psychiatre	71 570	32,4	nc	nc	71 570	15,2

Précisions • (1) Sur la période 2019-2021, les hospitalisations ne concernent que les pathologies dépression et troubles névrotiques (codes CIM-10 F32 à F48), et les tentatives de suicide en MCO ; (2) Sur les 2 ans précédant la première date de soins, les hospitalisations en psychiatrie sont toutes retenues, quelle que soit la cause. Les hospitalisations pour une pathologie psychiatrique "au sens large" sont retenues pour le MCO (codes CIM-10 F00-F99), ainsi que les tentatives de suicide.

Source • SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations • ORS BFC-CVdL

Les femmes sont majoritaires dans les deux sous-populations (65 % chez les « Anciens patients », 63 % chez les « Nouveaux »). Les « Anciens patients » sont plus âgés que les « Nouveaux » : la moitié d'entre eux ont entre 50 et 64 ans (37 % chez les « Nouveaux »), tandis que 27 % des « Nouveaux patients » ont entre 18 et 34 ans (14 % des « Anciens »). La répartition, en termes de lieu de vie urbain ou rural, diffère peu entre les deux sous-populations, avec légèrement plus d'habitants urbains dans les deux cas. Enfin, l'indice **FDep**²⁹ (*French Deprivation index*) montre une répartition très proche entre les deux groupes d'étude, avec 7 % d'individus dans le quintile le moins désavantagé, 17 % dans le deuxième quintile et environ un quart d'individus dans les trois derniers quintiles.

Tableau 3 : Caractéristiques individuelles de la population d'étude selon la présence ou non d'antécédents de soins en santé mentale

	Population d'étude identifiée sur la période 2019-2021 (quelle que soit la date index)					
	Anciens patients (N = 221 084)		Nouveaux patients (N = 249 582)		Total (N = 470 666)	
	n	%	n	%	n	%
Sexe						
Femme	144 236	65,2	157 171	63,0	301 407	64,0
Homme	76 848	34,8	92 411	37,0	169 259	36,0
Classe d'âges						
18-24 ans	8 435	3,8	24 118	9,7	32 553	6,9
25-34 ans	22 944	10,4	42 504	17,0	65 448	13,9
35-49 ans	77 436	35,0	89 923	36,0	167 359	35,6
50-64 ans	112 270	50,8	93 041	37,3	205 311	43,6
Grille communale de densité (1)						
Dominante rurale	105 096	47,9	120 319	48,7	232 066	49,7
Dominante urbaine	114 529	52,1	126 970	51,3	234 848	50,3
Indice Fdep des communes en 5 classes						
Q1 (Moins désavantagés)	15 102	6,9	17 579	7,1	32 681	7,0
Q2	37 443	17,0	44 405	18,0	81 848	17,5
Q3	52 199	23,8	58 047	23,5	110 246	23,6
Q4	54 024	24,6	61 191	24,7	115 215	24,7
Q5 (Plus désavantagés)	60 857	27,7	66 067	26,7	126 924	27,2

Précisions ● (1) Cette grille distingue 4 types de communes (1 : communes densément peuplées / 2 : communes de densité intermédiaire / 3 : communes peu denses / 4 : communes très peu denses). Les modalités 1/2 et 3/4 sont ici regroupées.

Source ● SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations ● ORS BFC-CVdL

²⁹ REY G., RICAN S., JOUGLA E. (2011). Mesure des inégalités de mortalité par cause de décès - Approche écologique à l'aide d'un indice de désavantage social. BEH n°8-9 : pp 87-90



- Deux types de populations étudiées : les personnes avec des antécédents de prise en charge avant 2020 et celles présentant un premier soin pour dépression, trouble névrotique ou TS en 2020

La description de la population d'étude faite ci-dessus permet d'entrevoir des particularités de prises en charge entre « Anciens patients » et « Nouveaux patients », sans pour autant analyser spécifiquement la période de confinement ou de restriction liée à la crise Covid. Les analyses suivantes portent sur deux types de sous-population : les personnes ayant eu au moins une prise en charge médicale liée à la santé mentale en 2019 avec des antécédents de prises en charge en amont d'une part, et celles dont la première prise en charge pour dépression, trouble névrotique ou TS est identifiée en 2020. Les analyses ciblent ensuite les deux groupes d'âges extrêmes : les jeunes (18-24 ans) et les plus âgés (50-64 ans).

Les caractéristiques individuelles des deux types de population sont relativement proches de celles décrites précédemment pour les « Anciens » et « Nouveaux patients » :

- les femmes sont majoritaires dans les deux cas ;
- les personnes avec des antécédents de prises en charge sont plus âgées, à l'inverse de celles dont la première prise en charge pour dépression, trouble névrotique ou TS est identifiée en 2020 ;
- la répartition urbain/rural s'équilibre pour les patients avec une première prise en charge ;
- le FDep par quintile se répartit uniformément dans les 2 types de population.

Tableau 4 : Caractéristiques individuelles de la population d'étude de 18-64 ans pour les 2 types de sous-populations

	Personnes avec antécédents de PEC en santé mentale avant 2020 (N = 247 267)		Personnes avec un premier soin pour dépression/trouble névrotique/TS en 2020 (N = 97 204)	
	n	%	n	%
Sexe				
Femme	162 609	65,8	60 434	62,2
Homme	84 658	34,2	36 770	37,8
Classe d'âges				
18-24 ans	9 425	3,8	8 718	9,0
25-34 ans	27 036	10,9	15 961	16,4
35-49 ans	88 310	35,7	34 756	35,8
50-64 ans	122 496	49,5	37 769	38,9
Grille communale de densité (1)				
Dominante rurale	120 376	49,0	48 678	50,5
Dominante urbaine	125 241	51,0	47 689	49,5
Indice Fdep des communes en 5 classes				
Q1 (Moins désavantagés)	16 814	6,8	6 836	7,1
Q2	42 115	17,1	17 255	17,9
Q3	57 709	23,5	22 931	23,8
Q4	60 988	24,8	23 626	24,5
Q5 (Plus désavantagés)	67 991	27,7	25 719	26,7

Précisions ● (1) Cette grille distingue 4 types de communes (1 : communes densément peuplées / 2 : communes de densité intermédiaire / 3 : communes peu denses / 4 : communes très peu denses). Les modalités 1/2 et 3/4 sont ici regroupées.

Source ● SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations ● ORS BFC-CVdL

...chez les jeunes de 18-24 ans

Les personnes âgées de 18-24 ans représentent 4 % des personnes avec des antécédents de prises en charge avant 2020³⁰, et 9 % des personnes dont la première prise en charge pour dépression, trouble névrotique ou TS a été identifiée pour la 1^{ère} fois en 2020. On note la présence légèrement plus importante de personnes âgées de 18 à 20 ans au sein de la population avec une première prise en charge comparativement à celle avec des antécédents de prise en charge (43 % contre 34 %).

La répartition selon les critères de sélection décrite dans le tableau ci-dessous montre principalement :

- au moins une délivrance d'antidépresseurs sur la période 2019-2021 pour la quasi-totalité des deux sous-populations ;
- des hospitalisations un peu plus rares, même si elles sont un peu plus fréquentes chez les personnes avec antécédents ;
- au moins une délivrance d'antidépresseurs dans les deux ans précédant la *date index* pour 56 % des personnes avec antécédents ;
- 29 % de recours à un psychiatre en amont de 2019 pour les personnes avec antécédents.

Tableau 5 : Critères de prise en charge de la population de 18-24 ans pour 2 types de sous-populations

	Personnes avec antécédents de PEC en santé mentale avant 2020 (N = 9 425)		Personnes avec un premier soin pour dépressions/trouble névrotique/TS en 2020 (N = 8 718)	
	n	%	n	%
Prises en charge sur la période 2019-2021				
Hospitalisés (1)	1 815	19,3	1 359	15,6
Dont				
Hospitalisés en psychiatrie à tps plein (1)	762	8,1	484	5,6
Hospitalisés en MCO (1)	538	5,7	326	3,7
Hospitalisés en MCO pour une TS	824	8,7	644	7,4
Passage en ambulatoire en psychiatrie (1)	653	7,0	360	4,1
Au moins une délivrance d'antidépresseurs	8 966	95,1	8 154	93,5
Prises en charge dans les deux ans précédant la <i>date index</i>				
Hospitalisés (2)	1 293	13,7	nc	nc
Dont				
Hospitalisés en psychiatrie à tps plein (2)	692	7,3	nc	nc
Hospitalisés en MCO pour un diagnostic psy. (2)	624	6,6	nc	nc
Hospitalisés en MCO pour une TS	422	4,5	nc	nc
Au moins une délivrance d'antidépresseurs	5 306	56,3	nc	nc
Recours à un psychiatre	2 741	29,1	nc	nc

Précisions • (1) Sur la période 2019-2021, les hospitalisations ne concernent que les pathologies Dépression et troubles névrotiques (codes CIM-10 F32 à F48), et les tentatives de suicide en MCO ; (2) Sur les 2 ans précédant la première date de soins, les hospitalisations en psychiatrie sont toutes retenues, quelle que soit la cause. Les hospitalisations pour une pathologie psychiatrique "au sens large" sont retenues pour le MCO (codes CIM-10 F00-F99), ainsi que les tentatives de suicide.

Source • SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations • ORS BFC-CVdL

³⁰ Limite possible : le recours aux soins de santé mentale est observé via les données du SNDS. Or chez les mineurs, les hospitalisations et traitements médicamenteux sont évités un maximum, le recours peut être moins spécifique et donc moins repérable dans les données.



...et chez les personnes âgées de 50-64 ans

Les personnes âgées de 50-64 ans sont majoritaires dans les deux types de population : elles représentent respectivement 50 % des personnes avec des antécédents de prises en charge avant 2020, et 39 % des personnes dont la première prise en charge pour dépression, trouble névrotique ou TS a été identifiée pour la 1^{ère} fois en 2020. On note la présence un peu plus importante d'hommes et de personnes vivant en zone rurale au sein de la population avec une première prise en charge (39 % d'hommes et 53 % de personnes vivant en zone rurale).

La répartition selon les critères de sélection décrite dans le tableau ci-dessous montre principalement :

- au moins une délivrance d'antidépresseurs sur la période 2019-2021 pour la quasi-totalité des deux sous-populations ;
- des hospitalisations relativement rares, même si elles sont un peu plus fréquentes chez les personnes avec antécédents ;
- au moins une délivrance d'antidépresseurs dans les deux ans précédant la *date index* pour 84 % des personnes avec antécédents et 8 % des patients avec une première prise en charge pour dépression, trouble névrotique ou TS ;
- 22 % de recours à un psychiatre en amont de 2019 pour les premiers, 6 % pour les seconds.

Tableau 6 : Critères de prise en charge de la population de 50-64 ans pour 2 types de sous-populations

	Personnes avec antécédents de PEC en santé mentale avant 2020 (N = 122 496)		Personnes avec un premier soin pour dépression/trouble névrotique/TS en 2020 (N = 37 769)	
	N	%	n	%
Prises en charge sur la période 2019-2021				
Hospitalisés (1)	7 720	6,3	1 760	4,7
dont				
Hospitalisés en psychiatrie à tps plein (1)	3 788	3,1	708	1,9
Hospitalisés en MCO (1)	1 685	1,4	515	1,4
Hospitalisés en MCO pour une TS	2 404	2,0	637	1,7
Passage en ambulatoire en psychiatrie (1)	2 948	2,4	466	1,2
Au moins une délivrance d'antidépresseurs	121 965	99,6	37 217	98,5
Prises en charge en soins dans les deux ans précédant la <i>date index</i>				
Hospitalisés (2)	7 625	6,2	621	1,6
dont				
Hospitalisés en psychiatrie à tps plein (2)	4 180	3,4	218	0,6
Hospitalisés en MCO pour un diagnostic psy. (2)	3 608	3,0	414	1,1
Hospitalisés en MCO pour une TS	2 013	1,6	64	0,2
Au moins une délivrance d'antidépresseurs	102 906	84,0	2 998	7,9
Recours à un psychiatre	27 380	22,4	2 348	6,2

Précisions • (1) Sur la période 2019-2021, les hospitalisations ne concernent que les pathologies Dépression et troubles névrotiques (codes CIM-10 F32 à F48), et les tentatives de suicide en MCO ; (2) Sur les 2 ans précédant la première date de soins, les hospitalisations en psychiatrie sont toutes retenues, quelle que soit la cause. Les hospitalisations pour une pathologie psychiatrique "au sens large" sont retenues pour le MCO (codes CIM-10 F00-F99), ainsi que les tentatives de suicide.

Source • SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations • ORS BFC-CVdL

Après cette description globale des sous-populations, les parcours de soins sont étudiés mois par mois sur la période allant de janvier 2016 à décembre 2021 à partir d'analyses de séquences, d'abord chez les jeunes de 18-24 ans puis chez les personnes de 50-64 ans, en distinguant les personnes avec des antécédents de prises en charge avant 2020, de celles dont la première prise en charge pour dépression, trouble névrotique ou TS a été identifiée pour la 1^{ère} fois en 2020.



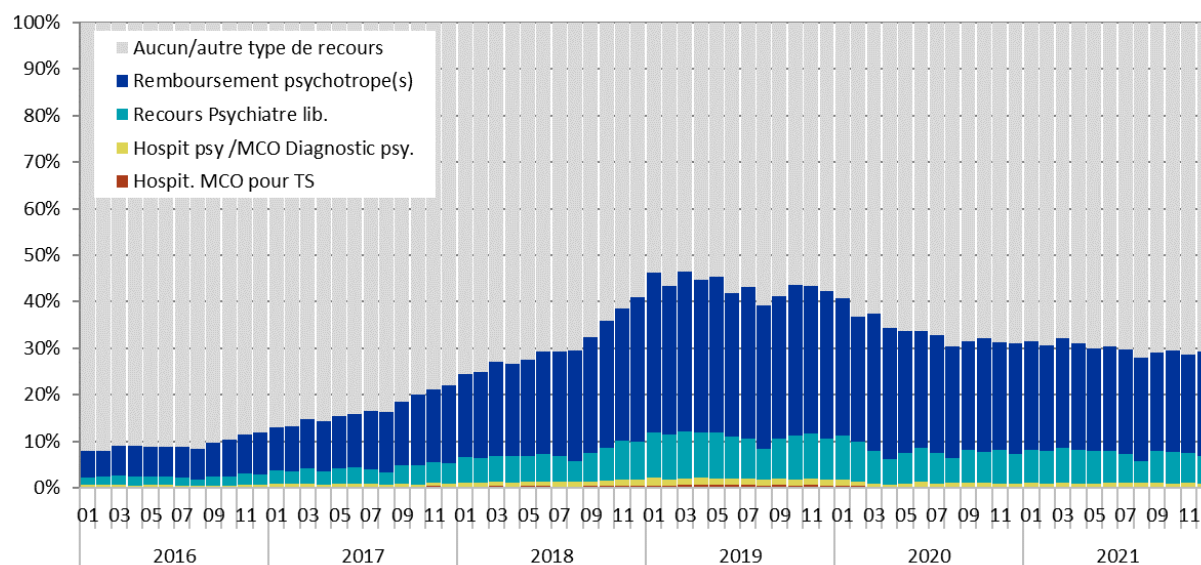
III. Typologie des parcours de soins des 18-24 ans

Les jeunes avec antécédents de prise en charge avant 2020

Le graphique ci-dessous représente la part de jeunes de 18-24 ans présentant les différentes prises en charge (par ordre de priorité : hospitalisation pour TS, hospitalisation en psychiatrie ou en MCO pour un diagnostic psychiatrique, recours à un psychiatre libéral, remboursement de psychotrope(s), aucun/autre type de recours).

Les remboursements de psychotropes sont davantage représentés par rapport aux autres prises en charge : la part d'individus concernés par les remboursements de psychotropes augmente progressivement jusqu'en 2019, avant de diminuer en 2020, puis stagner au cours de l'année 2021. Sur la période 2019-2021, ces remboursements touchent entre 21 % et 35 % des jeunes de 18-24 ans avec antécédents. Le recours aux psychiatres suit la même tendance : 5 % à 10 % des jeunes sont concernés suivant les mois. Les hospitalisations concernent moins de 2 % des individus par mois.

Graphique 12 : Chronogramme de l'ensemble des individus de 18-24 ans avec antécédents de prise en charge sur la période 01-2016 à 12-2021 (N=9 425)



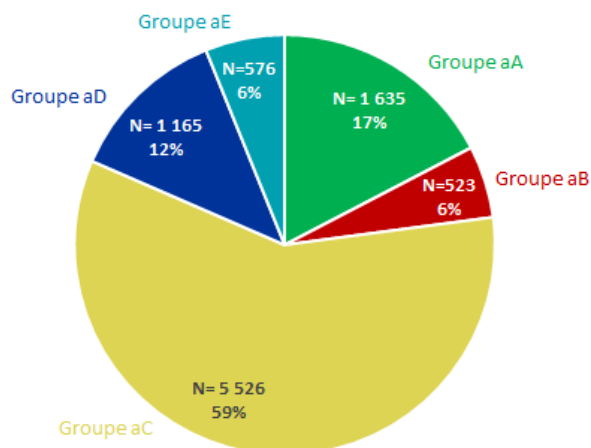
Source • SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations • ORS BFC-CVdL

À partir de cette analyse en séquence, une classification ascendante hiérarchique (CAH) a permis d'identifier 5 groupes-type d'individus présentant des parcours de soins relativement proches.

Description des groupes-type à partir de l'analyse de séquences

Le groupe-type aC est le plus important en nombre d'individus (N=5 526), suivi des groupes aA, aD et aE ; le groupe-type aB étant le plus réduit.

Graphique 13 : Nombre d'individus et pourcentage selon les 5 groupes-type identifiés



Source • SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations • ORS BFC-CVdL

Groupe 18-24 aA : Plus forte proportion de recours dès juillet 2019 (17 %)

Le premier groupe (groupe aA) se caractérise par **des personnes ayant eu peu de prises en charge en santé mentale avant la fin 2018** (moins de 10 % de population de ce groupe), puis une augmentation en 2019 de la part d'individus ayant eu des **remboursements de psychotropes (69 % de la population en juillet 2019)**. Cette part diminue ensuite au cours de l'année 2020 pour rester stable jusqu'à la fin de l'année 2021 (entre 35 % et 40 % des individus). Le recours à un psychiatre libéral représente moins de 10 % de la population de ce groupe et les hospitalisations moins de 3 % (comme globalement dans l'ensemble de la population).

Groupe 18-24 aB : Spécificité de recours aux psychiatres de ville (6 %)

Le deuxième groupe (groupe aB) se caractérise par **une proportion de personnes ayant eu recours à un psychiatre libéral plus important que la moyenne** : environ 76 % des jeunes y ont eu recours en début d'année 2019. Les **remboursements de psychotropes sont également élevés** dans ce groupe. Ces deux types de recours ont tendance à diminuer, notamment au début du 1^{er} confinement en mars 2020 pour les recours aux psychiatres libéraux. Les proportions d'individus restent tout de même relativement importantes, entre 25 % et 40 % pour les personnes ayant eu recours à un psychiatre libéral et entre 25 % et 40 % également pour les personnes ayant eu au moins un remboursement de psychotropes.

Groupe 18-24 aC : Faible recours (59 %)

Le troisième groupe (groupe aC) se caractérise principalement par **des individus ayant eu une prise en charge en santé mentale moins importante que dans l'ensemble des autres groupes**. Les **remboursements de psychotropes restent la consommation principale** : ils concernent environ 20 % en début d'année 2019, période où ce recours est le plus important, avant de stagner en 2020 et 2021 autour de 10 % de la population de ce groupe. Le recours à un psychiatre libéral est relativement rare (moins de 6 % par mois), il en est de même pour les hospitalisations (moins de 2 %).

Groupe 18-24 aD : Recours maximum mi-2018 (12 %)

Dans le quatrième groupe (groupe aD), les caractéristiques de prise en charge se rapprochent de celles du groupe aA avec cependant une **augmentation des remboursements de psychotropes** qui se fait plus **rapidement** (pic de 73 % en 2018). Cette proportion a ensuite tendance à diminuer puis stagner en 2020 et 2021 (entre 40 % et 50 % de la population). Comme dans les groupes aA et aC, le recours



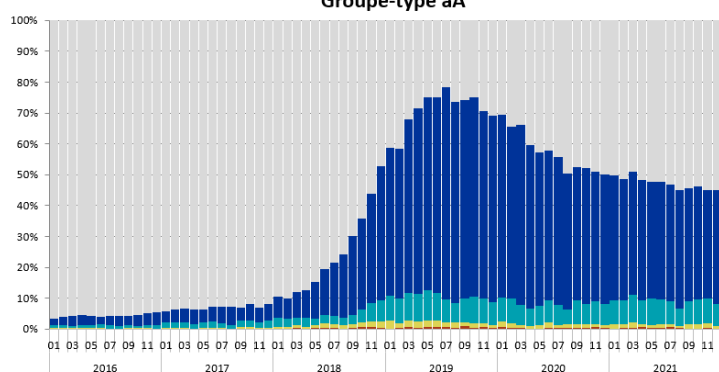
aux psychiatres libéraux ainsi que les hospitalisations sont relativement rares (respectivement moins de 7 % et moins de 3 % des individus).

Groupe 18-24 aE : Recours important au long court (6 %)

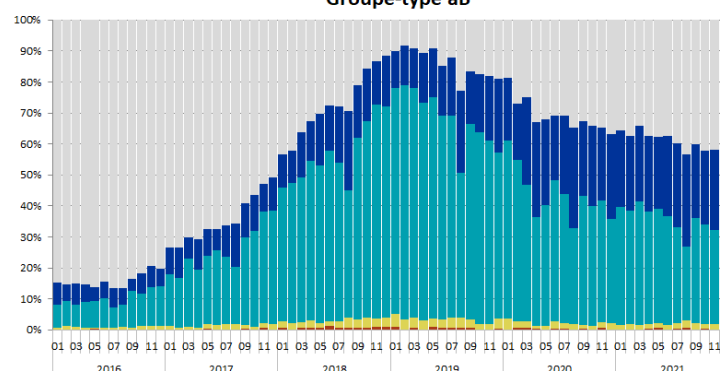
Le cinquième groupe (groupe aE) se caractérise par une proportion d'individus ayant eu des **remboursements de psychotropes relativement importante et stable jusqu'en début d'année 2020** (entre 70 % et 80 % des individus), date à laquelle nous observons une légère baisse puis stagnation jusqu'en 2021 autour de 50 % des individus. Le recours aux psychiatres libéraux représente entre 5 % et 10 % des individus de ce groupe et les hospitalisations y sont également rares (entre 1 % et 4 % des individus).

Graphique 14 : Chronogrammes des 5 groupes-type d'individus de 18-24 ans avec antécédents de prise en charge définis à partir de l'analyse de séquences sur la période 01-2016 à 12-2021

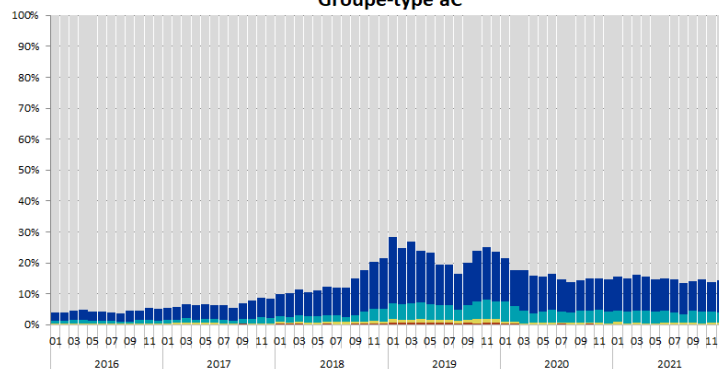
Groupe-type aA



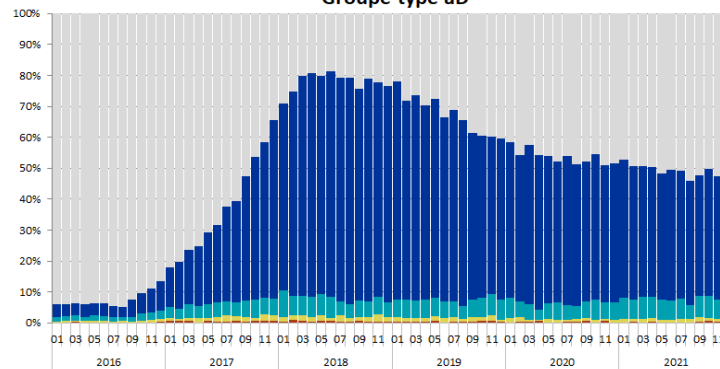
Groupe-type aB



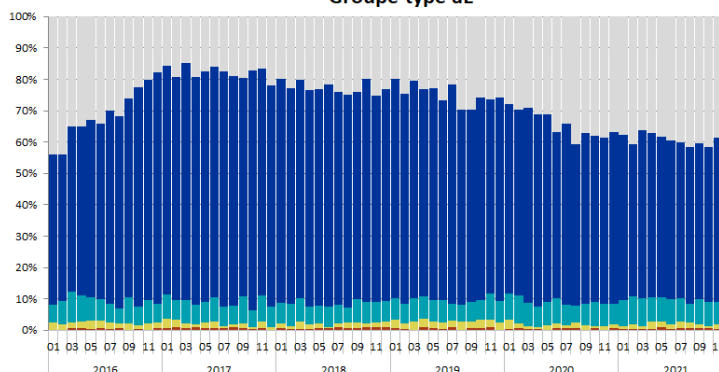
Groupe-type aC



Groupe-type aD



Groupe-type aE



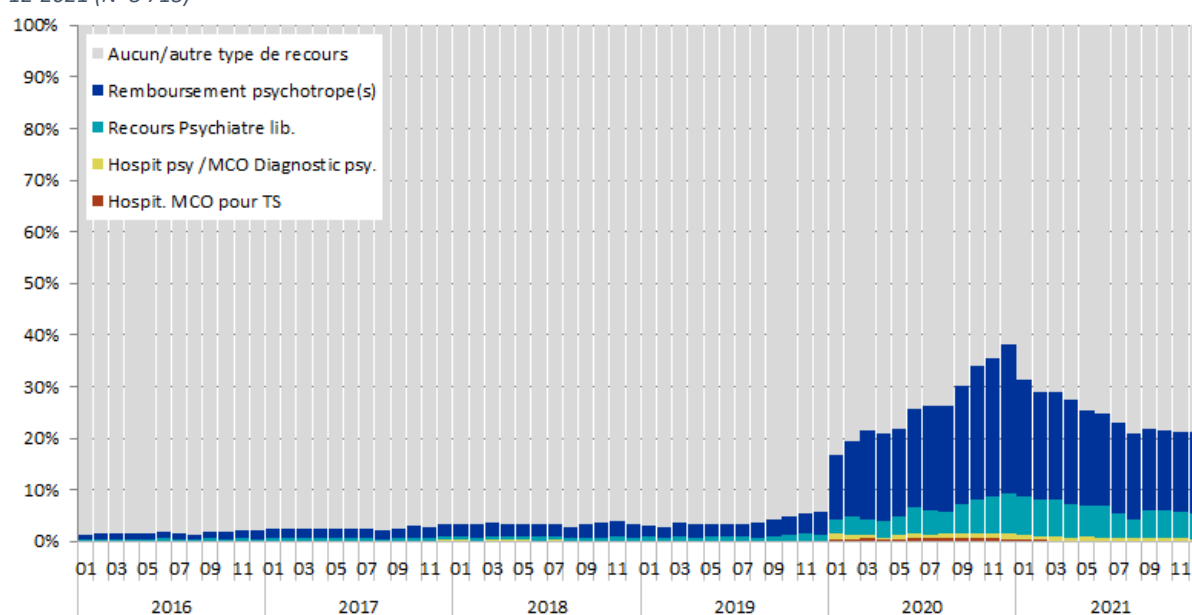
- Aucun/autre type de recours
- Remboursement psychotrope(s)
- Recours Psychiatre lib.
- Hospit psy /MCO Diagnostic psy.
- Hospit. MCO pour TS

Source • SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations • ORS BFC-CVdL

Les jeunes présentant un premier soin pour dépression, trouble névrotique ou TS en 2020

Comme déjà évoqué, les recours aux psychotropes ainsi qu'aux psychiatres libéraux sont davantage représentés que les autres types de prise en charge dans ce groupe d'âge. Chez les jeunes de 18-24 ans avec première prise en charge pour dépression, trouble névrotique ou TS en 2020, la part des différentes prises en charge (hospitalisation, recours aux psychiatres, remboursement de psychotropes) augmente progressivement au cours de l'année 2020 pour atteindre le pic à la fin de l'année 2020 au moment du deuxième confinement. La part d'individus ayant eu ces prises en charge diminue ensuite au cours de l'année 2021.

Graphique 15 : Chronogramme de l'ensemble des individus de 18-24 ans avec premier soin en 2020, sur la période 01-2016 à 12-2021 (N=8 718)



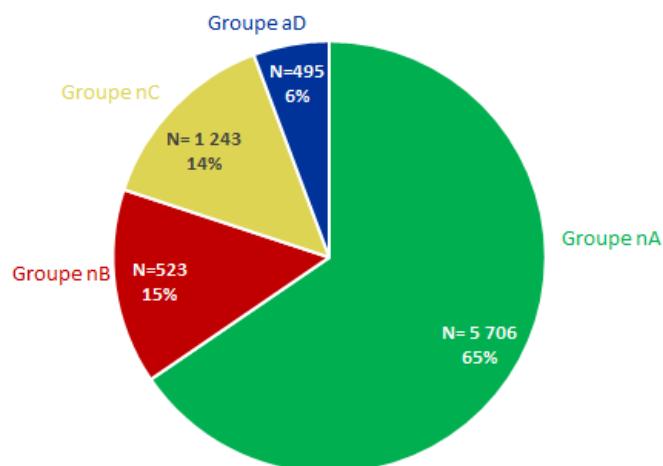
Source : SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations : ORS BFC-CVdL

À partir de cette analyse en séquence, une classification ascendante hiérarchique (CAH) a permis d'identifier 4 groupes-type d'individus aux parcours de soins relativement proches.

Description des groupes-type à partir de l'analyse de séquences

Le groupe-type nA est le plus important en nombre d'individus (N=5 706), suivi des groupes nB et nC ; le groupe-type aD étant le plus réduit.

Graphique 16 : Nombre d'individus et pourcentage selon les 4 groupes-type identifiés



Source • SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations • ORS BFC-CVdL

Groupe 18-24 nA : Recours modéré ciblé sur l'année 2020 (65 %)

Le groupe-type nA présente **une prise en charge en santé mentale moindre que les autres groupes, et quasi-exclusivement concentrée sur l'année 2020**. Sur cette année spécifiquement, 15 à 20 % des individus ont un recours pour santé mentale chaque mois, essentiellement un remboursement de psychotropes.

Groupe 18-24 nB : Recours important sans psychiatre (15 %)

Le groupe-type nB se caractérise par **des remboursements de psychotropes qui augmentent fortement au cours de l'année 2020 avant de diminuer légèrement en 2021** : 18 % d'individus sont concernés en janvier 2020 et 76 % en décembre 2020. En 2021, le taux varie de 74 % d'individus en janvier 2021 à 68 % à la fin 2021. Dans une moindre mesure, le recours aux psychiatres a également légèrement augmenté en 2020, passant de 3 % d'individus concernés à 6 % en fin d'année 2020. Les hospitalisations sont encore plus rares et concernent au plus haut 4 % des individus en janvier 2021.

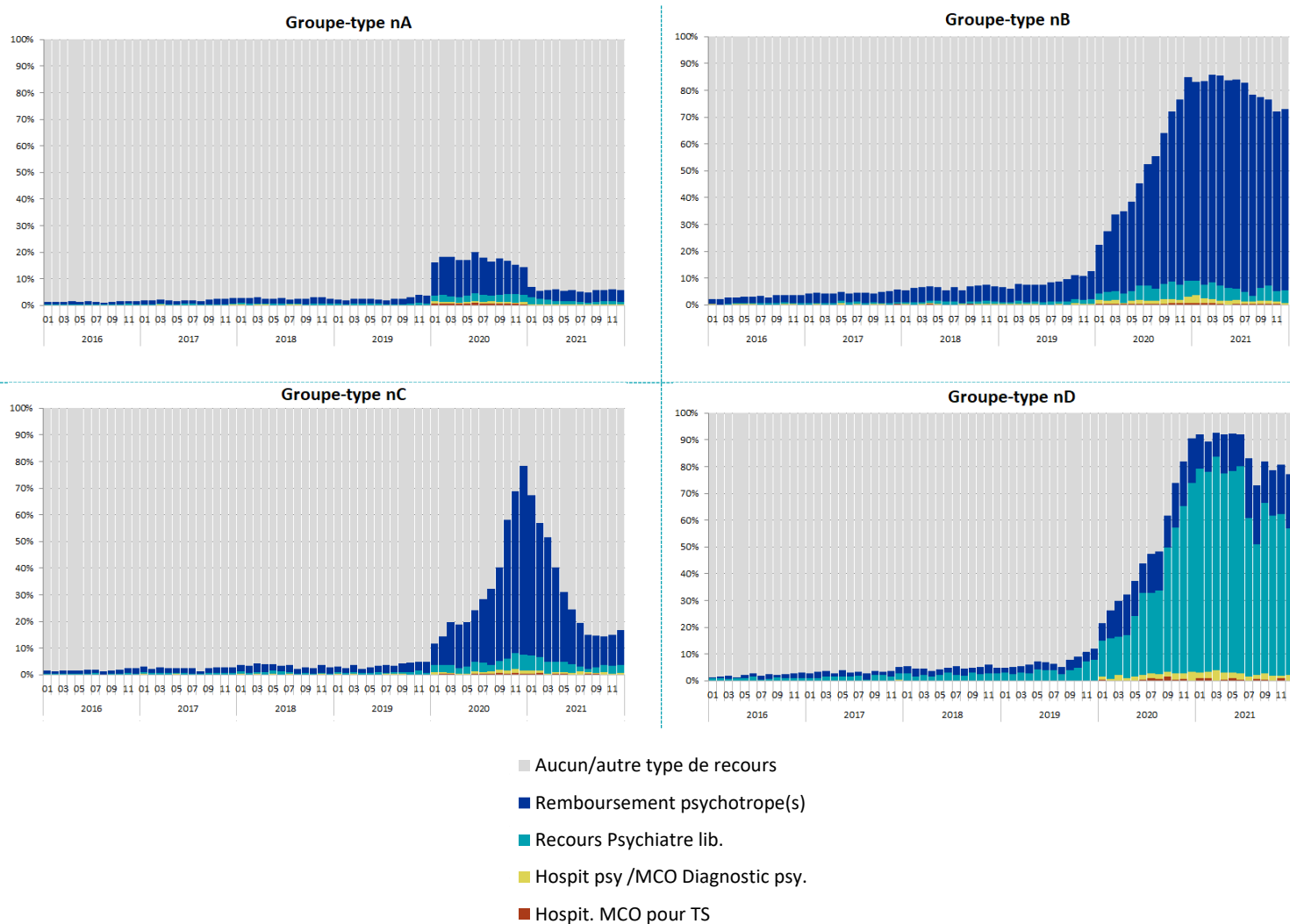
Groupe 18-24 nC : Pic de recours fin 2020-début 2021 (14 %)

Le groupe-type nC se caractérise par **des remboursements de psychotropes qui augmentent fortement entre le début et la fin d'année 2020 avant de diminuer en 2021** : 8 % d'individus sont concernés en janvier 2020 et au maximum 71 % en décembre. Fin 2021, seuls 13 % des individus ont encore des remboursements de ces médicaments. Les autres types de recours en santé mentale à l'échelle mensuelle restent assez rares dans ce groupe : le recours aux psychiatres concerne au maximum environ 5 % des individus, les hospitalisations concernent moins de 3 % des individus.

Groupe 18-24 nD : Recours important avec spécificité « psychiatres de ville » (6 %)

Le groupe nD regroupe des individus dont le **recours aux psychiatres est plus important que la moyenne, avec également des remboursements de psychotropes importants**. Avant 2020, la part des prises en charge en santé mentale est inférieure à 10 %. À partir de 2020, les prises en charge augmentent régulièrement pour atteindre leur maximum en mai 2021 (89 %). Le recours aux psychiatres est le principal état observé : au cours de ce même mois, 77 % des individus en ont consulté un. Les prises en charge diminuent légèrement ensuite, touchant environ 80 % des individus fin 2021 (dont 55 % de recours aux psychiatres). Les hospitalisations sont rares et concernent moins de 5 % des individus.

Graphique 17 : Chronogrammes des 4 groupes-type d'individus de 18-24 ans avec un premier soin en 2020, définis à partir de l'analyse de séquences sur la période 01-2016 à 12-2021



Source • SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations • ORS BFC-CVdL

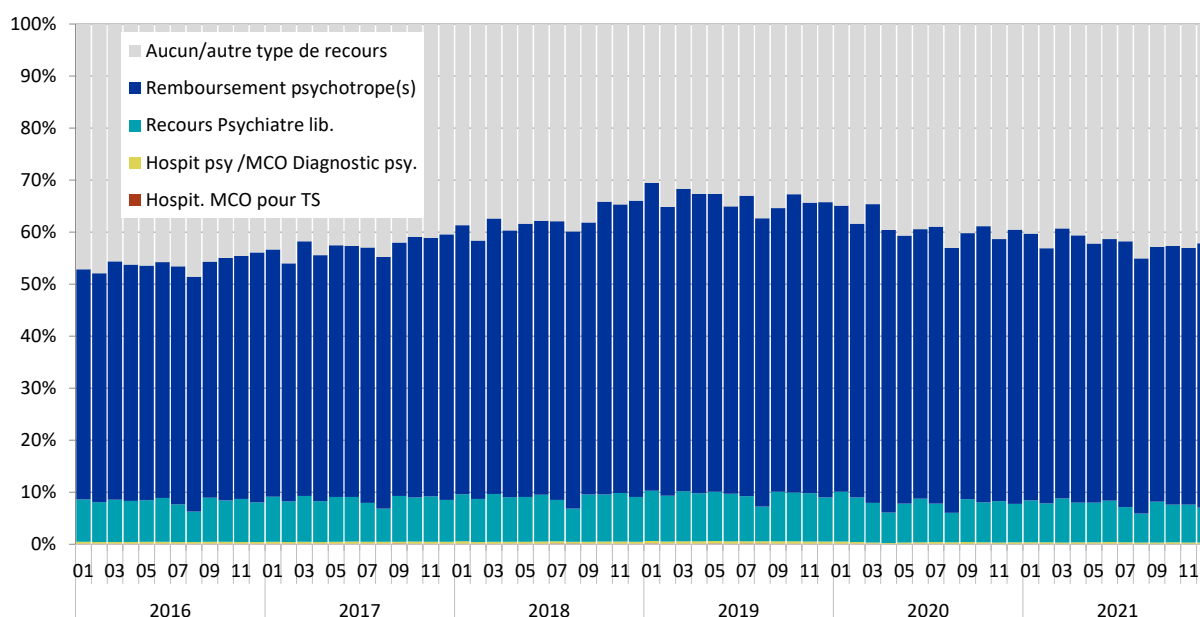


IV. Typologie des parcours de soins des 50-64 ans

Les plus âgés avec des antécédents de prise en charge avant 2020

Comme le montre le chronogramme ci-dessous, la répartition de l'ensemble des individus mois par mois montre à nouveau l'importance des remboursements de psychotropes par rapport aux autres prises en charge : en augmentation régulière jusqu'en 2019, ils touchent entre 44 % et 59 % des individus, selon les périodes. Les hospitalisations concernent moins de 1 % des individus par mois. Comme pour les remboursements de psychotropes, le recours aux psychiatres est en augmentation régulière jusqu'en 2019 avant de décroître lentement, à un rythme qui concernent 6 % à 10 % des personnes selon les mois.

Graphique 18 : Chronogramme de l'ensemble des individus de 50-64 ans avec antécédents de prise en charge sur la période 01-2016 à 12-2021 (N=122 496)



Source • SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations • ORS BFC-CVdL

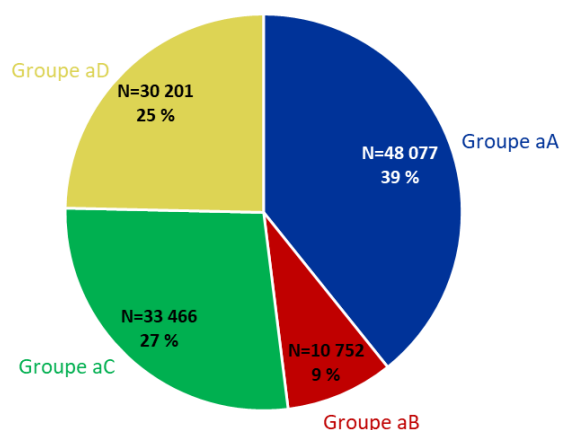
À partir de ces parcours de soins mensuels, une classification ascendante hiérarchique (CAH), permet d'identifier des groupes d'individus présentant des parcours de soins relativement similaires, décrits ci-après.

Description des groupes-type à partir de l'analyse de séquences

Chez les personnes âgées de 50-64 ans avec antécédents de prise en charge en santé mentale avant 2020, quatre groupes d'individus au parcours de soins relativement proche se distinguent.

Le groupe-type aA est le plus important en nombre d'individus (N=48 077), suivi des groupes aC puis du groupe aD ; le groupe-type aB étant le plus réduit.

Graphique 19 : Nombre d'individus et pourcentage selon les 4 groupes-type identifiés



Source • SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations • ORS BFC-CVdL

Groupe 50-64 aA : Recours important (39 %)

Le groupe-type aA se caractérise par **des remboursements de psychotropes très importants** : ils concernent 68 % des individus sur certains mois de 2016, jusqu'à 90 % en début d'année 2019. Le recours aux psychiatres est très rare (moins de 5 % par mois), les hospitalisations plus encore (moins de 1 %).

Groupe 50-64 aB : Recours important avec spécificité « psychiatres de ville » (9 %)

Le groupe aB regroupe des individus dont **le recours aux psychiatres est plus important que la moyenne** : début 2019, période où ce recours est le plus important, jusqu'à 81 % des individus y ont recours. L'été est une période particulière, avec une baisse annuelle systématique de cette prise en charge. **Les remboursements de psychotropes sont également élevés** pour ce groupe d'individus.

Groupe 50-64 aC : Faible recours (27 %)

Le groupe-type aC présente **une prise en charge en santé mentale moindre que les autres**. Fin 2019, période où les prises en charge sont les plus nombreuses, seul un tiers des individus a eu un recours pour santé mentale. **Les remboursements de psychotropes restent la situation la plus fréquente** : ils concernent moins de 20 % des individus jusqu'en fin d'année 2018, avant d'augmenter jusqu'à 30 % l'année suivante, et se stabiliser autour de 22-23 % ensuite. Comme dans le groupe aA, le recours aux psychiatres est très rare (moins de 5 % par mois) et les hospitalisations sont marginales (moins de 1 %).

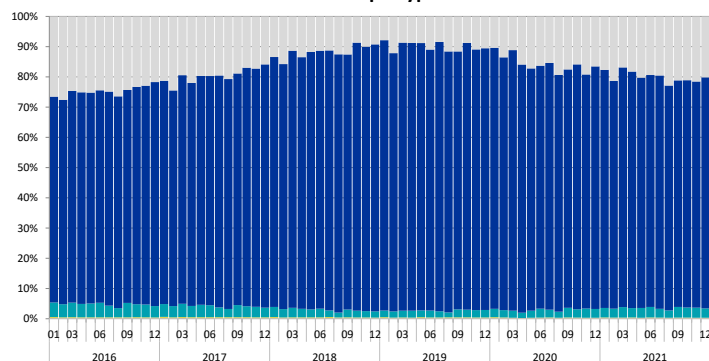
Groupe 50-64 aD : Recours modéré (25 %)

Le dernier groupe-type, groupe aD, a un **niveau de recours moyen en termes de prise en charge**, avec entre 48 % et 69 % de prise en charge en santé mentale selon les mois. **Le remboursement de psychotropes est encore la prise en charge principale**, avec une légère augmentation jusqu'en début d'année 2019, puis une décroissance très progressive. La part de recours aux psychiatres est légèrement plus importante que dans les groupes aA et aC (entre 2,4 % et 5,7 %), les hospitalisations sont tout aussi rares.

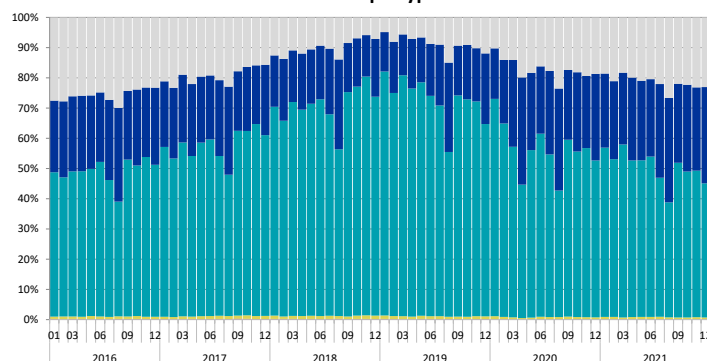


Graphique 20 : Chronogrammes des 4 groupes-type d'individus de 50-64 ans avec antécédents de prise en charge définis à partir de l'analyse de séquences sur la période 01-2016 à 12-2021

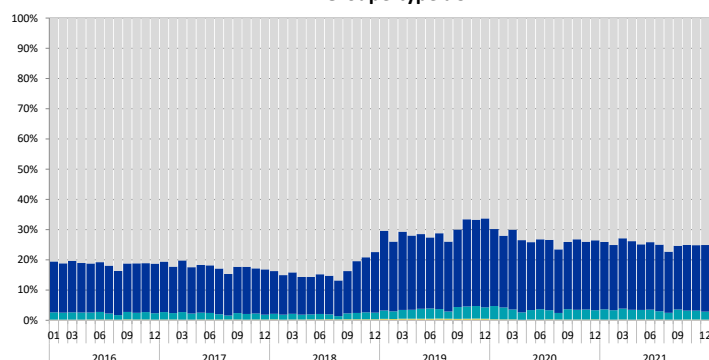
Groupe-type aA



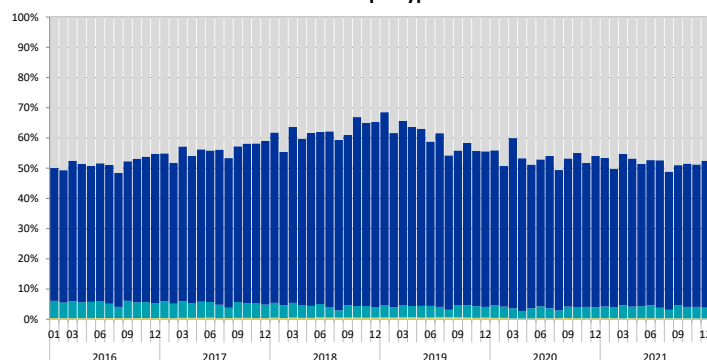
Groupe-type aB



Groupe-type aC



Groupe-type aD



- Aucun/autre type de recours
- Remboursement psychotrope(s)
- Recours Psychiatre lib.
- Hospit psy /MCO Diagnostic psy.
- Hospit. MCO pour TS

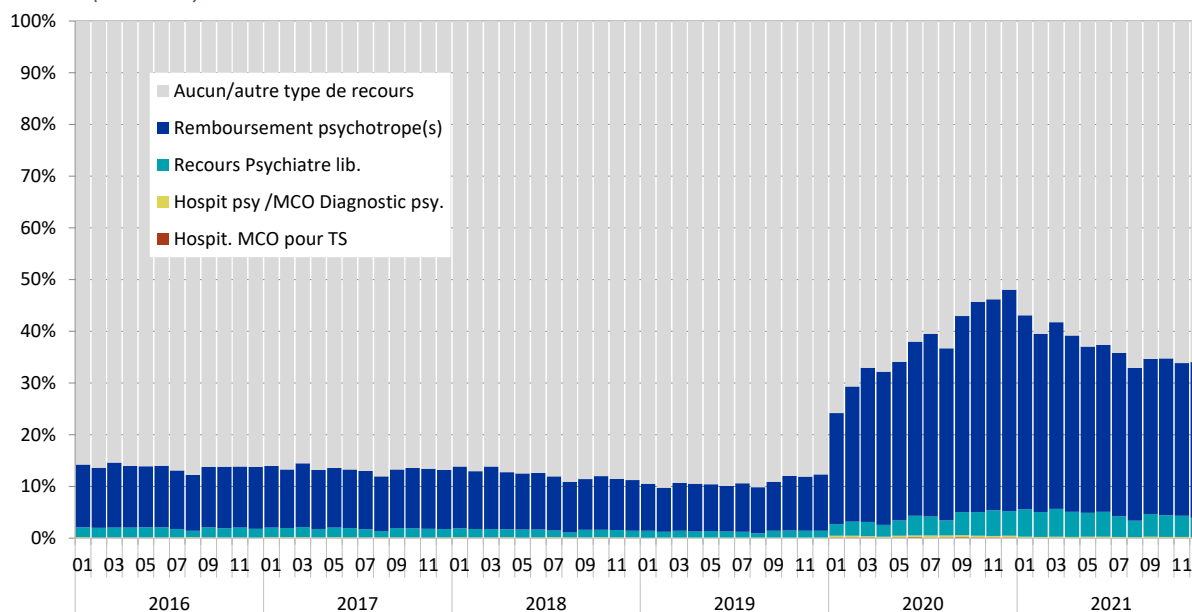
Source ● SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations ● ORS BFC-CVdL

Les plus âgés avec un premier soin pour dépression, trouble névrotique ou TS en 2020

Comme précédemment, le chronogramme ci-dessous représente la situation de chacune des prises en charge (par ordre de priorité : hospitalisation pour TS, hospitalisation en psychiatrie ou en MCO pour un diagnostic psychiatrique, recours à un psychiatre libéral, remboursement de psychotrope(s), aucun/autre type de recours) pour les individus âgés de 50 à 64 ans, pris en charge pour la 1^{ère} fois en 2020 pour dépression, trouble névrotique ou TS.

Avant 2020, les individus peuvent avoir eu quelques prises en charge : chaque mois entre début 2016 et fin 2019, 10 à 15 % des individus ont eu recours à un psychiatre ou se sont vus prescrire un psychotrope. Du fait des modalités de sélection de la population, la répartition des individus avec une prise en charge en santé mentale augmente nettement à partir de janvier 2020, le maximum étant atteint en décembre 2020. Même si les recours sont moindres que dans la population de personnes avec des antécédents, on observe à nouveau l'importance des remboursements de psychotropes par rapport aux autres prises en charge : ils touchent un quart (26 %) des individus en février 2020, jusqu'à 43 % en décembre 2020, pour redescendre ensuite à 30 % des individus sur le second semestre 2021. Les hospitalisations concernent moins de 1 % des individus chaque mois. Le recours aux psychiatres est en augmentation régulière à partir de 2020, de 2 % en janvier, il atteint 5 % environ en fin d'année 2020-début 2021, et se stabilise autour de 4 % fin 2021.

Graphique 21 : Chronogramme de l'ensemble des individus de 50-64 ans avec premier soin en 2020, sur la période 01-2016 à 12-2021 (N=37 769)



Source • SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations • ORS BFC-CVdL

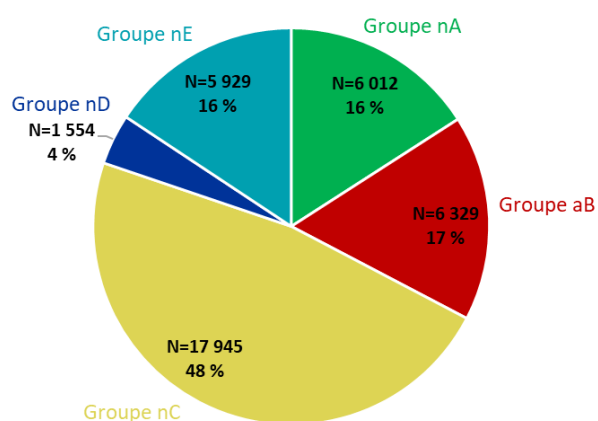
De la même manière que pour la population des personnes âgées de 50-64 ans avec antécédents de prise en charge en santé mentale avant 2020, ces parcours de soins mensuels conduisent à identifier des groupes d'individus présentant des parcours de soins relativement similaires, à partir une classification ascendante hiérarchique (CAH).

Description des groupes-type à partir de l'analyse de séquences

Parmi les 37 769 personnes âgées de 50-64 ans avec un premier soin pour dépression, trouble névrotique ou TS en 2020, cinq groupes d'individus au parcours de soins relativement proche se distinguent.

Le groupe-type nC est le plus important en nombre d'individus (N=17 945), à l'inverse du groupe nD (N=1 554). Les groupes nA, nB et nE présentent des effectifs proches, autour de 6 000 individus.

Graphique 22 : Nombre d'individus et pourcentage selon les 5 groupes-type identifiés



Source ● SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations ● ORS BFC-CVdL

Groupe 50-64 nA : Pic de recours au second semestre 2020 (16 %)

Le groupe-type nA se caractérise par des remboursements de psychotropes qui augmentent fortement entre le début et la fin d'année 2020 avant de diminuer en 2021 : 22 % d'individus sont concernés en janvier 2020, 50 % en juin, et au maximum 64 % en octobre. Fin 2021, seuls 16 % des individus ont encore des remboursements de ces médicaments. Les autres types de recours en santé mentale à l'échelle mensuelle restent assez rares dans ce groupe : le recours aux psychiatres ne dépasse pas 3,2 %, les hospitalisations concernent moins de 1 % des individus.

Groupe 50-64 nB : Recours important dès début 2020 (17 %)

Le groupe-type nB est un groupe d'individus déjà consommateurs de psychotropes avant 2020. Environ un quart des personnes avait déjà des remboursements de psychotropes selon les mois. À partir de 2020, ces remboursements augmentent fortement : dès mars, 78 % des individus sont concernés et le pourcentage reste au-dessus de 80 % jusqu'en fin d'année 2021. Le recours aux psychiatres est très rare (moins de 3 % par mois), les hospitalisations plus encore (moins de 1 %).

Groupe 50-64 nC : Faible recours ciblé sur l'année 2020 (48 %)

Le groupe-type nC présente une prise en charge en santé mentale bien moindre que les autres, et concentrée sur l'année 2020. Sur cette année spécifiquement, 15 à 20 % des individus ont un recours pour santé mentale chaque mois, essentiellement un remboursement de psychotropes.

Groupe 50-64 nD : Recours important avec spécificité « psychiatres de ville » (4 %)

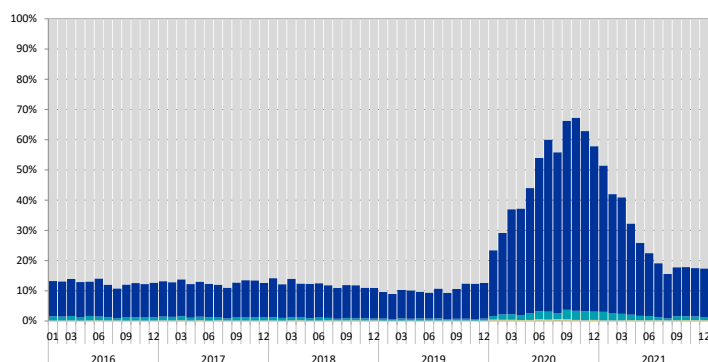
Le groupe nD regroupe des individus dont le recours aux psychiatres est plus important que la moyenne, avec également des remboursements de psychotropes importants. Avant 2020, la part des prises en charge en santé mentale varie de 20 à 25 %, le recours aux psychiatres est de l'ordre de 15 %. À partir de 2020, les prises en charge augmentent régulièrement pour atteindre leur maximum en mars 2021 (95 %). Là encore, le recours aux psychiatres est la principale modalité observée : ce même mois de mars 2021, 88 % des individus en ont consulté un. Les prises en charge diminuent légèrement ensuite, touchant encore 80 % des individus fin 2021 (dont 62 % de recours aux psychiatres).

Groupe 50-64 nE : Faible recours ciblé sur l'année 2020 (16 %)

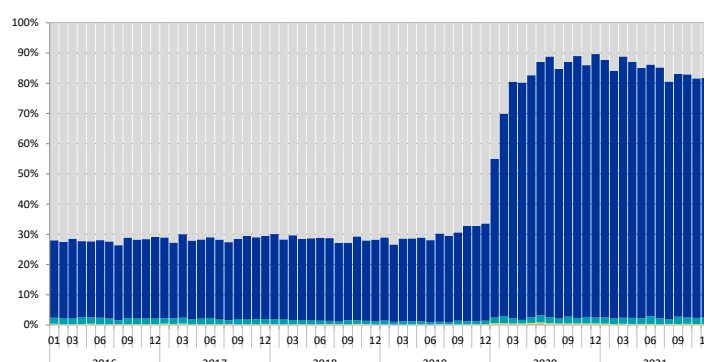
Le dernier groupe-type, groupe nE, est intermédiaire en termes de prise en charge, entre le groupe nA et le groupe nB. Les prises en charge sont de l'ordre de 15 % jusqu'en milieu d'année 2018. Elles diminuent ensuite et sont inférieures à 10 % par mois en 2019. L'augmentation intervient plus tard que dans les autres groupes, au cours du second semestre 2020 : on passe de 22 % en juin 2020 à 77 % en décembre, le maximum étant atteint en mars 2021 (80 %), puis on assiste à une légère baisse (70 % en décembre 2021). Le remboursement de psychotropes est la principale prise en charge, le recours aux psychiatres concernant moins de 3 % des individus chaque mois, les hospitalisations moins de 1 %.

Graphique 23 : Chronogrammes des 5 groupes-type d'individus de 50-64 ans avec un premier soin en 2020, définis à partir de l'analyse de séquences sur la période 01-2016 à 12-2021

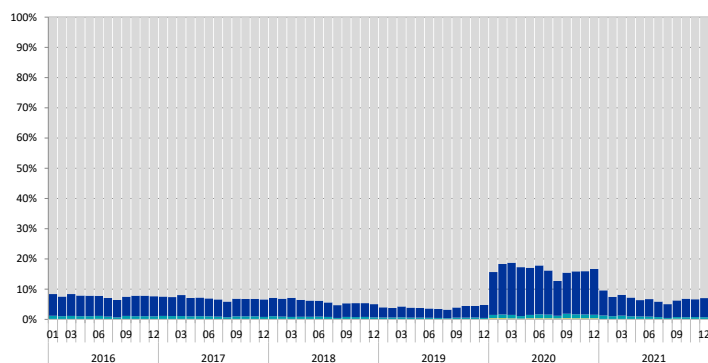
Groupe-type nA



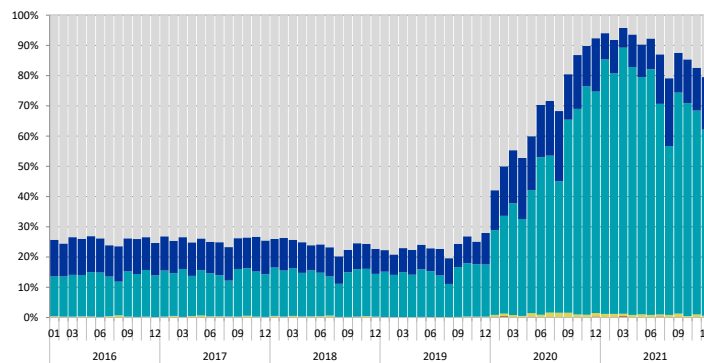
Groupe-type nB



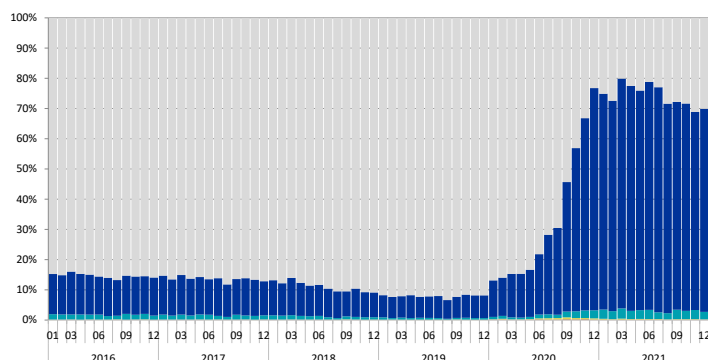
Groupe-type nC



Groupe-type nD



Groupe-type nE



- Aucun/autre type de recours
- Remboursement psychotrope(s)
- Recours Psychiatre lib.
- Hospit psy /MCO Diagnostic psy.
- Hospit. MCO pour TS

Source ● SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations ● ORS BFC-CVdL



V. Résumé des caractéristiques des différents groupes-types

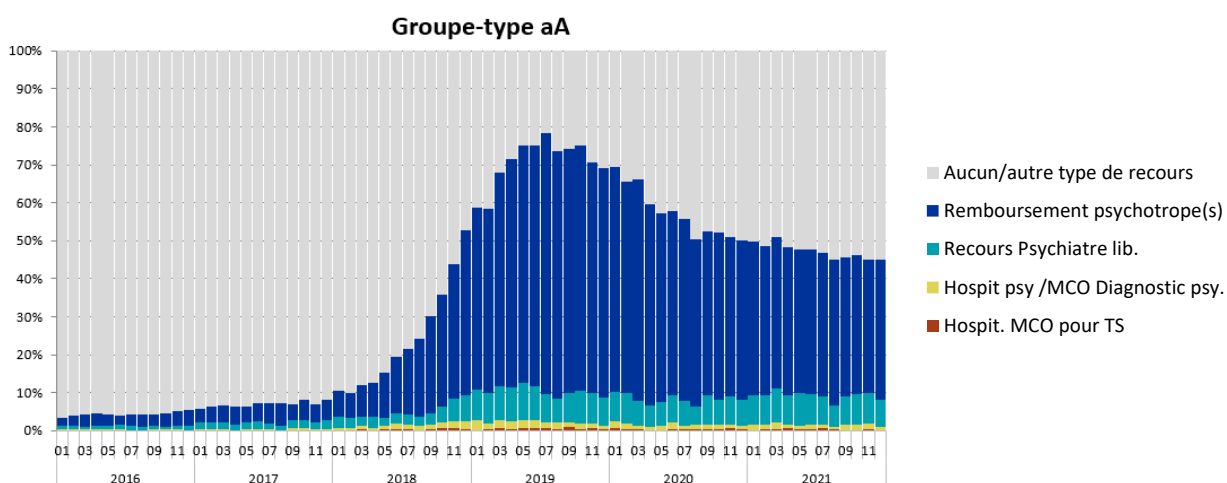
Cette partie reprend les grandes caractéristiques étudiées (socio-démographiques, comorbidités et recours aux soins) des différents groupes. Les analyses détaillées sont présentées en partie VII.

Caractéristiques des 5 groupes-type des jeunes de 18-24 ans ayant des antécédents de prise en charge en santé mentale (N=9 425) :

Le groupe 18-24 aA intitulé « Plus forte proportion de recours dès juillet 2019 » composé de 17 % de l'ensemble des jeunes ayant des antécédents de prise en charge en santé mentale, se caractérise par :

- Des individus plus jeunes que dans les autres groupes (38 % de jeunes de 18-20 ans contre 34 % dans l'ensemble de la population), résidant un peu plus dans des communes à dominante urbaine, et plutôt désavantagées. Les individus pris en charge en ALD sont proportionnellement un peu plus nombreux que dans l'ensemble des autres groupes.
- Des individus ayant majoritairement eu des remboursements de psychotropes, avec une part plus importante sur l'année 2019, en diminution en 2020 et stagnation en 2021. Ces psychotropes ont principalement été prescrits par un médecin généraliste. Le nombre de délivrances a également diminué pendant la période Covid.
- Des individus ayant peu eu recours à un psychiatre (entre 10 % et 17 % des individus suivant les périodes), avec tout de même un nombre moyen de recours qui a augmenté pendant et après la période Covid.
- Des hospitalisations pour diagnostic psychiatrique sur la période 2016-2021 qui ont concerné 39 % des individus, principalement des hospitalisations en psychiatrie.

Graphique 24 : Chronogramme du groupe-type aA des jeunes de 18-24 ans ayant des antécédents de prise en charge en santé mentale, défini à partir de l'analyse de séquences sur la période 01-2016 à 12-2021

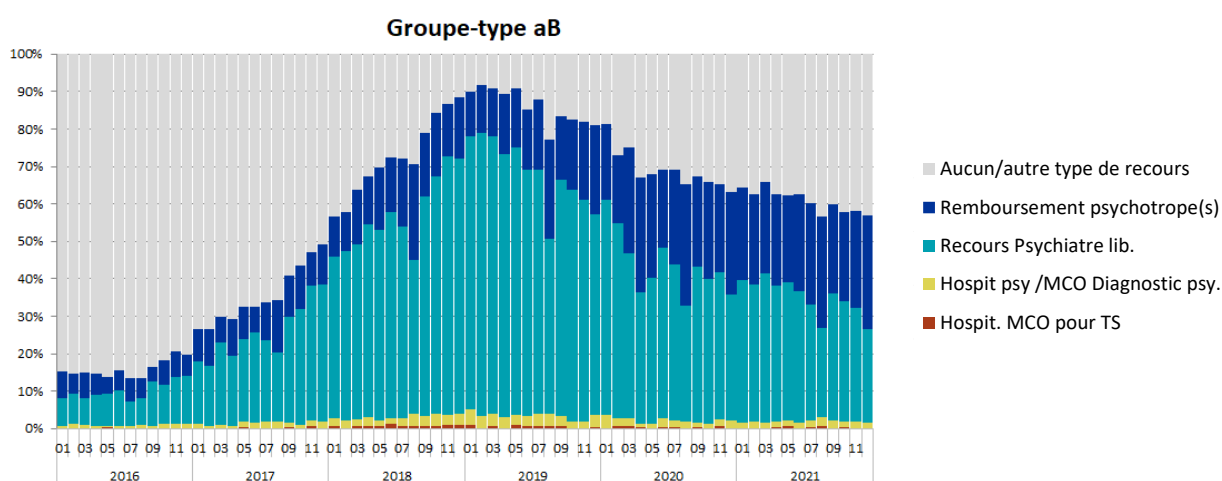


Source • SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations • ORS BFC-CVdL

Le groupe 18-24 aB intitulé « Spécificité de recours aux psychiatres de ville », composé de 6 % des individus de 18-24 ans avec des antécédents de prise en charge, se caractérise par :

- Un taux plus important de femmes que dans l'ensemble des autres groupes (68 % contre 66 %) et des individus plus âgés que la moyenne (40 % sont âgés de 23-24 ans contre 36 % dans l'ensemble de la population). Ils résident plus souvent dans des communes à dominante urbaine. Les individus pris en charge en ALD, en particulier pour trouble mental, sont proportionnellement plus nombreux dans ce groupe.
- Un taux de recours aux psychiatres plus important que dans les autres groupes (76 % y ont eu recours en début d'année 2019). Pour autant, le nombre moyen de recours à un psychiatre a diminué pendant la période Covid pour de nouveau augmenter ensuite. Les téléconsultations sont également plus marquées dans ce groupe.
- Des individus avec une part relativement importante de remboursements de psychotropes (pic de 32 % en août 2020), principalement prescrits par un psychiatre seul. Toutefois, le nombre moyen de délivrances de psychotropes a diminué pendant la période Covid.
- Des hospitalisations pour diagnostic psychiatrique sur la période 2016-2021 qui ont concerné 46 % des individus, principalement des hospitalisations en psychiatrie. Les durées d'hospitalisation dans ce groupe sont plus importantes que dans les 4 autres groupes, et ont augmenté pendant et après la période Covid.

Graphique 25 : Chronogramme du groupe-type aB des jeunes de 18-24 ans ayant des antécédents de prise en charge en santé mentale, défini à partir de l'analyse de séquences sur la période 01-2016 à 12-2021



Source ● SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations ● ORS BFC-CVdL

Le groupe 18-24 aC intitulé « Faible recours », composé de 59 % des jeunes de 18-24 ans ayant des antécédents de prise en charge en santé mentale, se caractérise par :

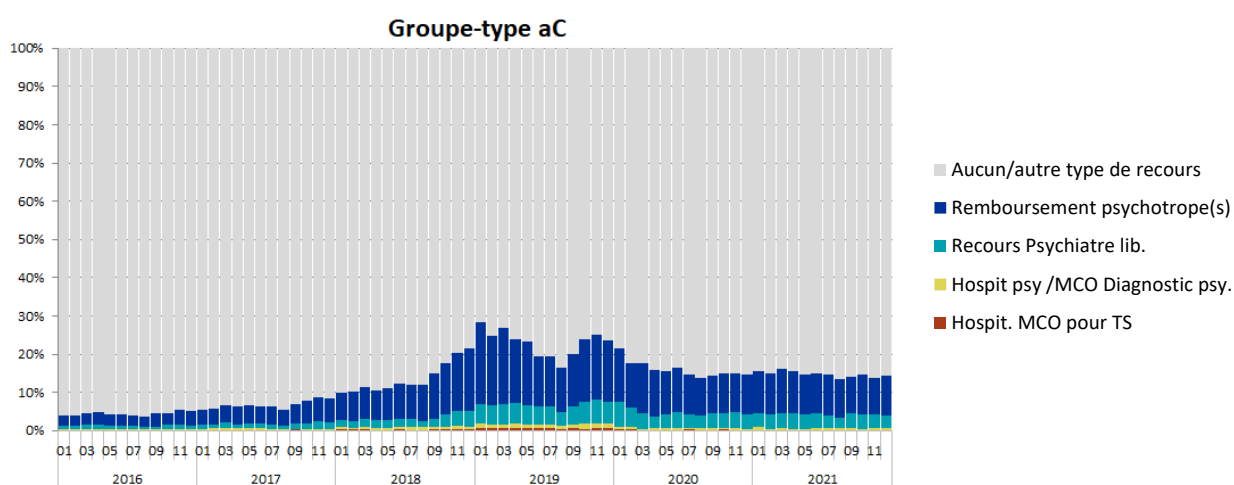
- Un taux également plus important de femmes que dans l'ensemble des groupes (68 % contre 66 %), des individus plus jeunes que la moyenne (38 % sont âgés de 18 à 20 ans contre 34 % dans l'ensemble de la population). Le taux de personnes résidant dans une commune à dominante rurale y est plus important (44 % contre 42 % dans l'ensemble de la population). La part d'individus ayant eu une prise en charge en ALD est moins élevée que dans l'ensemble des autres groupes (14 % contre 23 %).
- Des individus ayant eu une prise en charge en santé mentale moins importante que dans l'ensemble des autres groupes, les remboursements de psychotropes restant la prise en charge principale (environ 20 % y ont eu recours en 2019, période où celui-ci est le plus



important). En 2020 et 2021, environ 10 % des individus de ce groupe ont eu des remboursements de psychotropes. Ces psychotropes ont principalement été prescrits par un médecin généraliste.

- Des individus ayant eu peu de recours à un psychiatre libéral (moins de 6 % par mois). Cependant, le nombre moyen ainsi que le nombre médian de recours ont eu tendance à augmenter pendant la période Covid et après cette période.
- Des hospitalisations moins importantes que dans les autres groupes, 29 % des individus ayant été hospitalisés au moins une fois sur la période 2016-2021, principalement en psychiatrie. Même si les hospitalisations sont relativement faibles, le nombre de séjours hospitaliers ainsi que les durées d'hospitalisations ont eu tendance à augmenter entre les trois périodes étudiées (avant, pendant et après Covid).

Graphique 26 : Chronogramme du groupe-type aC des jeunes de 18-24 ans ayant des antécédents de prise en charge en santé mentale, défini à partir de l'analyse de séquences sur la période 01-2016 à 12-2021



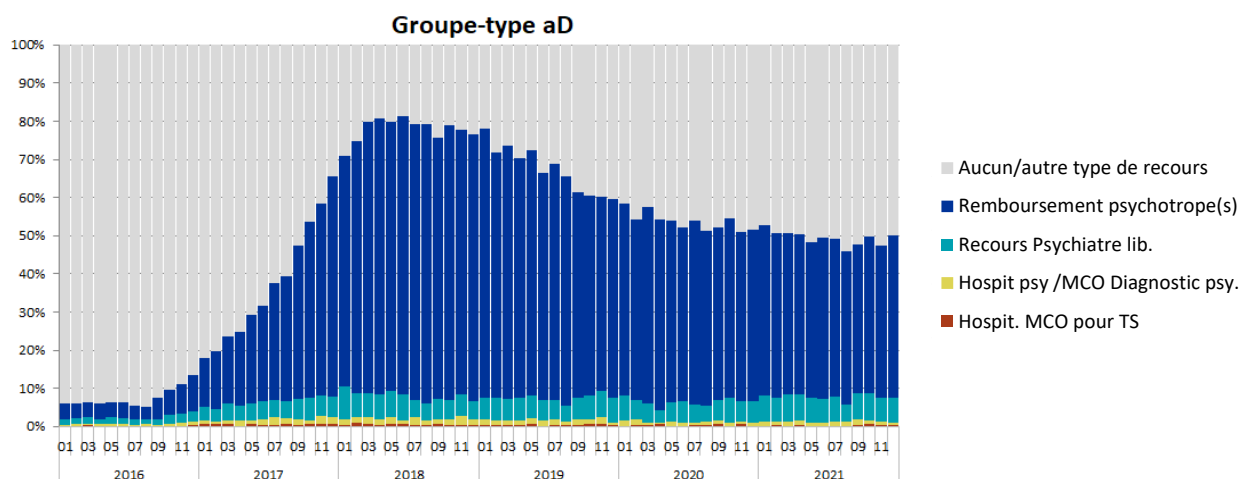
Source • SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations • ORS BFC-CVdL

Le groupe 18-24 aD intitulé « Recours maximum mi-2018 » composé de 12 % des jeunes de 18-24 ans ayant des antécédents de prise en charge en santé mentale, se caractérise par :

- Une proportion plus importante d'hommes que dans l'ensemble des groupes (36 % contre 34 %), des individus plus âgés (38 % sont âgés de 21-22 ans et 38 % de 23-24 ans contre respectivement 30 % et 36 % dans l'ensemble de la population). Le taux de personnes résidant dans une commune à dominante rurale y est également plus important (44 % contre 42 % dans l'ensemble de la population). Les individus pris en charge en ALD sont proportionnellement plus nombreux dans ce groupe.
- Des individus ayant majoritairement eu des remboursements de psychotropes, avec une augmentation de cette prise en charge en 2018 (pic à 73 % des individus en 2018), puis une diminution du nombre de délivrances avant la période Covid, sur la fin de l'année 2019. Le médecin généraliste est le principal prescripteur de ces médicaments.
- Un recours aux psychiatres libéraux relativement faible concernant moins de 7 % des individus par mois sur la période 2016-2021. De façon plus globale, même si ce recours est faible, le nombre moyen de recours a diminué entre les périodes avant et pendant Covid pour ensuite augmenter. Le nombre médian a, quant à lui, toujours augmenté entre les 3 périodes.

- Des hospitalisations sur la période 2016-2021 qui ont concerné 40 % des individus, principalement des hospitalisations en psychiatrie. Le nombre de séjours hospitaliers, quel que soit le type d'hospitalisation (en psychiatrie, en MCO pour diagnostic psychiatrique ou MCO pour tentative de suicide), a augmenté entre les trois périodes étudiées.

Graphique 27 : Chronogramme du groupe-type aD des jeunes de 18-24 ans ayant des antécédents de prise en charge en santé mentale, défini à partir de l'analyse de séquences sur la période 01-2016 à 12-2021



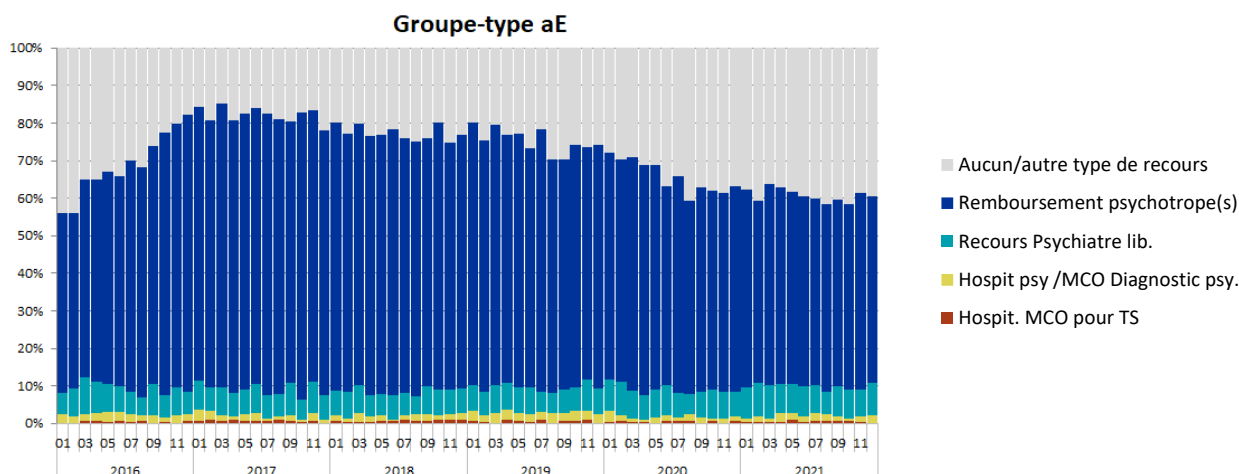
Source ● SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations ● ORS BFC-CVdL

Le groupe 18-24 aE intitulé « Recours important au long court », composé de 6 % de l'ensemble des jeunes ayant des antécédents de prise en charge en santé mentale, se caractérise par :

- Une proportion plus importante d'hommes que dans l'ensemble des groupes (45 % contre 34 %) et des individus bien plus âgés que la moyenne (63 % sont âgés de 23-24 ans contre 36 % dans l'ensemble des individus). Ils résident plus souvent dans des communes à dominante urbaine (63 % contre 58 % dans l'ensemble de la population). Les individus pris en charge en ALD, en particulier pour trouble mental, sont proportionnellement plus nombreux dans ce groupe.
- Une proportion d'individus ayant eu des remboursements de psychotropes relativement importante et stable jusqu'en début d'année 2020 (entre 70 % et 80 % des individus), période à laquelle une légère baisse puis stagnation jusqu'en 2021 autour de 50 % des individus est observée. Ces psychotropes sont majoritairement prescrits par un médecin généraliste.
- Des individus ayant eu peu de recours à un psychiatre libéral (entre 5 % et 10 % des individus de ce groupe suivant les périodes), avec tout de même un nombre moyen de recours qui a augmenté pendant et après la période Covid.
- Des hospitalisations sur la période 2016-2021 qui ont concerné environ 47 % des individus, principalement des hospitalisations en psychiatrie. Le nombre moyen de séjours ainsi que la durée moyenne de séjours ont eu tendance à augmenter pendant et après la période Covid.



Graphique 28 : Chronogramme du groupe-type aE des jeunes de 18-24 ans ayant des antécédents de prise en charge en santé mentale, défini à partir de l'analyse de séquences sur la période 01-2016 à 12-2021



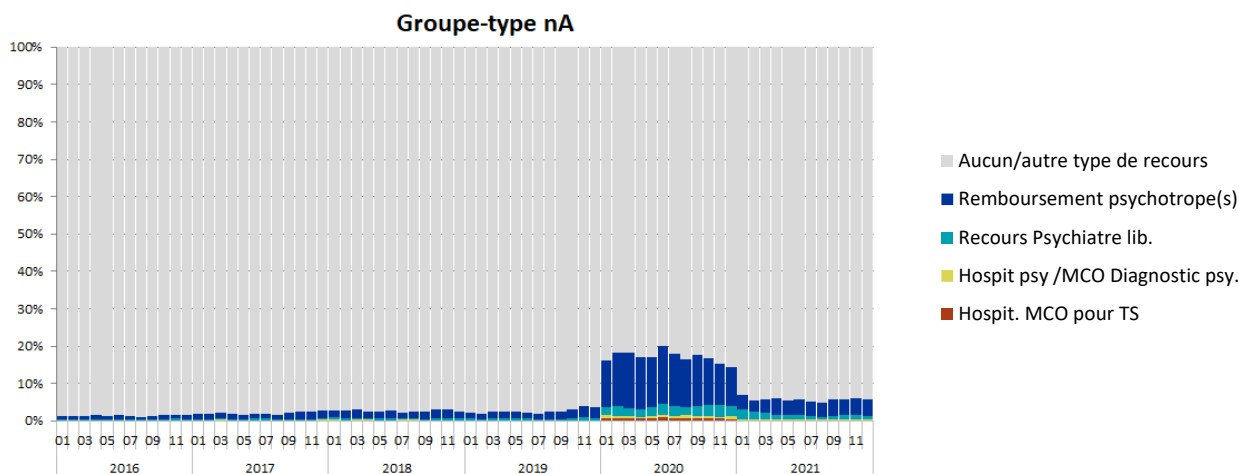
Source • SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations • ORS BFC-CVdL

Caractéristiques des 4 groupes-type de jeunes de 18-24 ans avec un premier soin pour dépression, trouble névrotique ou tentative de suicide en 2020 (N=8 718) :

Le groupe 18-24 nA intitulé « Recours modéré ciblé sur l'année 2020, composé de 65 % de ces jeunes, se caractérise par :

- Une proportion plus importante d'hommes qu'en moyenne dans l'ensemble de la population (37 % contre 35 %), résidant un peu plus souvent dans des communes à dominante rurale, et plutôt désavantagées. La part d'individus ayant eu une prise en charge en ALD est moins élevée que dans l'ensemble des autres groupes.
- Une prise en charge en santé mentale moins importante que dans les autres groupes et quasi-exclusivement centrée sur l'année 2020. Il s'agit essentiellement de remboursements de psychotropes prescrits par un médecin généraliste.
- Un recours aux psychiatres libéraux et des hospitalisations également plus faibles (respectivement autour de 3 % et 1 % en 2020).

Graphique 29 : Chronogramme du groupe-type nA des jeunes de 18-24 ans avec un premier soin pour dépression, trouble névrotique ou tentative de suicide en 2020, défini à partir de l'analyse de séquences sur la période 01-2016 à 12-2021

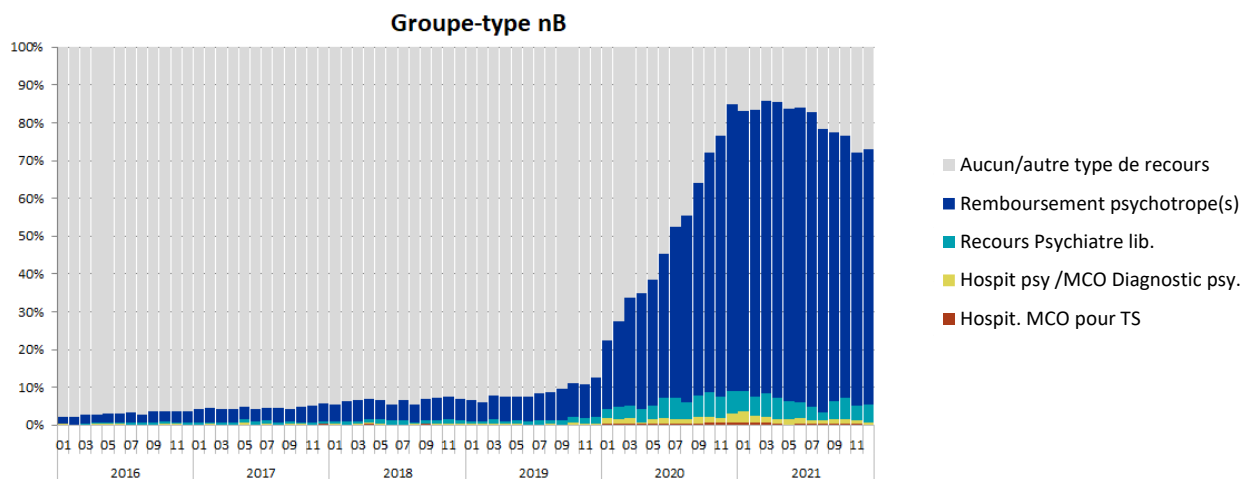


Source • SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations • ORS BFC-CVdL

Le groupe 18-24 nB intitulé « Recours important sans psychiatre », composé de 15 % des jeunes de 18-24 ans avec un premier soin pour dépression, trouble névrotique ou TS en 2020, se caractérise par :

- Un taux légèrement plus important de femmes que dans l'ensemble des groupes (66 % contre 65 %), résidant davantage dans des communes à dominante urbaine et socialement moins défavorisées. Les individus pris en charge en ALD, en particulier pour trouble mental, sont proportionnellement plus nombreux dans ce groupe.
- Des remboursements de psychotropes plus importants que dans les autres groupes et qui augmentent fortement au cours de l'année 2020 avant de légèrement diminuer en 2021 (76 % des individus étaient concernés en décembre 2020 et environ 68 % à la fin de l'année 2021). Ces prescriptions sont plus souvent réalisées par un médecin généraliste.
- Un recours aux psychiatres qui a également augmenté au cours de l'année 2020 mais dans une moindre mesure (6 % des individus en fin d'année 2020).
- Des hospitalisations relativement rares, qui concernent au plus haut 4 % des individus en janvier 2021. Cependant, les hospitalisations de plus de 5 jours sont légèrement plus fréquentes dans ce groupe.

Graphique 30 : Chronogramme du groupe-type nB des jeunes de 18-24 ans avec un premier soin pour dépression, trouble névrotique ou tentative de suicide en 2020, défini à partir de l'analyse de séquences sur la période 01-2016 à 12-2021



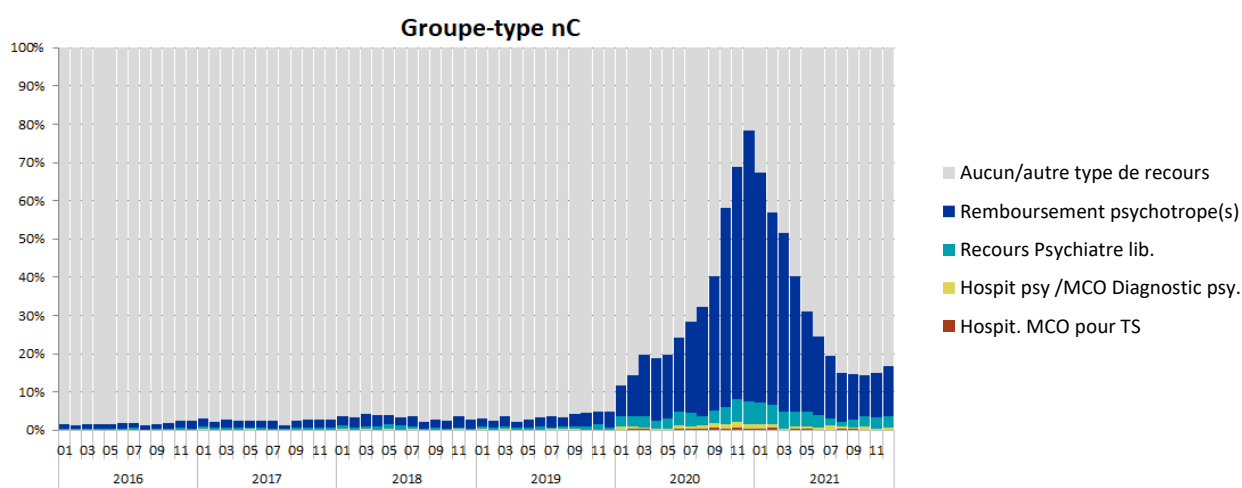
Source • SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations • ORS BFC-CVdL



Le groupe 18-24 nC intitulé « Pic de recours fin 2020-début 2021 », composé de 14 % des jeunes ayant une première prise en charge en 2020, se caractérise par :

- Un taux également plus important de femmes (68 % contre 65 % dans l'ensemble de la population). Le taux de personnes résidant dans une commune à dominante rurale y est un peu plus important (44 % contre 43 % dans l'ensemble des groupes).
- Des remboursements de psychotropes qui augmentent fortement entre le début et la fin d'année 2020 avant de diminuer en 2021 (8 % d'individus concernés en janvier 2020, environ 71 % en décembre 2020 et 13 % en décembre 2021). Les prescriptions sont principalement effectuées par un médecin généraliste.
- Un recours aux psychiatres libéraux relativement faible (au maximum environ 5 % des individus). Au moment du premier confinement, la part des téléconsultations parmi les individus ayant eu recours à un psychiatre est la plus importante (39 %).
- Des hospitalisations également rares, qui concernent moins de 3 % des individus.

Graphique 31 : Chronogramme du groupe-type nC des jeunes de 18-24 ans avec un premier soin pour dépression, trouble névrotique ou tentative de suicide en 2020, défini à partir de l'analyse de séquences sur la période 01-2016 à 12-2021



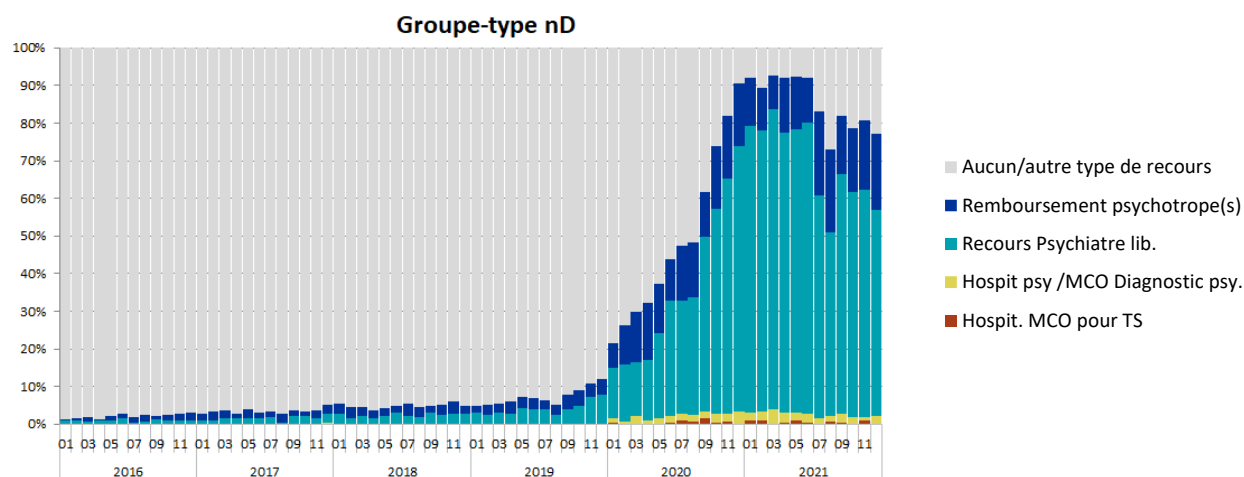
Source ● SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations ● ORS BFC-CVdL

Le groupe 18-24 nD intitulé « Recours important avec spécificité psychiatres de ville », composé de 6 % des jeunes de 18-24 ans avec une première prise en charge pour dépression, trouble névrotique ou TS en 2020, se caractérise par :

- Un taux plus important de femmes que dans l'ensemble des groupes (67 % contre 65 %), résidant davantage dans des communes à dominante urbaine et socialement moins défavorisées. La part d'individus ayant eu une prise en charge en ALD est plus élevée que dans l'ensemble des autres groupes, notamment pour trouble mental.
- Un recours aux psychiatres libéraux plus important que dans les trois autres groupes. Le taux de recours augmente progressivement en 2020 pour atteindre, en mai 2021, environ 77 % des individus du groupe. Il diminue ensuite légèrement sur la fin de l'année 2021.
- Des remboursements de psychotropes un peu moins importants, avec tout de même un nombre moyen de délivrances qui augmente au cours de l'année 2020 pour stagner et légèrement diminuer en 2021. Ces psychotropes sont principalement prescrits par des psychiatres.

- Des hospitalisations relativement rares, mais plus importantes que dans les autres groupes. Elles concernant moins de 5 % des individus. Les hospitalisations de plus de 5 jours sont plus fréquentes dans ce groupe.

Graphique 32 : Chronogramme du groupe-type nD des jeunes de 18-24 ans avec un premier soin pour dépression, trouble névrotique ou tentative de suicide en 2020, défini à partir de l'analyse de séquences sur la période 01-2016 à 12-2021



Source • SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations • ORS BFC-CVdL

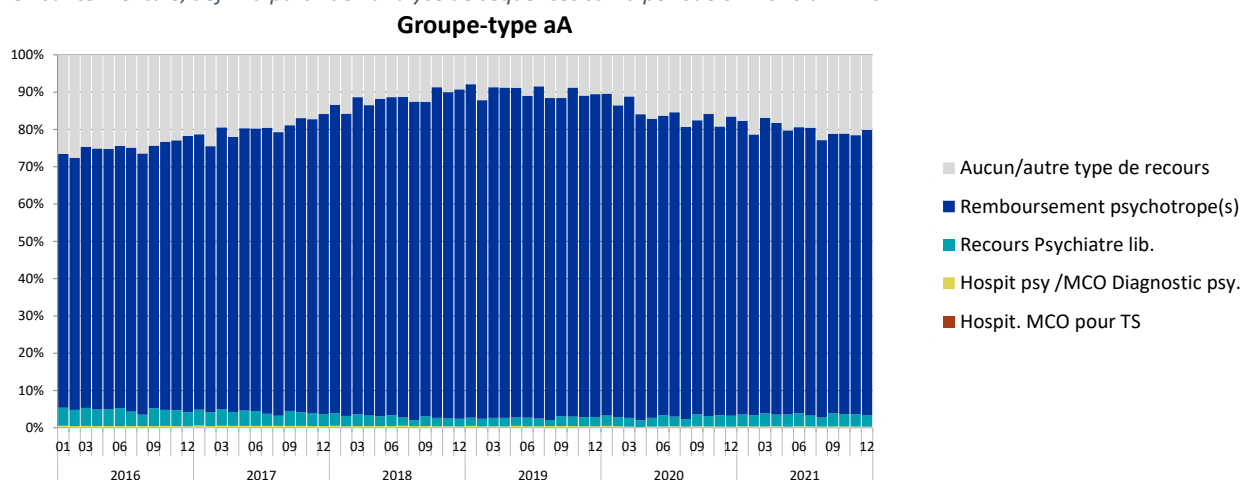
Caractéristiques des 4 groupes-type des personnes âgées de 50-64 ans ayant des antécédents de prise en charge en santé mentale (N=122 496) :

Le groupe-type 50-64 aA intitulé « Recours important », composé de 39 % de l'ensemble des personnes âgées de 50-64 ans ayant des antécédents de prise en charge en santé mentale, se caractérise par :

- Une légère surreprésentation de femmes par rapport aux autres groupes (68 % versus 67 % dans l'ensemble), des individus plus âgés que dans les autres groupes (33 % de 60-64 ans contre 28 % dans l'ensemble de la population), résidant un peu plus souvent dans des communes socialement désavantagées. Les prises en charge au titre d'une ALD sont un peu plus importantes au sein de ce groupe (58 % versus 49 % dans l'ensemble).
- Des remboursements de psychotropes très importants et relativement stables sur les années 2019 à 2021. Ces psychotropes ont principalement été prescrits par un médecin généraliste, avec peu de changement de type de prescripteur pendant la période Covid.
- Des individus ayant rarement recours à un psychiatre, même si le nombre moyen de recours augmente pendant et après la période Covid.
- Des hospitalisations relativement rares, 17 % des individus ayant été hospitalisés au moins une fois entre 2016 et 2021. Les hospitalisations en MCO pour TS sont un peu plus fréquentes dans ce groupe.



Graphique 33 : Chronogramme du groupe-type aA des personnes âgées de 50-64 ans ayant des antécédents de prise en charge en santé mentale, défini à partir de l'analyse de séquences sur la période 01-2016 à 12-2021

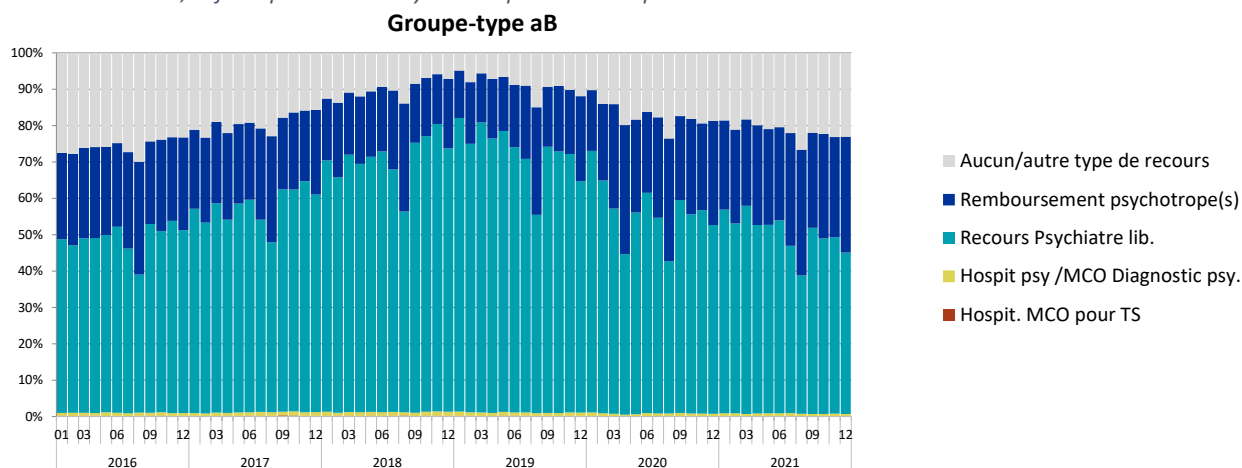


Source • SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations • ORS BFC-CVdL

Le groupe-type 50-64 aB intitulé « Recours important avec spécificité psychiatres de ville », composé de 9 % des individus de 50-64 ans avec des antécédents de prise en charge, se caractérise par :

- Une part plus importante de personnes âgées de 55-59 ans que dans l'ensemble des autres groupes (39 % contre 37 %), résidant plus souvent dans des communes à dominante urbaine et socialement plutôt favorisées. Les individus pris en charge en ALD, en particulier pour trouble mental, sont proportionnellement plus nombreux dans ce groupe.
- Un taux de recours aux psychiatres particulièrement important (81 % y ont eu recours en début d'année 2019). Le nombre moyen de recours à un psychiatre diminue légèrement pendant la période Covid, les téléconsultations apparaissent.
- Les recours aux psychotropes sont également élevés pour ce groupe d'individus, principalement prescrits par un psychiatre exclusivement. Les changements de prescripteurs pendant la période Covid sont notables, 40 % des patients ayant changé de prescripteurs et 6 % ayant arrêté leurs prescriptions sur cette période.
- Un tiers d'hospitalisations sur la période 2016-2021, principalement en psychiatrie, soit la part la plus élevée de l'ensemble des groupes-type. Les durées d'hospitalisation dans ce groupe sont plus importantes que dans les 3 autres groupes, et augmentent pendant et après la période Covid.

Graphique 34 : Chronogramme du groupe-type aB des personnes âgées de 50-64 ans ayant des antécédents de prise en charge en santé mentale, défini à partir de l'analyse de séquences sur la période 01-2016 à 12-2021

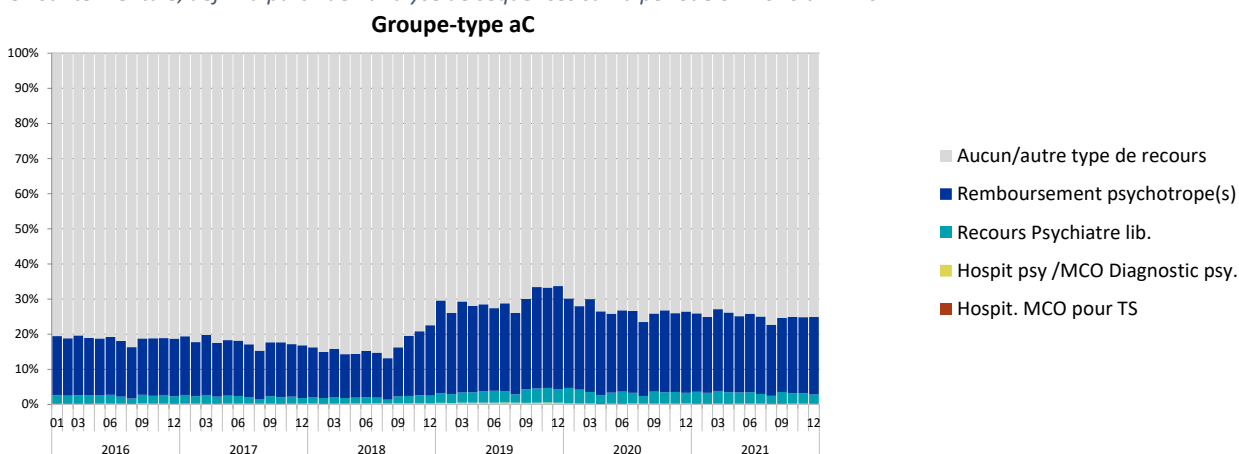


Source • SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations • ORS BFC-CVdL

Le groupe-type 50-64 aC intitulé « Faible recours », composé de 27 % de l'ensemble des personnes âgées de 50-64 ans ayant des antécédents de prise en charge en santé mentale, se caractérise par :

- Une part proportionnellement plus importante d'hommes que dans l'ensemble des groupes (35 % contre 33 %), des individus plus jeunes que la moyenne (39 % sont âgés de 50-54 ans contre 35 % dans l'ensemble de la population). Le taux de personnes résidant dans une commune socialement plutôt favorisée y est un peu plus important (25 % contre 23 % dans l'ensemble de la population). La part d'individus ayant eu une prise en charge en ALD est moins élevée que dans l'ensemble des autres groupes, en cohérence avec des recours en soins de santé mentale moindres.
- Des remboursements de psychotropes restant la prise en charge principale même s'ils ne concernent que 30 % des individus au maximum (en 2019). Ces médicaments sont principalement prescrits par un médecin généraliste. Les arrêts de traitements sont importants pendant la période Covid.
- Des individus ayant peu recours à un psychiatre, même si le nombre moyen de recours augmente pendant et après la période Covid.
- Des hospitalisations très rares, 10 % des individus ayant été hospitalisés au moins une fois entre 2016 et 2021. Les hospitalisations en MCO pour un diagnostic psychiatrique sont un peu plus fréquentes dans ce groupe.

Graphique 35 : Chronogramme du groupe-type aC des personnes âgées de 50-64 ans ayant des antécédents de prise en charge en santé mentale, défini à partir de l'analyse de séquences sur la période 01-2016 à 12-2021



Source ● SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations ● ORS BFC-CVdL

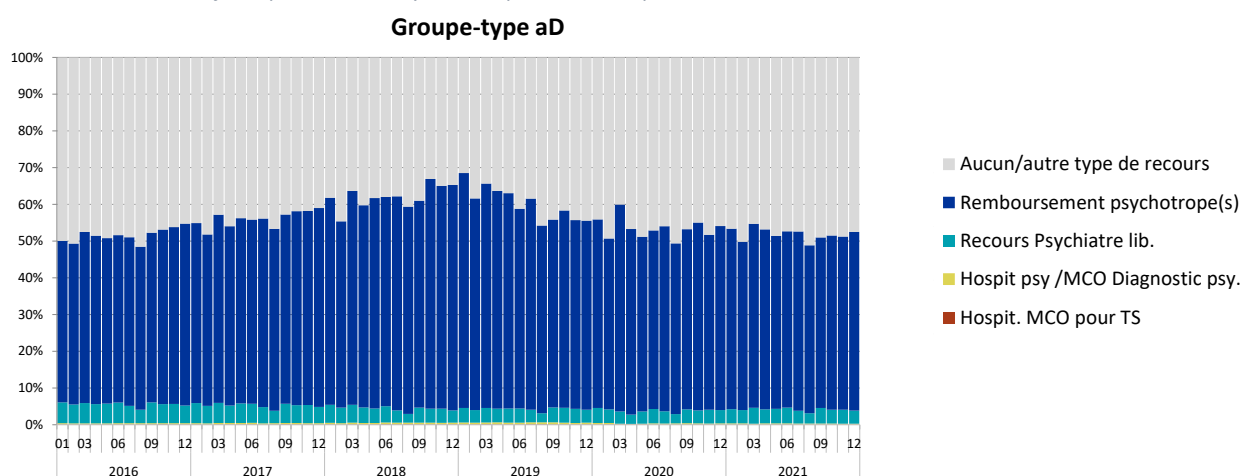
Le groupe-type 50-64 aD intitulé « Recours modéré » représente 25 % de l'ensemble des personnes âgées de 50-64 ans ayant des antécédents de prise en charge en santé mentale. Il se caractérise par :

- Une part légèrement plus importante de personnes âgées de 55-59 ans que dans l'ensemble des autres groupes (38 % contre 37 %), résidant plus souvent dans des communes socialement plutôt favorisées. Les individus pris en charge en ALD sont proportionnellement un peu moins nombreux que dans l'ensemble des autres groupes.
- Un parcours de soins intermédiaire entre les groupes aA et aC en termes de prise en charge en santé mentale.
- Des prescriptions de psychotropes, réalisées le plus souvent par un médecin généraliste, qui baissent très légèrement pendant la période Covid (nombre moyen de remboursements de 7,8 avant Covid, 7,1 pendant).
- Des individus ayant peu recours à un psychiatre, même si le nombre moyen de recours augmente pendant et après la période Covid.



- Des hospitalisations qui concernent 14 % des individus entre 2016 et 2021. Les hospitalisations en MCO pour un diagnostic psychiatrique ou pour TS sont un peu plus fréquentes dans ce groupe.

Graphique 36 : Chronogramme du groupe-type aD des personnes âgées de 50-64 ans ayant des antécédents de prise en charge en santé mentale, défini à partir de l'analyse de séquences sur la période 01-2016 à 12-2021



Source • SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations • ORS BFC-CVdL

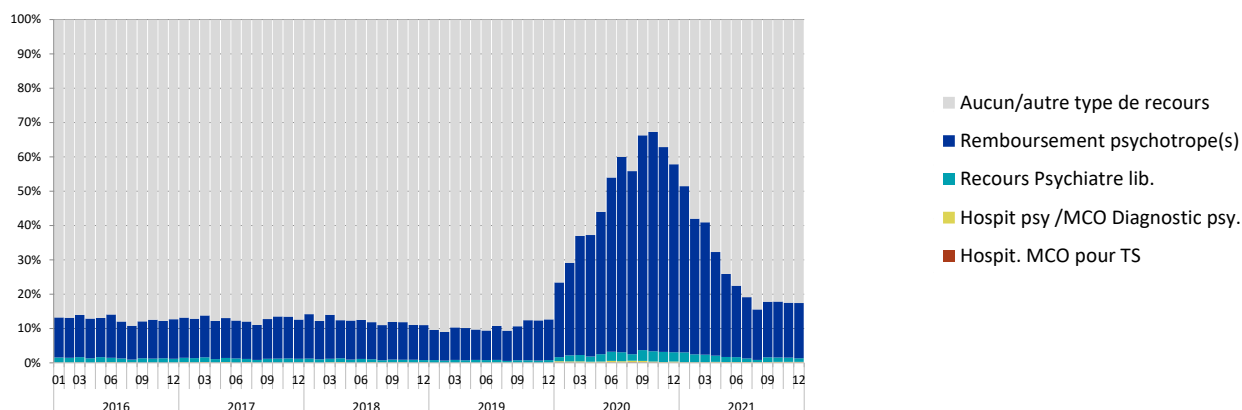
Caractéristiques des 5 groupes-type des personnes âgées de 50-64 ans avec un premier soin pour dépression, trouble névrotique ou TS en 2020 (N=37 769) :

Le groupe-type 50-64 nA intitulé « Pic de recours au second semestre 2020 », composé de 16 % de l'ensemble des personnes âgées de 50-64 ans avec un premier soin pour dépression, trouble névrotique ou TS en 2020, se caractérise par :

- Une légère surreprésentation de femmes par rapport aux autres groupes (64 % versus 61 % dans l'ensemble), des individus résidant un peu plus souvent dans des communes socialement favorisées. Le taux de décès est un peu plus important au sein de ce groupe (5 % versus 3 % dans l'ensemble).
- Des remboursements de psychotropes qui augmentent fortement entre le début et la fin d'année 2020 avant de redescendre en 2021. Ces psychotropes ont principalement été prescrits par un médecin généraliste.
- Un recours aux psychiatres et des hospitalisations assez rares (ne dépassant pas 3 % et 1 % des individus chaque mois).

Graphique 37 : Chronogramme du groupe-type nA des personnes âgées de 50-64 ans avec un premier soin pour dépression, trouble névrotique ou TS en 2020, défini à partir de l'analyse de séquences sur la période 01-2016 à 12-2021

Groupe-type nA



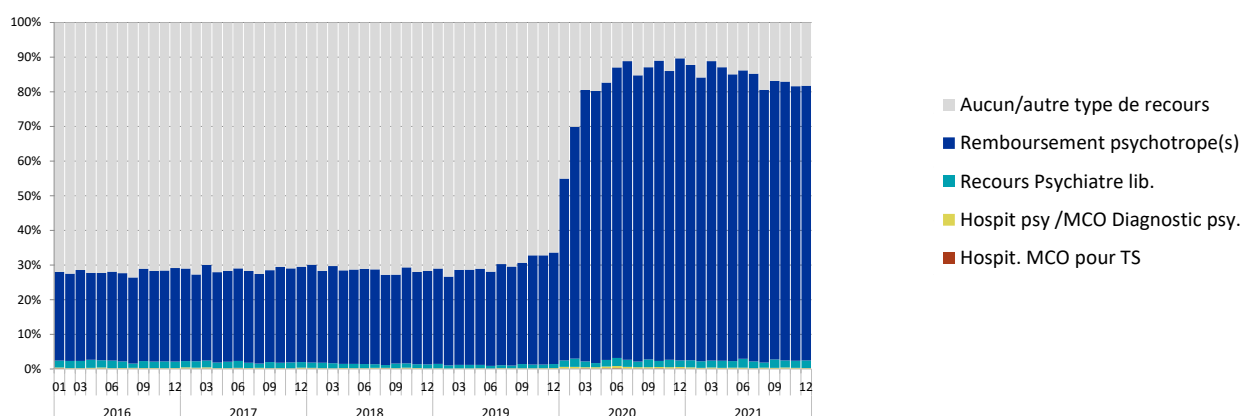
Source ● SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations ● ORS BFC-CVdL

Le groupe-type 50-64 nB intitulé « Recours important dès début 2020 », composé de 17 % de l'ensemble des personnes âgées de 50-64 ans avec un premier soin pour dépression, trouble névrotique ou TS en 2020, se caractérise par :

- Des individus plus âgés que la moyenne (34 % de 60-64 ans, 29 % dans l'ensemble), résidant un peu plus souvent dans des communes socialement défavorisées, avec davantage de comorbidités identifiées à partir des prises en charge en ALD.
- Des consommations de psychotropes déjà présentes avant 2020, qui augmentent fortement à partir de mars, pour se stabiliser à un niveau élevé jusqu'en fin d'année 2021 (plus de 80 % des individus concernés), le médecin généraliste étant le prescripteur principal.
- Un recours aux psychiatres très rare (moins de 3 % par mois), des hospitalisations plus encore (moins de 1 %).

Graphique 38 : Chronogramme du groupe-type nB des personnes âgées de 50-64 ans avec un premier soin pour dépression, trouble névrotique ou TS en 2020, défini à partir de l'analyse de séquences sur la période 01-2016 à 12-2021

Groupe-type nB



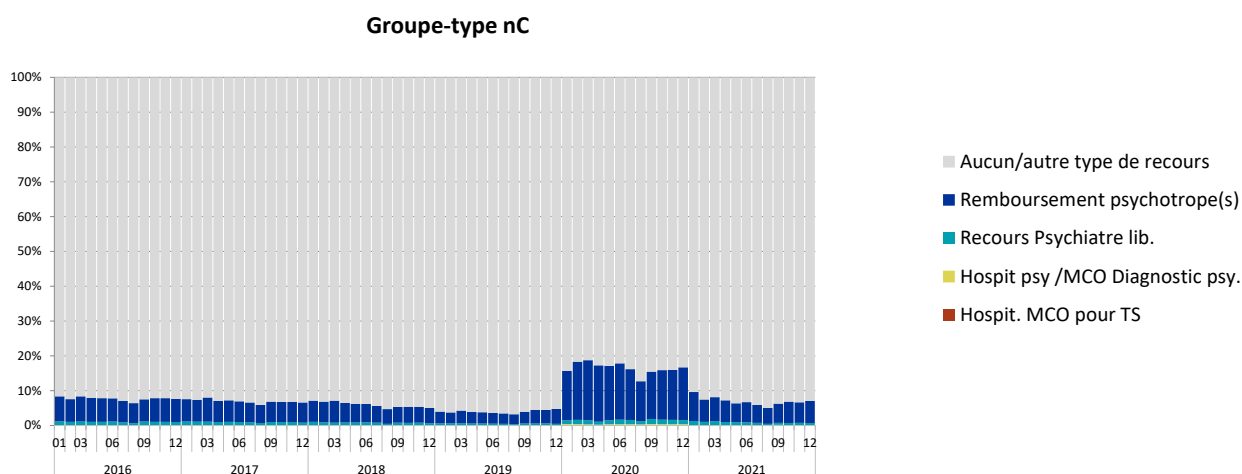
Source ● SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations ● ORS BFC-CVdL



Le groupe-type 50-64 nC intitulé « Faible recours ciblé sur l'année 2020 » est le plus important en effectif d'individus, représentant 48 % de l'ensemble des personnes âgées de 50-64 ans avec un premier soin pour dépression, trouble névrotique ou TS en 2020. Il se caractérise par :

- Des individus un peu plus jeunes que la moyenne (38 % de 50-54 ans, 36 % dans l'ensemble), moins fréquemment pris en charge au titre d'une ALD (28 % versus 33 % dans l'ensemble).
- Une prise en charge en santé mentale bien moindre que les autres groupes, et concentrée sur l'année 2020. Sur cette année spécifiquement, 15 à 20 % des individus ont un recours pour santé mentale chaque mois, essentiellement un remboursement de psychotropes.

Graphique 39 : Chronogramme du groupe-type nC des personnes âgées de 50-64 ans avec un premier soin pour dépression, trouble névrotique ou TS en 2020, défini à partir de l'analyse de séquences sur la période 01-2016 à 12-2021



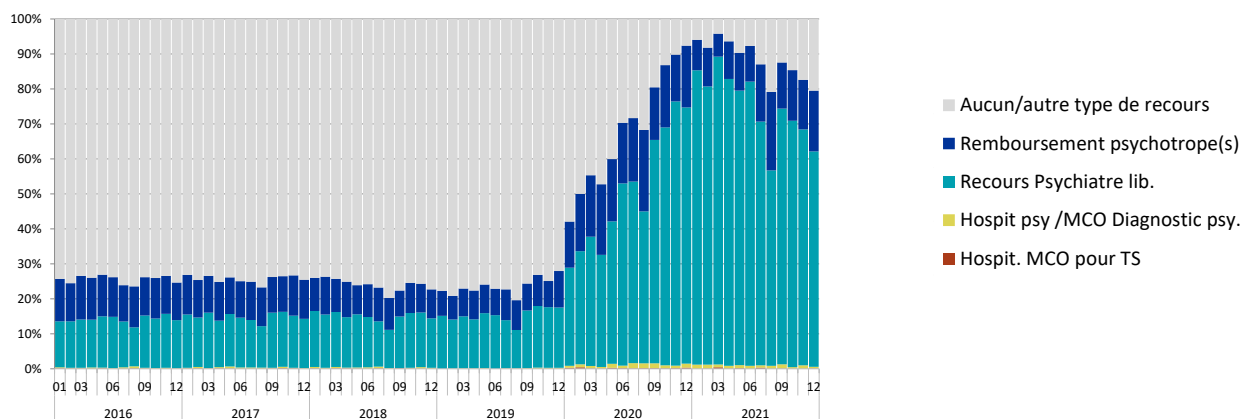
Source ● SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations ● ORS BFC-CVdL

Le groupe-type 50-64 nD intitulé « Recours important avec spécificité psychiatres de ville » est le plus petit en nombre d'individus. Il représente 4 % de l'ensemble des personnes âgées de 50-64 ans avec un premier soin pour dépression, trouble névrotique ou TS en 2020 et se caractérise par :

- Une population un peu plus jeune que l'ensemble des groupes (24 % de 60-64 ans versus 29 % dans l'ensemble), résidant plus souvent dans des communes à dominante urbaine et socialement plutôt favorisées. Les individus pris en charge en ALD, en particulier pour trouble mental, sont proportionnellement plus nombreux dans ce groupe.
- Des prises en charge en santé mentale qui augmentent fortement entre le début et la fin d'année 2020 et qui diminuent légèrement à partir de mi-2021.
- Un recours aux psychiatres bien plus important que la moyenne, représentant le principal mode de recours aux soins en santé mentale. Le taux de recours augmente progressivement en 2020 pour atteindre, en mars 2021, environ 88 % des individus du groupe. Il diminue ensuite légèrement sur la fin de l'année 2021.
- Des remboursements de psychotropes malgré tout importants.

Graphique 40 : Chronogramme du groupe-type nD des personnes âgées de 50-64 ans avec un premier soin pour dépression, trouble névrotique ou TS en 2020, défini à partir de l'analyse de séquences sur la période 01-2016 à 12-2021

Groupe-type nD



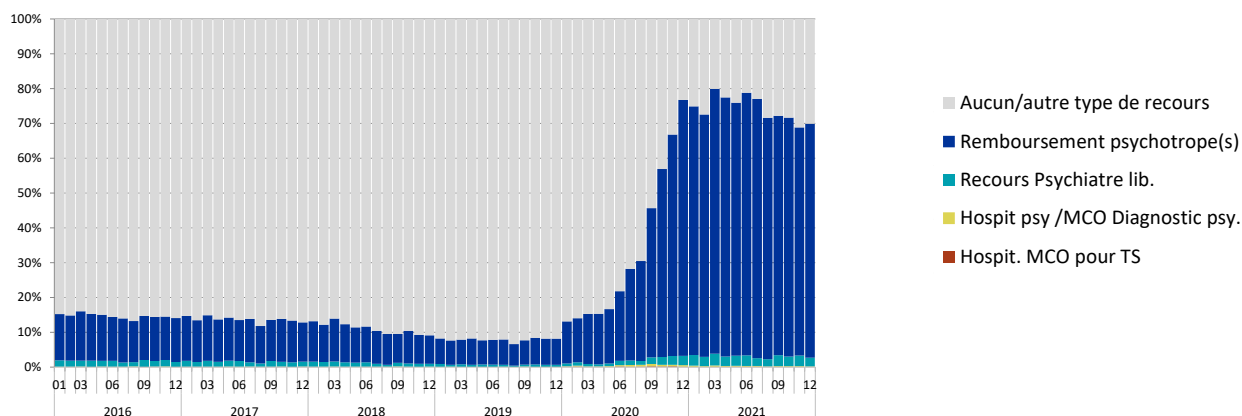
Source : SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations : ORS BFC-CVdL

Le groupe-type 50-64 nE intitulé « Faible recours ciblé sur l'année 2020 » représente 16 % de l'ensemble des personnes âgées de 50-64 ans avec un premier soin pour dépression, trouble névrotique ou TS en 2020. Il se caractérise par :

- Une légère surreprésentation de femmes par rapport aux autres groupes (64 % versus 61 % dans l'ensemble).
- Une situation intermédiaire entre le groupe nA et le groupe nB en termes de prise en charge ; de l'ordre de 10-15 % jusqu'en 2019, l'augmentation des prises en charge intervient plus tard que dans les autres groupes, au cours du second semestre 2020, avant de décroître légèrement à partir de mi-2021.
- Des remboursements de psychotropes comme mode de prise en charge principale.
- Un recours aux psychiatres concernant moins de 3 % des individus chaque mois, des hospitalisations plus rares encore (moins de 1 %).

Graphique 41 : Chronogramme du groupe-type nE des personnes âgées de 50-64 ans avec un premier soin pour dépression, trouble névrotique ou TS en 2020, défini à partir de l'analyse de séquences sur la période 01-2016 à 12-2021

Groupe-type nE



Source : SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations : ORS BFC-CVdL



VI. Synthèse

Les analyses de parcours de soins des différentes sous-populations ont permis de dégager plusieurs types de profils de prise en charge en santé mentale. Même si le nombre de groupes résultant de ces analyses diffère dans les deux classes d'âge étudiées et suivant les antécédents ou non de prise en charge, quelques caractéristiques ressortent de façon similaire.

Dans chaque sous-population, un groupe présentant un recours aux psychiatres plus important que la moyenne se dégage, celui-ci représentant le principal mode de recours aux soins en santé mentale. Dans ce groupe, le fait de résider dans des communes urbaines et socialement plutôt favorisées facilite inévitablement l'accès à ces professionnels de santé. Les personnes composant ce groupe présentent peut-être également des troubles en santé mentale plus importants nécessitant un suivi régulier puisqu'elles sont davantage prises en charge en ALD qu'en moyenne dans la population globale, en particulier pour trouble mental. Si le recours aux psychiatres est le principal mode de recours aux soins en santé mentale, ces groupes font partie de ceux dont les remboursements de psychotropes sont les plus fréquents, se distinguant par la prescription réalisée par un psychiatre. Le choix du prescripteur est conditionné par l'offre disponible et pas uniquement par la gravité ou les types de troubles de santé mentale. Dans ce groupe, chez les personnes ayant des antécédents de prise en charge en santé mentale, pour les deux classes d'âge étudiées, ces deux types de recours ont eu tendance à diminuer pendant la période Covid, notamment les consultations auprès des psychiatres qui, lorsqu'elles ont eu lieu, se sont davantage déroulées en téléconsultation qu'avant cette période. À noter que ces types de consultations se sont mises en place rapidement au moment du premier confinement, permettant ainsi de maintenir le soin tout en limitant les contacts potentiellement vecteurs de Covid. Chez les personnes avec une première prise en charge pour dépression, trouble névrotique ou TS en 2020, également dans les deux classes d'âge étudiées, la part d'individus ayant eu recours à un psychiatre et, dans une moindre mesure, celle de ceux ayant eu des remboursements de psychotropes, ont progressivement augmenté au cours de l'année 2020 jusqu'au milieu de l'année 2021 puis diminuent légèrement sur la fin d'année 2021.

À l'exception des groupes précédemment cités, dans les autres groupes, les remboursements de psychotropes sont la consommation principale en santé mentale, que ce soit chez les personnes ayant des antécédents de prise en charge en santé mentale ou chez les personnes avec un premier soin pour dépression, trouble névrotique ou tentative de suicide en 2020.

Un groupe caractérisé par des personnes consommant peu de soins en santé mentale se dégage chez les jeunes comme chez les plus âgés, qu'ils aient des antécédents de prise en charge en santé mentale ou non. La part d'individus ayant une prise en charge en ALD y est moins élevée, en cohérence avec des recours en soins de santé mentale moindres. Chez les jeunes, ces personnes résident plus souvent dans une commune à dominante rurale. L'accès à des professionnels de santé étant peut-être moins aisé, il existe possiblement un renoncement aux soins. Chez les personnes avec des antécédents de prise en charge, dans les deux classes d'âge étudiées, même si la consommation de soin reste globalement moins importante que dans les autres groupes, elle a eu tendance à augmenter au cours de l'année 2019 puis diminuer au début de l'année 2020 et enfin stagner jusqu'en fin 2021. Chez les personnes avec une première prise en charge pour dépression, trouble névrotique ou TS en 2020, également dans les deux classes d'âge étudiées, la prise en charge en santé mentale est quasi-exclusivement focalisée sur l'année 2020 : 15 à 20 % des individus ont eu un recours pour santé mentale chaque mois sur cette année.

D'autres caractéristiques de groupe ressortent également mais cette fois-ci en distinguant les personnes ayant des antécédents de prise en charge en santé mentale de celles ayant une première prise en charge pour dépression, trouble névrotique ou TS en 2020.

Chez les personnes ayant des antécédents de prise en charge en santé mentale, dans les deux classes d'âge étudiées, un groupe caractérisé par une consommation de soins plus importante que la moyenne, notamment marquée par les remboursements de psychotropes. Ces individus résident un peu plus dans des communes à dominante urbaine et socialement plutôt défavorisées. Les prises en charge au titre d'une ALD y sont également un peu plus importantes au sein de ce groupe. Ce groupe est également marqué par la stabilité de la consommation de soins sur la période 2016-2021, notamment chez les personnes âgées de 50-64 ans. Chez les jeunes, on y retrouve globalement cette stabilité, même si une légère diminution est observée au cours de l'année 2020.

Chez les personnes ayant une première prise en charge pour dépression, trouble névrotique ou TS en 2020, également dans les deux classes d'âge étudiées, on retrouve un groupe marqué par des remboursements de psychotropes qui augmentent fortement au cours de l'année 2020 pour diminuer ensuite en 2021. Les femmes sont davantage représentées dans ce groupe par rapport à l'ensemble de la population et les individus résident un peu plus souvent dans des communes socialement favorisées.

Enfin, chez les jeunes ayant des antécédents de prise en charge en santé mentale, deux groupes ont des caractéristiques distinctes des autres groupes.

Le premier est caractérisé par des individus résidant dans des communes à dominante urbaine et plutôt désavantagés, avec une part d'individus ayant eu des remboursements de psychotropes qui augmente à partir de la fin de l'année 2018 jusqu'à la fin de l'année 2019. Cette consommation de soin diminue dès le début de l'année 2020 et stagne en 2021. Le recours à un psychiatre et les hospitalisations restent relativement faibles.

Le deuxième est caractérisé par une proportion plus importante d'hommes par rapport à l'ensemble des jeunes ayant des antécédents et également un peu plus âgés dans la classe d'âge étudiée. Le taux de personnes résidant dans une commune à dominante rurale y est plus important et les individus pris en charge en ALD y sont plus nombreux. Ce groupe est composé de jeunes ayant eu majoritairement des remboursements de psychotropes, avec contrairement au groupe précédemment explicité, une augmentation de cette prise en charge au cours de l'année 2018, puis une diminution du nombre de délivrances avant la période Covid, sur la fin de l'année 2019. Le recours à un psychiatre ainsi que les hospitalisations sont également relativement faibles.



VII. Caractéristiques détaillées des différents groupes-types

/ Les jeunes avec des antécédents de prise en charge avant 2020

Caractéristiques démographiques, géographiques des groupes

Sur l'ensemble des jeunes âgés de 18 à 24 ans ayant des antécédents de prise en charge, une **majorité sont des femmes** (66 %). On retrouve cependant un taux plus important de femmes dans les groupes aB et aC (68 % pour les deux groupes). Dans le groupe aE, même si les femmes restent majoritaires, le taux est moins élevé comparativement aux 4 autres groupes.

Si l'on observe plus en détail l'âge de ces individus, les groupes aA et aC ont une population plus jeune (18-20 ans) qu'en moyenne (38 % pour les deux groupes contre 34 % sur l'ensemble de la population). À l'inverse, les groupes aE, aB et aD ont une population légèrement plus âgée : 63 % sont âgés de 23 à 24 ans dans le groupe aE, 40 % dans le groupe aB et 38 % dans le groupe aD.

Un croisement avec le type de communes de domicile a pu être effectué pour étudier le lien entre l'aspect urbain/rural et les prises en charge. Dans l'ensemble de la population, environ 58 % résident dans des communes à dominante urbaine. Cependant, ce taux est plus élevé dans le groupe aB (65 %). À noter également qu'environ 63 % des jeunes du groupe aE résident dans des communes à dominante urbaine. Ce taux est également plus important dans le groupe aA (59 % des jeunes le composant).

Un croisement avec l'indice de défavorisation sociale a également été réalisé. Cet indice regroupe les communes en 5 classes allant des communes les moins désavantagées (Q1) aux communes les plus désavantagées (Q5). Dans l'ensemble des jeunes ayant des antécédents de prise en charge en santé mentale, un quart réside dans des communes plutôt favorisée (Q1 et Q2). Environ 26 % vivent dans des communes plutôt désavantagées. Cet indice ne fait pas apparaître de différence significative entre les 5 groupes.

Tableau 7 : Caractéristiques socio-démographiques selon les 5 groupes-type

	Groupe aA	Groupe aB	Groupe aC	Groupe aD	Groupe aE	Ensemble	Test du Khi-deux
	N=1 635	N=523	N=5 526	N=1 165	N=576	N=9 425	p
Sexe							
Femme	66,0	67,7	67,9	64,0	55,2	66,3	***
Homme	34,0	32,3	32,1	36,0	44,8	33,7	
Classe d'âges							
18-20 ans	37,6	27,6	37,9	23,3	17,5	34,3	***
21-22 ans	31,0	32,7	29,1	38,4	19,8	30,2	
23-24 ans	31,4	39,8	33,1	38,2	62,7	35,6	
Grille communale de densité (1)							
Dominante rurale	40,9	34,6	43,6	44,1	37,4	42,3	***
Dominante urbaine	59,1	65,4	56,4	55,9	62,6	57,7	
Indice Fdep des communes en 5 classes							
Q1 (Moins désavantagés)	8,2	8,9	7,1	7,1	6,1	7,3	n.s
Q2	17,1	20,3	17,9	18,1	16,0	17,8	
Q3	26,2	28,8	25,2	26,8	27,3	25,9	
Q4	22,6	22,1	23,1	22,1	23,3	22,9	
Q5 (Plus désavantagés)	25,9	19,9	26,7	25,9	27,3	26,1	

Précisions • (1) Cette grille distingue 4 types de communes (1 : communes densément peuplées / 2 : communes de densité intermédiaire / 3 : communes peu denses / 4 : communes très peu denses). Les modalités 1/2 et 3/4 sont ici regroupées.

Source • SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations • ORS BFC-CVdL

Comorbidités

Il s'agit ici d'étudier les caractéristiques de santé des jeunes en termes de prises en charge en affection de longue durée (ALD).

Concernant les prises en charge en ALD quelle que soit la cause, 23 % des jeunes ayant des antécédents de prise en charge en santé mentale sont concernés. Ce taux est plus important dans les groupes aE, aB et aD (respectivement 50 %, 45 % et 37 %). La principale cause d'affection de longue durée de ces jeunes relève de troubles mentaux (43 % pour le groupe aE, 40 % pour le groupe aB et 29 % pour le groupe aD).

Tableau 8 : Caractéristiques de santé selon les 5 groupes-type

	Groupe aA	Groupe aB	Groupe aC	Groupe aD	Groupe aE	Ensemble	Test du Khi-deux
	N=1 635	N=523	N=5 526	N=1 165	N=576	N=9 425	p
Prise en charge en ALD entre 2017-2021 (1)							
Quelle que soit la cause	27,4	44,6	14,4	36,7	50,3	23,3	***
Principales causes							
Trouble mental	23,7	40,3	9,3	29,2	42,7	18,0	***
Mal. du système nerveux	2,1	1,1	1,4	2,3	2,6	1,7	
Mal. ostéo-articulaire	0,7	0,8	0,7	0,9	1,2	0,8	
Mal. endocrinienne	0,9	0,4	0,6	1,1	0,7	0,7	
Cancer	0,4	0,4	0,5	0,8	0,9	0,5	
Trouble mental ayant débuté entre 2019 et 2021							
	12,8	13,2	4,6	8,7	10,2	7,4	***

Précisions • (1) en ALD au moins un jour donnée sur la période

Source • SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations • ORS BFC-CVdL

Caractéristiques de prises en charge selon les périodes de restrictions liées à la crise Covid



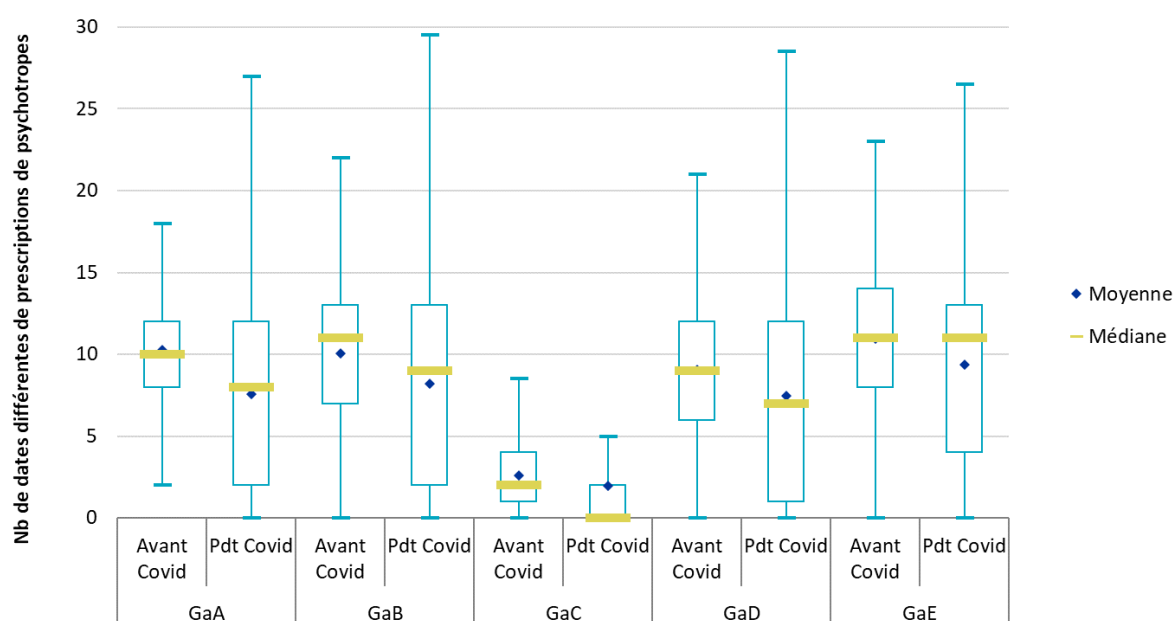
Il s'agit ici d'observer les différents recours en fonction des périodes de confinement et celles hors confinement.

Remboursement de psychotropes

Dans un premier temps, le nombre de dates de remboursements de psychotropes, permet d'approcher les quantités délivrées de ces médicaments. La période avant Covid est l'année qui précède le premier confinement, à savoir du 17 mars 2019 au 16 mars 2020, la période « pendant Covid » s'étend sur l'année glissante qui suit (du 17 mars 2020 au 16 mars 2021).

Pour l'ensemble des groupes, le nombre moyen de délivrances de psychotropes a diminué entre les deux périodes. La médiane du nombre de délivrance a également diminué pour la quasi-totalité des groupes, excepté pour le groupe E pour lequel celle-ci a stagné. On note cependant que le 3^e quartile du nombre de délivrances est resté globalement le même pour 3 groupes (aA, aB et aD). Les valeurs maximales de délivrances sont, quant à elles, plus importantes pendant la période Covid qu'avant cette période pour les groupes au sein desquels la part d'individus ayant eu des remboursements de psychotropes est plus importante (aA, aB, aD et aE).

Graphique 42 : Nombre de délivrances de psychotropes entre les 2 grandes périodes avant / pendant la crise Covid pour les 5 groupes-type d'individus de 18-24 ans avec antécédents de prise en charge



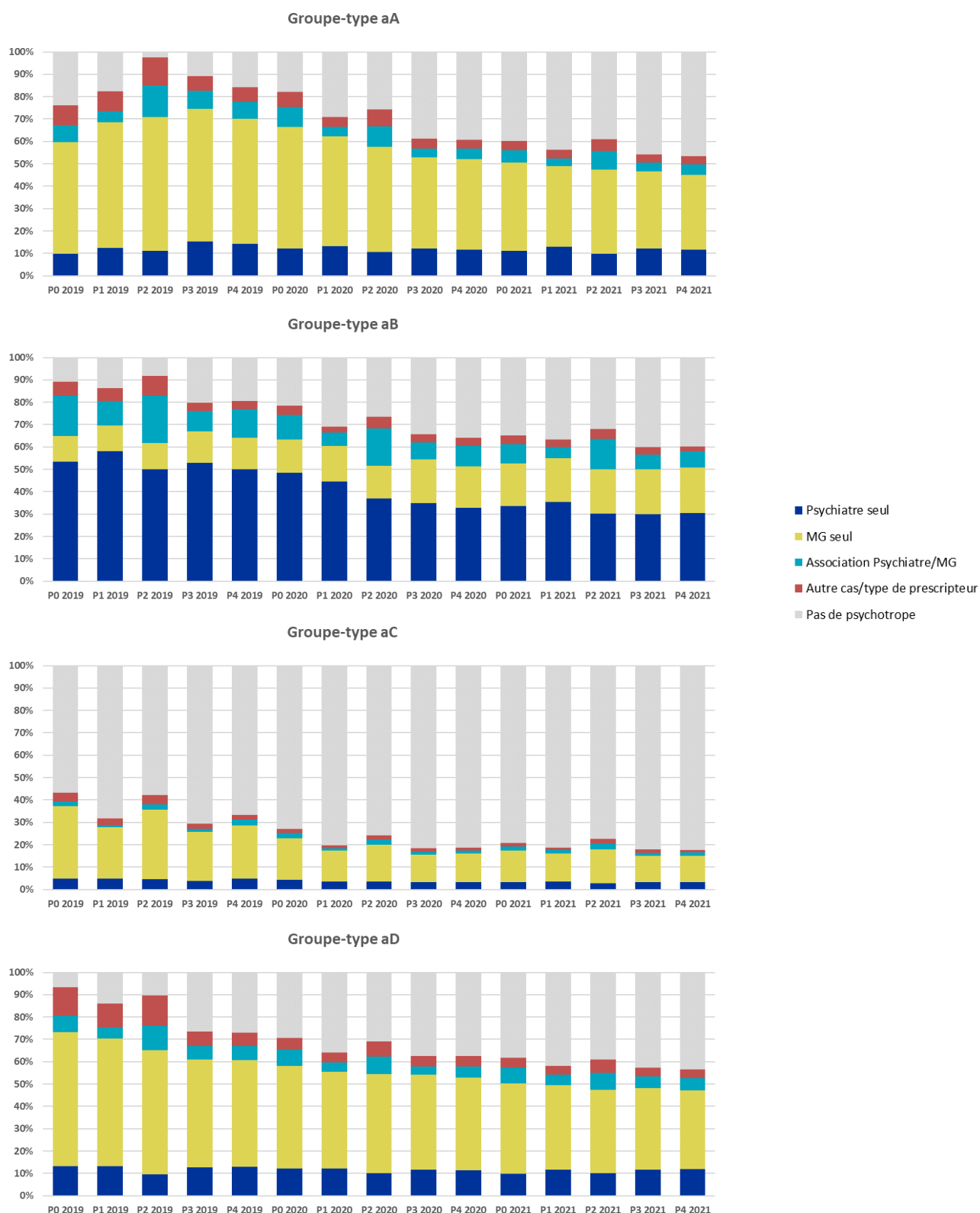
Source • SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations • ORS BFC-CVdL

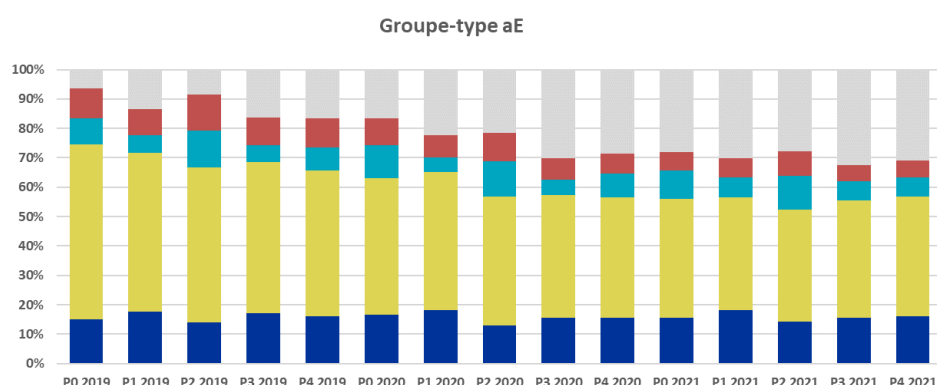
Les graphiques suivants sont présentés selon les différentes périodes liées à la crise Covid. Pour rappel, les périodes ont été déterminées sur la base de l'année 2020 et ont été dupliquées sur les années 2019 et 2021. La période P0 s'étend du 1^{er} janvier au 16 mars, la période P1 du 17 mars au 11 mai, la période P2 du 12 mai au 31 août, la période P3 du 1^{er} septembre au 29 octobre et la période P4 du 30 octobre au 31 décembre.

Si l'on observe le type de prescripteurs des psychotropes dans les différents groupes, on constate que le médecin généraliste représente un des prescripteurs principaux pour la majorité des groupes. Seul le groupe aB a un taux plus important de prescriptions faites par un psychiatre seul ou en association avec un médecin généraliste. Ceci peut peut-être s'expliquer par un accès facilité à ces professionnels, les personnes du groupe aB résidant davantage dans des communes à dominante urbaine.

Dans la majorité des groupes, excepté le groupe aB, même si la part des prescriptions dans le temps a tendance à diminuer, on constate que la part de prescriptions réalisées par un psychiatre seul a plutôt tendance à stagner (autour des 10 % pour les groupes aA et aD, autour des 5 % pour le groupe aC et autour des 15 % pour le groupe aE).

Graphique 43 : Types de prescripteurs de psychotropes selon les différentes périodes liées à la crise Covid pour les 5 groupes-type d'individus de 18-24 ans avec antécédents de prise en charge

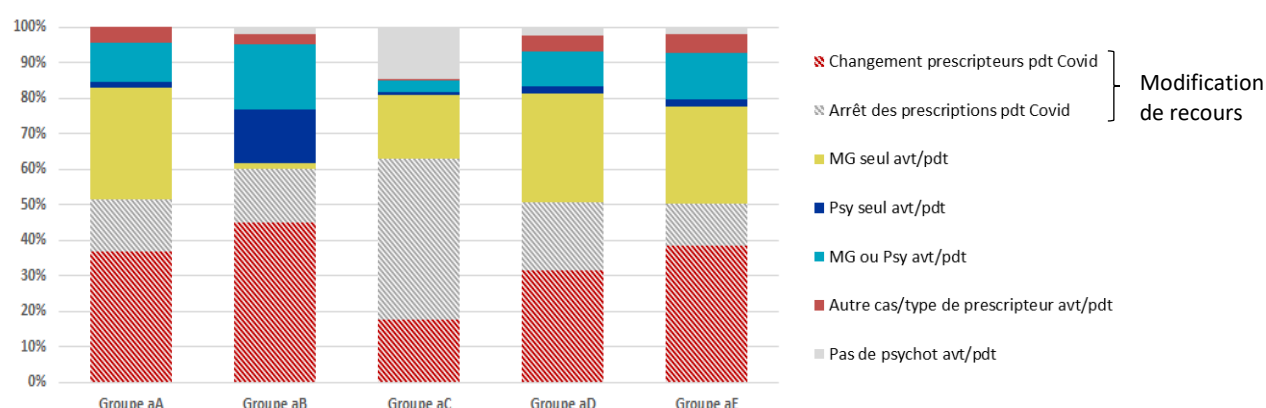




Source ● SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations ● ORS BFC-CVdL

Nous nous sommes également intéressés à la possibilité de changement de prescripteurs de psychotropes. Dans l'ensemble des groupes, plus de la moitié des individus ont connu une modification de recours à des psychotropes entre les deux grandes périodes « avant Covid » et « pendant Covid ». Le groupe aC, de faible recours, est en premier concerné par ces changements de pratique : 45 % des jeunes ont arrêté leurs prescriptions et environ 18 % ont changé de prescripteur entre les deux périodes. Les quatre autres se caractérisent plutôt par des changements de prescripteur (45 % pour le groupe aB, 38 % pour le groupe aE, 37 % pour le groupe aA et 32 % pour le groupe aD) ; le suivi par un psychiatre « avant Covid » conduisant davantage à une telle pratique.

Graphique 44 : Changements de types de prescripteurs de psychotropes entre les 2 grandes périodes avant / pendant la crise Covid pour les 5 groupes-type d'individus de 18-24 ans avec antécédents de prise en charge



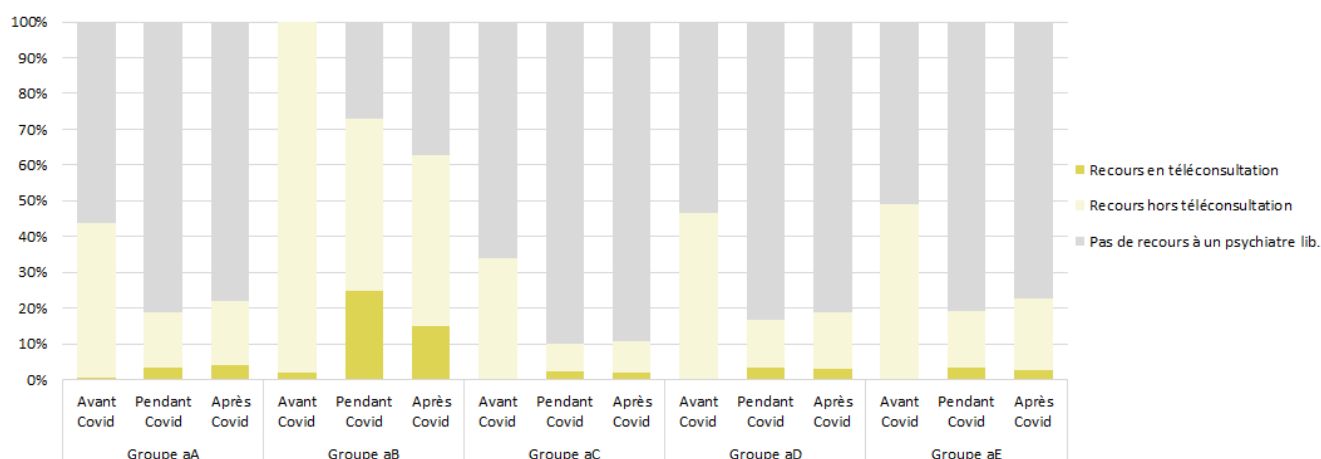
Source ● SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations ● ORS BFC-CVdL

Recours aux psychiatres libéraux avec ou sans téléconsultation

Comme constaté dans les chronogrammes précédents, le recours aux psychiatres libéraux, étudié sur trois périodes (« avant Covid » : du 1^{er} janvier 2016 au mars 2020, « pendant Covid » : du 17 mars au 31 décembre 2020 et « après Covid » : du 1^{er} janvier au 31 décembre 2021), est proportionnellement plus fréquent dans le groupe aB. Les téléconsultations, essentiellement dans ce même groupe, arrivent pendant la période Covid, pour ensuite diminuer, en continuant d'être pratiquées après Covid.

Pour l'ensemble des groupes, le taux de recours à un psychiatre a diminué pendant la période Covid. Ce taux a ensuite soit stagné, soit légèrement augmenté, excepté pour le groupe aB où le recours a poursuivi sa baisse. A noter ici que la période « avant Covid » étant plus longue que les 2 autres, la probabilité d'un tel recours est nécessairement augmentée du fait de cette plus longue amplitude sur cette période.

Graphique 45 : Recours à un psychiatre libéral en téléconsultation ou non selon les différentes périodes liées à la crise Covid pour les 5 groupes-type d'individus de 18-24 ans avec antécédents de prise en charge

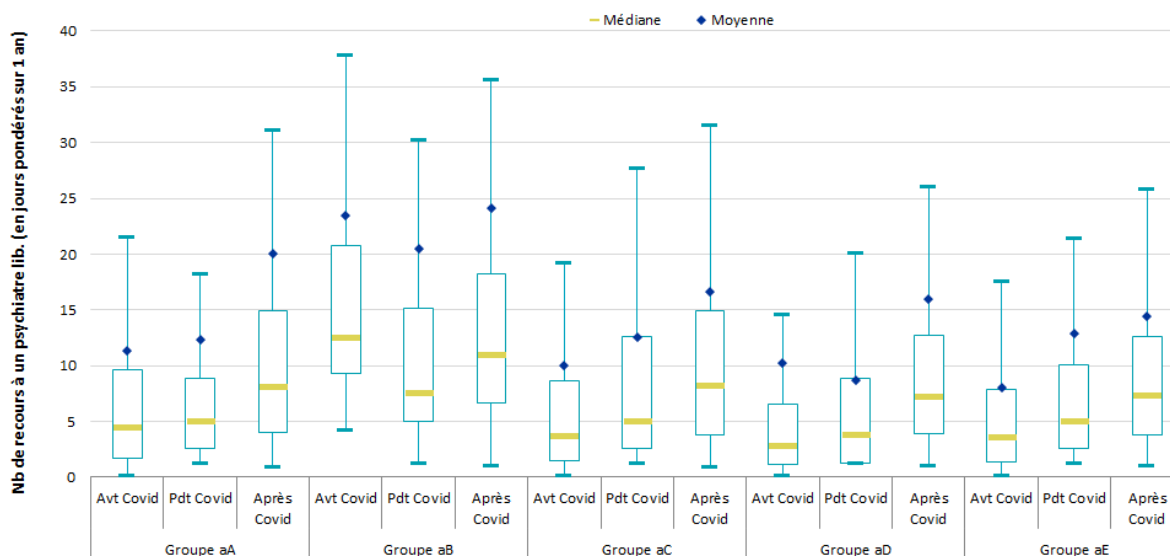


Source • SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations • ORS BFC-CVdL

En observant le nombre de recours à un psychiatre libéral, cette fois en nombre de jours pondérés sur une année, on constate que le nombre moyen de recours ainsi que le nombre médian ont eu tendance à augmenter dans la quasi-totalité des groupes. Pour le groupe aB, les nombres moyen et médian de recours à un psychiatre libéral a diminué entre les périodes « avant Covid » et « pendant Covid » : la moyenne est passée de 23 à 21 recours et la médiane, de 13 à 8. Ils ont ensuite réaugmenter sur la période « après Covid » (moyenne de 24 et médiane de 11).



Graphique 46 : Nombre de recours à un psychiatre selon les différentes périodes liées à la crise Covid pour les 5 groupes-type d'individus de 18-24 ans avec antécédents de prise en charge

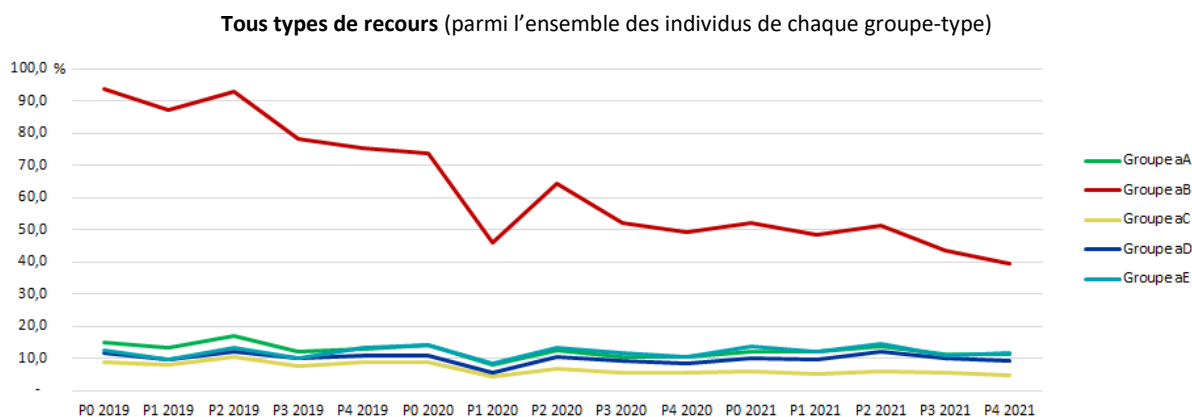


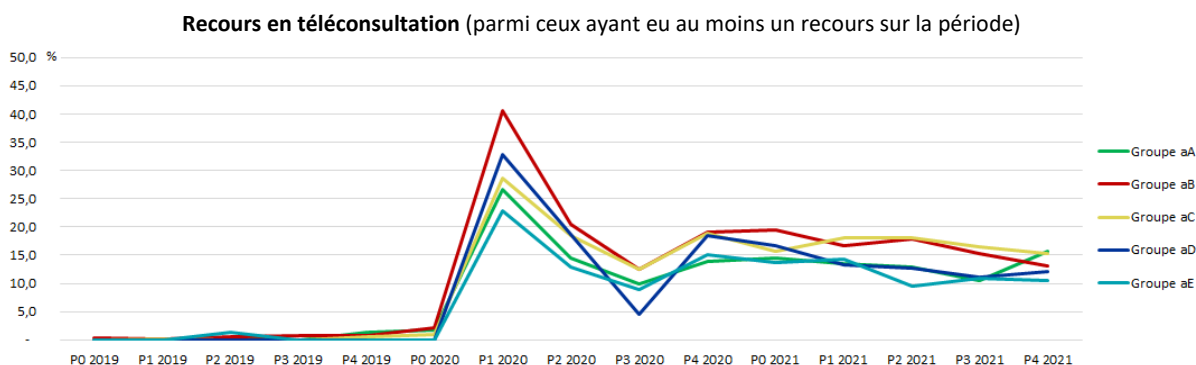
Source ● SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations ● ORS BFC-CVdL

Si l'on observe par périodes plus détaillées, le constat reste le même avec une part d'individus ayant eu recours à un psychiatre libéral qui diminue globalement au fil du temps, notamment au moment du premier confinement (P1 2020). Ce taux de recours augmente la fin de ce premier confinement. Ces constats sont d'autant plus marqués dans le groupe aB où le taux de recours diminue très fortement entre début 2019 et fin 2021 (-54 points).

Concernant le recours en téléconsultation parmi les individus ayant eu un recours à un psychiatre sur la période, ce type de recours était quasi inexistant dans l'ensemble des groupes étudiés avant le premier confinement. On constate un pic de ce type de recours en P1 2020, les téléconsultations représentant entre 20 % et 40 % des recours selon les groupes. Le 2^e confinement (P4 2020) a été le moment d'un nouveau rebond de ce type de recours (entre 15 % et 20 % des recours). On observe ensuite une stabilisation entre 10 % et 20 % selon les groupes-type.

Graphique 47 : Part d'individus ayant recours à un psychiatre libéral selon les différentes périodes liées à la crise Covid pour les 5 groupes-type d'individus de 18-24 ans avec antécédents de prise en charge





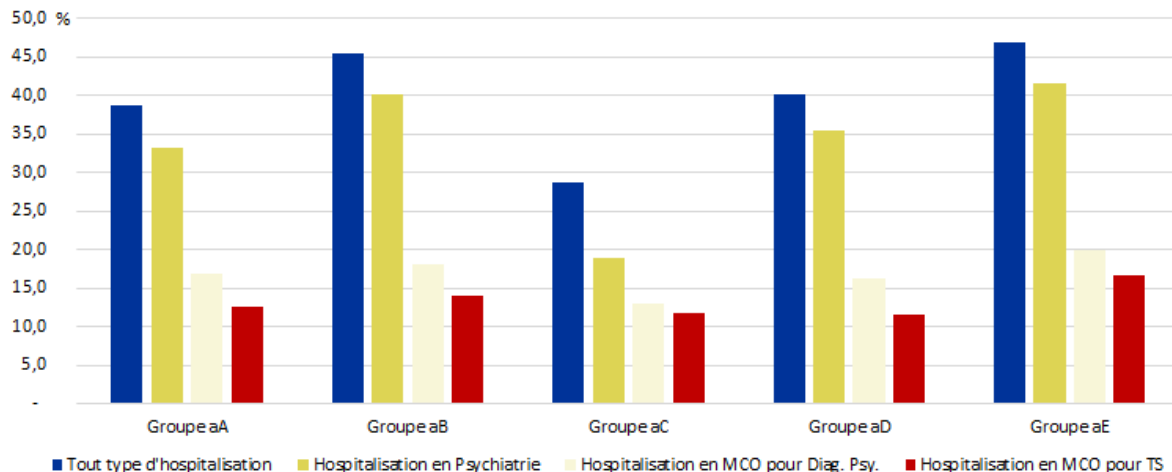
Source ● SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations ● ORS BFC-CVdL

Hospitalisations

Le taux d'hospitalisation sur la période 2016-2021 est plus important dans le groupe aE (47 % des individus). Viennent ensuite les individus du groupe aB (46 %), du groupe aD (40 %), du groupe aA (39 %) et enfin les individus du groupe aC (29 %).

Les hospitalisations dans des services de psychiatrie sont plus importantes, ce quel que soit le groupe-type.

Graphique 48 : Pourcentage de patients hospitalisés au moins une fois entre 2016 et 2021 pour les 5 groupes-type d'individus de 18-24 ans avec antécédents de prise en charge



Source ● SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations ● ORS BFC-CVdL

Les fréquences d'hospitalisation augmentent légèrement durant la période après Covid, excepté pour les groupes aB et aE pour lesquels elles stagnent. On constate cependant pour le groupe aE que les hospitalisations en MCO pour diagnostic psychiatrique ont augmenté de 2,8 points après la période Covid. Les pourcentages observés sur la période « avant Covid » ne sont pas directement comparables à ceux des deux autres périodes du fait de sa durée plus longue.



Tableau 9 : Types d'hospitalisations selon les différentes périodes liées à la crise Covid pour les 5 groupes-type d'individus de 18-24 ans avec antécédents de prise en charge

	Groupe aA			Groupe aB			Groupe aC			Groupe aD			Groupe aE		
	Avant Covid	Pdt Covid	Après Covid	Avant Covid	Pdt Covid	Après Covid	Avant Covid	Pdt Covid	Après Covid	Avant Covid	Pdt Covid	Après Covid	Avant Covid	Pdt Covid	Après Covid
Pas d'hospitalisation	66,1	88,1	86,6	58,1	86,4	86,4	74,2	94,6	94,5	63,5	89,7	88,8	56,9	84,9	85,2
Hospitalisation (1)	33,9	11,9	13,4	41,9	13,6	13,6	25,8	5,4	5,5	36,5	10,3	11,2	43,1	15,1	14,8
dont en Psychiatrie	29,3	9,9	11,3	36,7	12,4	12,2	16,6	4,1	4,2	31,8	8,8	9,9	38,4	13,7	12,8
en MCO pour diag psy	13,6	3,5	4,0	15,3	2,9	2,9	11,3	1,5	1,7	14,2	2,2	2,5	17,2	2,6	5,4
en MCO pour TS	9,5	2,6	2,8	11,5	1,9	2,9	10,4	1,4	1,1	9,7	2,1	2,2	14,4	2,8	3,6

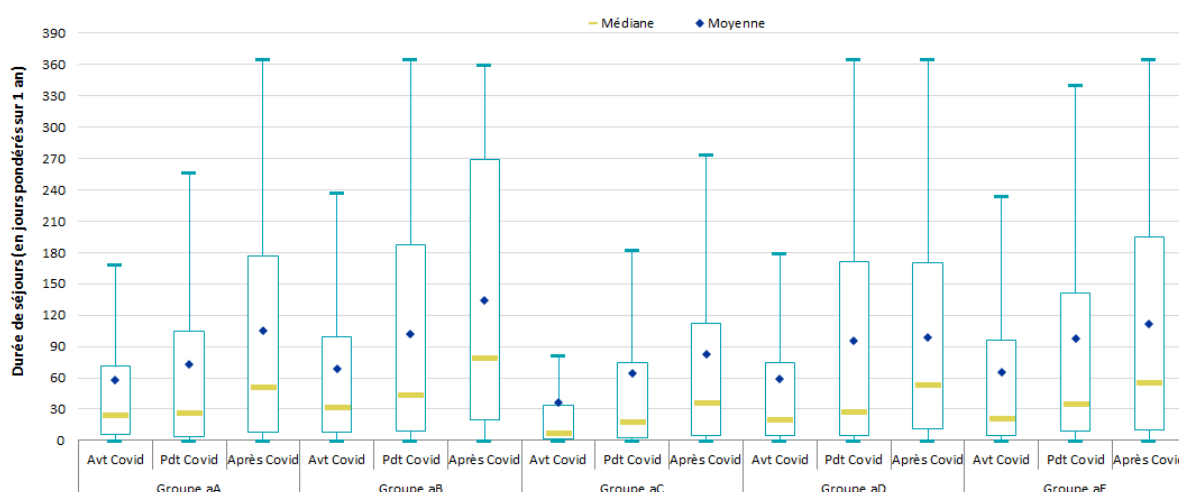
Précisions • (1) un individu peut avoir été hospitalisé à la fois en psychiatrie, en MCO pour diag psy/TS sur une période donnée, c'est pourquoi la somme des différents types d'hospitalisation ne correspond pas au pourcentage global d'hospitalisation

Source • SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations • ORS BFC-CVdL

Les durées d'hospitalisation ont également été étudiées. Celles-ci sont calculées sur chaque période considérée (avant/pendant/après Covid), prenant en compte la durée totale d'hospitalisation de l'ensemble des séjours.

Les durées d'hospitalisation observées en pondérant le nombre de jours sur une année sont d'ailleurs bien moins élevées sur la période « Avant Covid » dans tous les groupes. Les durées augmentent ensuite à chaque période, tant en moyenne qu'en observant les médianes. Les groupes aA et aB présentent une augmentation plus marquée, en particulier entre les périodes « pendant Covid » et « après Covid » : pour le groupe aA, la médiane passe de 27 à 51 jours (moyenne de 73 à 105) et pour le groupe aB, la médiane passe de 44 à 79 jours (moyenne de 102 à 134).

Graphique 49 : Durée de séjours selon les différentes périodes liées à la crise Covid pour les 5 groupes-type d'individus de 18-24 ans avec antécédents de prise en charge



Source • SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations • ORS BFC-CVdL

Plus finement par type d'hospitalisation, les constats sont les suivants :

- Des hospitalisations en psychiatrie majoritaires par rapport aux autres types d'hospitalisation ;
- Une augmentation du nombre de séjours hospitaliers entre les trois périodes ;

- Une augmentation des durées d'hospitalisation entre les trois périodes.

Tableau 10 : Part d'individus hospitalisés, nombre et durées d'hospitalisation selon les types d'hospitalisation et les différentes périodes liées à la crise Covid pour les 5 groupes-type d'individus de 18-24 ans avec antécédents de prise en charge

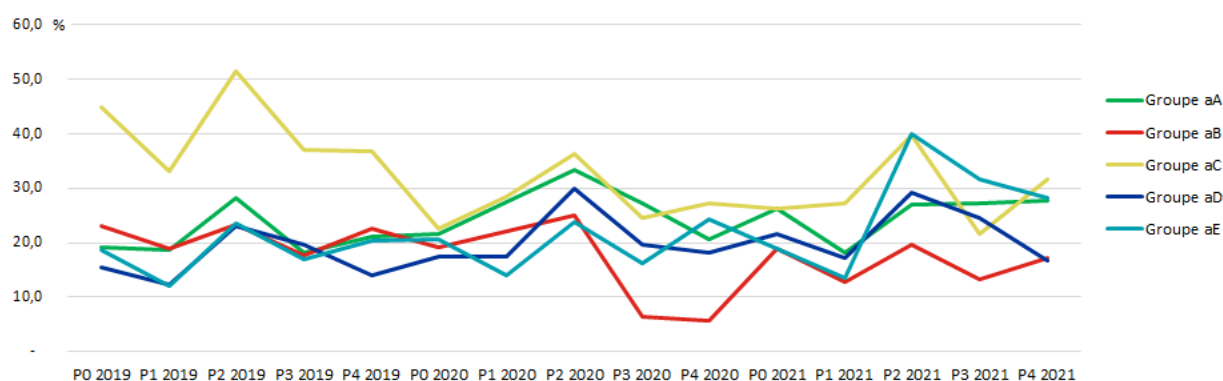
	Hospitalisation en psychiatrie			Hospitalisation en MCO pour diagnostic psychiatrique			Hospitalisation en MCO pour TS		
	Avant Covid	Pendant Covid	Après Covid	Avant Covid	Pendant Covid	Après Covid	Avant Covid	Pendant Covid	Après Covid
Individus concernés parmi ceux hospitalisés au - 1 fois (%)									
Groupe aA	75,8	25,6	29,3	35,3	9,0	10,4	24,5	6,6	7,3
Groupe aB	80,7	27,3	26,9	33,6	6,3	6,3	25,2	4,2	6,3
Groupe aC	58,0	14,4	14,7	39,6	5,2	5,9	36,2	4,9	4,0
Groupe aD	79,3	21,8	24,6	35,3	5,6	6,2	24,1	5,3	5,6
Groupe aE	81,9	29,3	27,4	36,7	5,6	11,5	30,7	5,9	7,8
Nombre de séjours hospitaliers (moyenne - médiane)									
Groupe aA	3,1 - 1,6	2,8 - 2,5	5,3 - 3,1	1,3 - 0,9	1,9 - 1,3	2,8 - 1,6	1,4 - 0,9	1,8 - 1,3	2,4 - 1,9
Groupe aB	3,4 - 1,6	2,9 - 2,5	5,4 - 3,4	1,3 - 0,7	1,3 - 1,3	6,5 - 1,8	1,5 - 0,8	2,2 - 2,5	4,1 - 1,8
Groupe aC	2,5 - 1,3	2,5 - 1,3	5,2 - 3,0	1,4 - 0,9	1,8 - 1,3	4,8 - 1,9	1,4 - 0,9	1,5 - 1,3	3,5 - 2,0
Groupe aD	2,2 - 1,3	2,7 - 1,3	6,1 - 3,3	0,9 - 0,5	1,4 - 1,3	2,1 - 1,7	1,2 - 0,5	1,8 - 1,3	3,5 - 2,0
Groupe aE	4,0 - 1,3	3,3 - 2,5	7,8 - 4,0	0,9 - 0,5	1,9 - 1,3	2,3 - 2,0	0,6 - 0,5	1,7 - 1,3	2,7 - 2,2
Durée d'hospitalisation en jours (moyenne - médiane)									
Groupe aA	64,0 - 30,4	86,2 - 37,3	122,2 - 78,1	4,4 - 1,1	3,3 - 1,3	7,6 - 1,6	2,7 - 1,2	3,1 - 1,3	3,6 - 2,1
Groupe aB	76,2 - 41,0	109,5 - 58,1	143,9 - 101,3	4,5 - 0,8	7,7 - 1,3	11,5 - 1,1	3,8 - 0,9	10,1 - 3,2	8,0 - 1,8
Groupe aC	52,4 - 19,1	82,2 - 36,6	104,6 - 59,1	3,8 - 1,0	3,3 - 1,3	6,9 - 1,9	2,6 - 1,1	2,5 - 1,3	4,0 - 1,3
Groupe aD	66,1 - 27,0	111,6 - 31,6	110,6 - 58,4	2,2 - 0,6	6,2 - 1,3	2,6 - 1,3	1,8 - 0,9	4,2 - 1,3	3,7 - 2,0
Groupe aE	72,3 - 24,2	107,1 - 39,2	127,8 - 70,4	2,1 - 0,7	2,4 - 1,3	2,7 - 1,4	1,3 - 0,6	2,6 - 1,3	3,0 - 2,2

Source ● SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations ● ORS BFC-CVdL

Les hospitalisations de moins de 5 jours peuvent être considérées comme des hospitalisations dites « de crise ». Ces hospitalisations proposent une prise en charge de courte durée à des patients présentant une pathologie ou un trouble psychiatrique aigu, nécessitant pour un temps limité des soins et une surveillance constante en favorisant la solution du suivi ambulatoire.

Si elles concernent moins de 4 % des individus de chaque groupe, leur fréquence varie parmi les personnes hospitalisées. Elles sont plus fréquentes dans le groupe aC (entre 20 et 50 % selon les périodes).

Graphique 50 : Part d'individus hospitalisés moins de 5 jours parmi les individus hospitalisés au moins une fois selon les différentes périodes liées à la crise Covid pour les 5 groupes-type d'individus de 18-24 ans avec antécédents de prise en charge



Source ● SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations ● ORS BFC-CVdL



Les jeunes présentant un premier soin pour dépression, trouble névrotique ou TS en 2020

Caractéristiques démographiques, géographiques des groupes

Sur l'ensemble des jeunes âgés de 18 à 24 ans avec première prise en charge en 2020, une majorité sont des femmes (65 %). On retrouve cependant un taux plus important de femmes dans les groupes nB, nC et nD (respectivement 66 %, 68 % et 67 %). Dans le groupe nA, même si les femmes restent majoritaires, le taux est moins élevé comparativement aux 4 autres groupes (63 %).

Si l'on observe plus en détail l'âge de ces individus, la répartition par âge des individus des 4 groupes-type n'apparaît pas significativement différente.

Dans l'ensemble de la population, environ 57 % résident dans des communes à dominante urbaine. Cependant, ce taux est plus élevé dans les groupes nB (59 %) et nD (65 %). Ce taux est plus faible dans les groupes nA et nC (respectivement 57 % et 56 % des jeunes les composant).

L'indice FDep met en évidence une surreprésentation des quintiles les plus désavantagés dans le groupe nA. À l'inverse, les groupes nB, nC et nD sont sur-représentés dans les 2 premiers quintiles, moins désavantagés.

Tableau 11 : Caractéristiques socio-démographiques selon les 4 groupes-type

	Groupe nA	Groupe nB	Groupe nC	Groupe nD	Ensemble	Test du Khi-deux
	N=5 706	N=1 274	N=1 243	N=495	N=8 718	p
Sexe						
Femme	63,4	66,0	68,3	67,3	64,7	***
Homme	36,6	34,0	31,7	32,7	35,3	
Classe d'âges						
18-20 ans	41,9	44,0	46,0	44,7	43,0	n.s
21-22 ans	29,1	29,0	26,6	28,0	28,6	
23-24 ans	29,0	27,0	27,4	27,2	28,3	
Grille communale de densité (1)						
Dominante rurale	43,5	40,7	43,9	35,3	42,7	***
Dominante urbaine	56,5	59,3	56,1	64,7	57,3	
Indice Fdep des communes en 5 classes						
Q1 (Moins désavantagés)	6,1	7,5	6,0	9,8	6,5	***
Q2	16,5	19,8	20,2	20,4	17,7	
Q3	25,4	27,1	26,6	29,4	26,0	
Q4	24,1	20,2	22,7	20,6	23,2	
Q5 (Plus désavantagés)	27,9	25,4	24,5	19,8	26,5	

Précisions • (1) Cette grille distingue 4 types de communes (1 : communes densément peuplées / 2 : communes de densité intermédiaire / 3 : communes peu denses / 4 : communes très peu denses). Les modalités 1/2 et 3/4 sont ici regroupées.

Source • SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations • ORS BFC-CVdL

Comorbidités

Concernant les prises en charge en ALD quelle que soit la cause, elles sont plus fréquentes dans les groupes nD et nB (24 % pour les deux groupes contre 11 % pour l'ensemble). La principale cause d'admission en affection de longue durée de ces jeunes se rapporte à des troubles mentaux (21 % pour le groupe nD et 18 % pour le groupe nB). Le groupe nA, à l'inverse, présente une fréquence de personnes en ALD plus faible (8 %)

Tableau 12 : Caractéristiques de santé selon les 4 groupes-type

	Groupe nA	Groupe nB	Groupe nC	Groupe nD	Ensemble	Test du Khi-deux
	N=5 706	N=1 274	N=1 243	N=495	N=8 718	p
Prise en charge en ALD entre 2017-2021 (1)						
Quelle que soit la cause	7,5	23,5	12,1	23,6	11,4	***
Principales causes						
Trouble mental	3,3	17,6	7,0	21,2	6,9	***
Mal. du système nerveux	0,9	1,9	1,0	1,2	1,1	
Mal. endocrinienne	0,6	0,5	1,0	0,2	0,6	
Mal. ostéo-articulaire	0,6	0,6	0,6	0,2	0,6	
<i>Trouble mental ayant débuté entre 2019 et 2021</i>	1,7	11,9	4,4	18,2	4,5	***

Précisions • (1) en ALD au moins un jour donnée sur la période

Source • SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations • ORS BFC-CVdL

Caractéristiques de prises en charge selon les périodes de restrictions liées à la crise Covid

Comme pour les jeunes ayant des antécédents, il s'agit à présent d'observer le recours à différentes prises en charge sur les années 2020 et 2021, chacune découpée en 5 sous périodes correspondant à de périodes de confinement/déconfinement de l'année 2020. Pour rappel, les périodes retenues sont les suivantes :

- Du 1^{er} janvier au 16 mars (P0) ;
- Du 17 mars au 11 mai (P1) ;
- Du 12 mai au 31 août (P2) ;
- Du 1^{er} septembre au 29 octobre (P3) ;
- Du 30 octobre au 31 décembre (P4).

Remboursement de psychotropes

Le groupe-type nA est le groupe pour lequel les prescriptions sont plus faibles que dans les autres groupes. Les périodes P2 2020 et P1 2020 sont celles où les patients sont les plus nombreux à avoir eu au moins une prescription de psychotropes, par un médecin généraliste principalement.

Dans le groupe nB, la part de prescriptions augmente au cours du temps et reste particulièrement élevée à partir de la P4 2020, avec le plus souvent des prescriptions réalisées par un médecin généraliste.

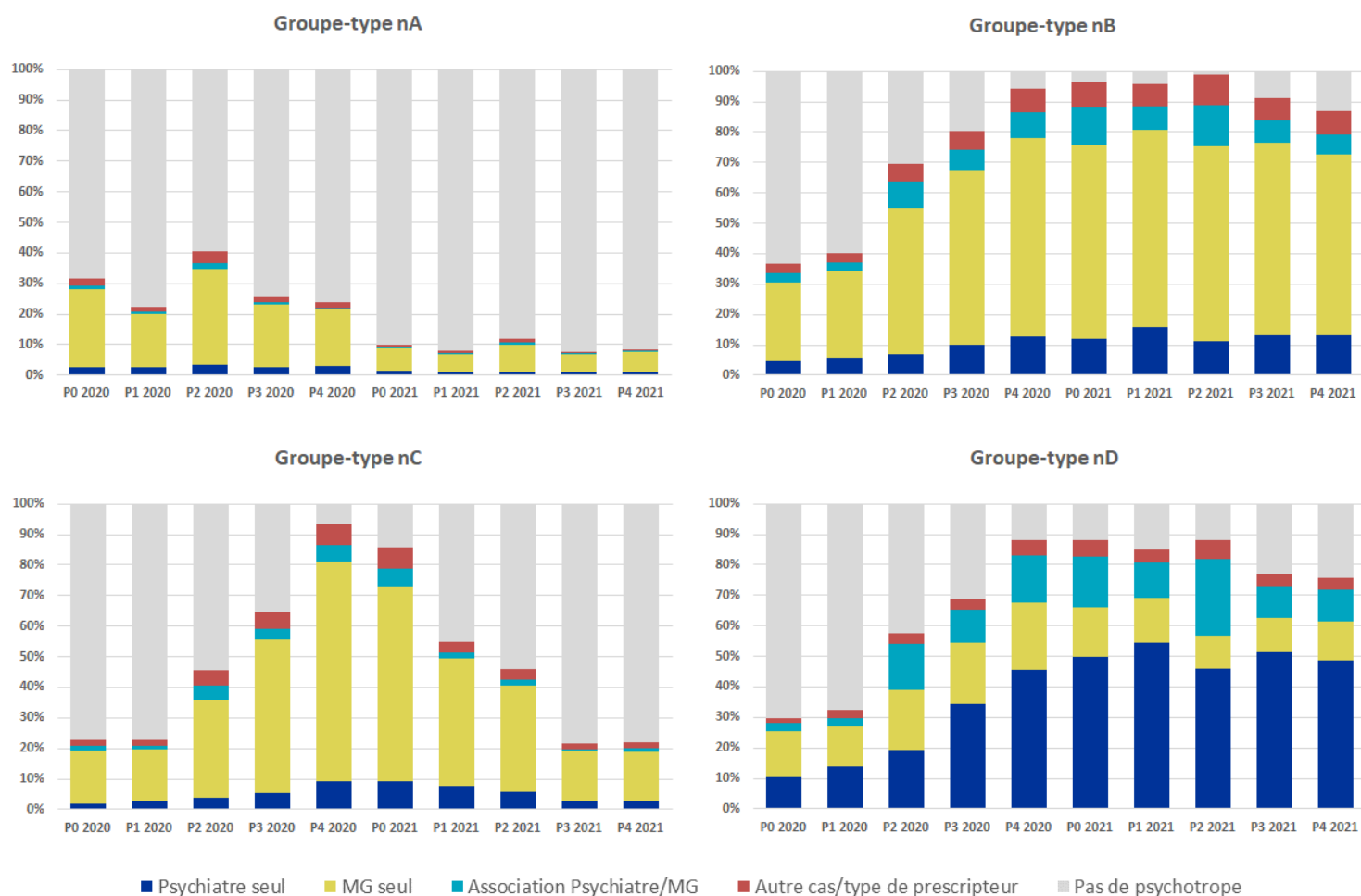
Dans le groupe nC, les périodes P4 2020 et P1 2021 sont celles où les patients sont les plus nombreux à avoir reçu au moins une prescription, celle-ci principalement effectuée par un médecin généraliste.

Le groupe nD est marqué par des prescriptions réalisées principalement par un psychiatre seul. Les prescriptions par un médecin généraliste seul ou par l'association de psychiatres et médecins généralistes représentent une part non négligeable dans l'ensemble des prescriptions. Les périodes



P4 2020, P1 2021 et P3 2021 sont les plus importantes en termes de part de patients avec au moins un remboursement de psychotropes.

Graphique 51 : Types de prescripteurs de psychotropes selon les différentes périodes liées à la crise Covid pour les 5 groupes-type d'individus de 18-24 ans avec un premier soin en 2020

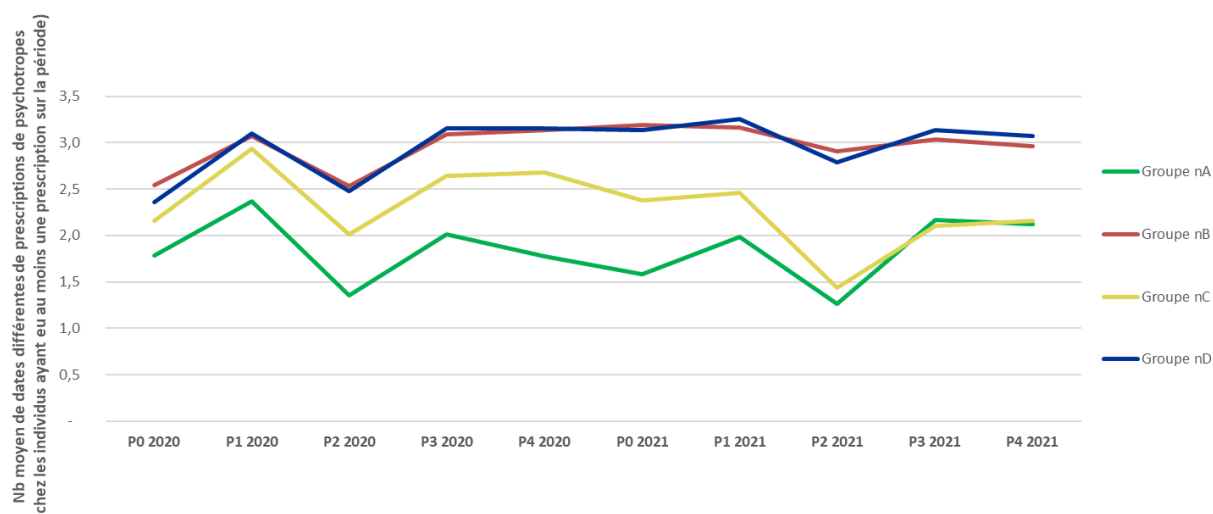


Source • SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations • ORS BFC-CVdL

Au niveau des nombres de délivrances par période et groupe-type, parmi les individus ayant eu au moins une prescription de psychotrope, on constate un pic du nombre moyen de délivrances pour l'ensemble des groupes au moment du premier confinement (P1 2020) suivi d'une diminution sur la période suivante (déconfinement) et d'une nouvelle augmentation au cours du deuxième confinement. Les groupes nB et nD sont ceux présentant les nombres moyens de délivrances (parmi les individus ayant eu au moins une délivrance de psychotropes) les plus importantes, globalement stable à partir de la fin 2020 (autour de 3 délivrances). Dans le groupe nC, on constate une diminution du nombre moyen en milieu d'année 2021.

Pour le groupe nA, le nombre de délivrances est moins important que dans les autres groupes et on note une augmentation au cours de l'année 2021.

Graphique 52 : Nombre moyen de délivrances de psychotropes parmi les individus ayant eu au moins une délivrance selon les différentes périodes liées à la crise Covid pour les 4 groupes-type d'individus de 18-24 ans avec un premier soin en 2020

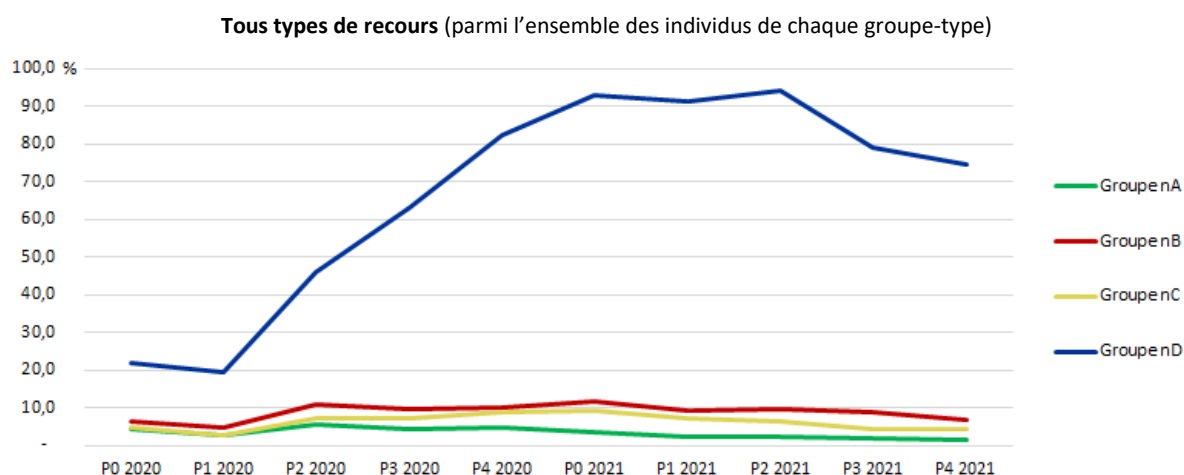


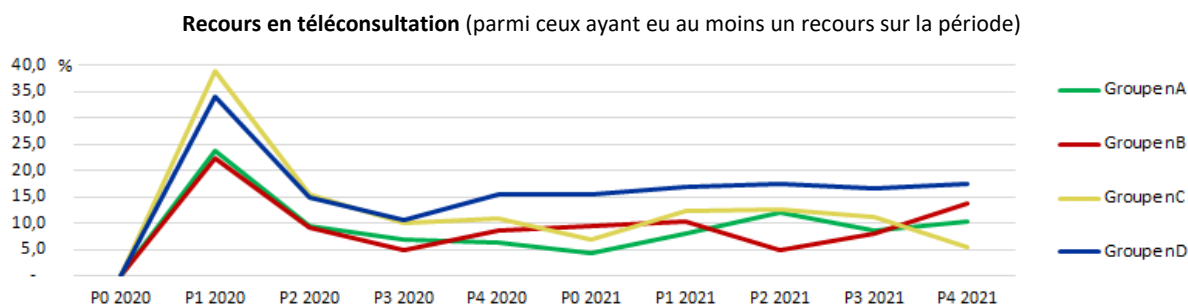
Source ● SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations ● ORS BFC-CVdL

Recours aux psychiatres libéraux avec ou sans téléconsultation

L'analyse des recours aux psychiatres libéraux montre essentiellement la part importante de ces derniers dans le groupe nD. Concernant le recours à la téléconsultation, il représente une part des recours aux psychiatres également plus élevée dans le groupe nD, sauf en P1 2020 où le recours est légèrement plus important dans le groupe nC. Sur cette période, un pic est observé pour l'ensemble des groupes-type, de manière plus ou moins importante. Parmi les jeunes ayant eu recours à un psychiatre en P1 2020, les téléconsultations représentent entre 34 % et 39 % des recours pour les groupes nC et nD et entre 20 % et 25 % pour les groupes nA et nB.

Graphique 53 : Part d'individus ayant recours à un psychiatre libéral selon les différentes périodes liées à la crise Covid pour les 4 groupes-type d'individus de 18-24 ans avec un premier soin en 2020



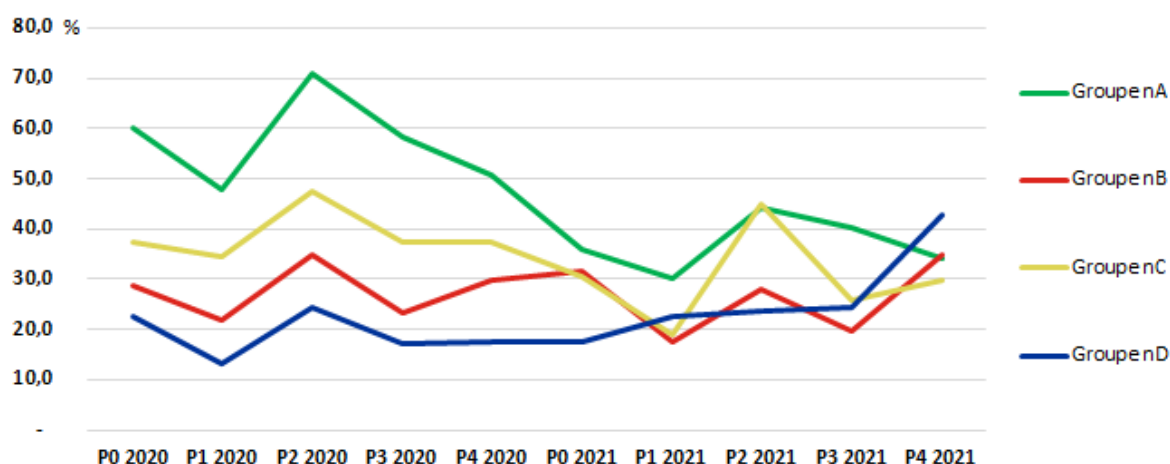


Source • SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations • ORS BFC-CVdL

Hospitalisations

Comme cela a déjà été précisé, les hospitalisations sont assez rares au sein de la population d'étude. Chez les jeunes de 18-24 ans avec un premier soin en 2020, les hospitalisations de moins de 5 jours ne concernent pas plus de 4 % des individus des différents groupes quelles que soient les périodes. Parmi les personnes hospitalisées, elles sont un peu plus fréquentes dans le groupe nA sur les quatre périodes de 2020. Dans les groupes nB et nD, les hospitalisations de moins de 5 jours ont augmenté sur la fin d'année 2021.

Graphique 54 : Part d'individus hospitalisés moins de 5 jours parmi les individus hospitalisés au moins une fois selon les différentes périodes liées à la crise Covid pour les 4 groupes-type d'individus de 18-24 ans avec un premier soin en 2020



Source • SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations • ORS BFC-CVdL

Les plus âgés avec des antécédents de prise en charge avant 2020

Caractéristiques démographiques, géographiques

Les femmes sont majoritaires dans tous les groupes (67 % dans l'ensemble), avec une légère surreprésentation dans le groupe aA (68 %), et une sous-représentation dans le groupe aC (65 %). En termes d'âge, le groupe aA est plus âgé (33 % de 60-64 ans, 28 % dans l'ensemble), le groupe aC est plus jeune (39 % de 50-54 ans, 35 % dans l'ensemble), les groupes aB et aD sont également plutôt un peu plus jeunes, davantage représentés par la classe d'âge des 55-59 ans (39 % dans le groupe aB, 38 % dans le groupe aD, pour 37 % dans l'ensemble). L'aspect urbain/rural est spécifique du groupe aB avec davantage de personnes domiciliées dans des communes à dominante urbaine (61 % contre 47 % dans l'ensemble). Enfin, l'indice FDep met en évidence une surreprésentation des quintiles les plus désavantagés dans le groupe aA ; à l'inverse, les groupes aB et aC sont sur-représentés dans les 2 premiers quintiles, moins désavantagés.

Tableau 13 : Caractéristiques socio-démographiques selon les 4 groupes-type

	Groupe aA	Groupe aB	Groupe aC	Groupe aD	Ensemble	Test du Khi-deux
	N=48 077	N=10 752	N=33 466	N=30 201	N=122 496	p
Sexe						
Femme	68,1	66,9	65,2	66,4	66,8	***
Homme	31,9	33,1	34,9	33,6	33,3	
Classe d'âges						
50-54 ans	31,7	36,6	39,2	35,9	35,2	***
55-59 ans	35,5	38,9	37,4	38,3	37,0	
60-64 ans	32,8	24,5	23,3	25,8	27,8	
Grille communale de densité (1)						
Dominante rurale	50,5	38,9	51,8	52,2	50,2	***
Dominante urbaine	49,5	61,1	48,2	47,8	49,8	
Indice Fdep des communes en 5 classes						
Q1 (Moins désavantagés)	5,6	7,6	7,4	7,1	6,7	***
Q2	15,2	17,6	17,8	17,0	16,6	
Q3	22,2	24,2	23,0	22,5	22,7	
Q4	26,0	24,6	24,6	25,0	25,3	
Q5 (Plus désavantagés)	31,0	26,0	27,1	28,3	28,8	

Précisions ● (1) Cette grille distingue 4 types de communes (1 : communes densément peuplées / 2 : communes de densité intermédiaire / 3 : communes peu denses / 4 : communes très peu denses). Les modalités 1/2 et 3/4 sont ici regroupées.

Source ● SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations ● ORS BFC-CVdL

Comorbidités

Les comorbidités, identifiées au travers des prises en charge en ALD, sont plus fréquentes dans le groupe aB (64 % versus 49 % dans l'ensemble), et dans une moindre mesure, dans le groupe aA (58 %). Plus de la moitié des personnes du groupe aB sont en ALD pour trouble mental. Si 29 % des personnes du groupe aA sont également en ALD pour ce type de pathologies, d'autres causes sont également à l'origine de prises en charge (maladies endocriniennes notamment). Le groupe aC, à l'inverse, présente une fréquence de personnes en ALD plus faible (34 %).

Tableau 14 : Caractéristiques de santé selon les 4 groupes-type

	Groupe aA	Groupe aB	Groupe aC	Groupe aD	Ensemble	Test du Khi-deux
	N=48 077	N=10 752	N=33 466	N=30 201	N=122 496	p
Prise en charge en ALD entre 2017-2021 (1)						
Quelle que soit la cause	58,3	64,1	34,1	44,5	48,8	***
Principales causes						
Trouble mental	29,4	51,9	7,8	17,7	22,6	***
Maladie endocrinienne	9,0	3,3	6,8	7,5	7,5	
Mal. Cardio-vasculaire	5,5	2,3	5,0	5,2	5,0	
Cancer	4,3	2,6	6,2	5,2	4,9	
Mal. Du système nerveux	3,8	1,1	2,3	2,9	2,9	
Mal. Ostéo-articulaire	2,8	1,2	2,8	2,7	2,6	
<i>Trouble mental ayant débuté entre 2019 et 2021</i>	3,0	5,6	2,1	2,7	2,9	***

Précisions • (1) en ALD au moins un jour donnée sur la période

Source • SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations • ORS BFC-CVdL

Caractéristiques de prises en charge en soins selon les périodes de restrictions liées à la crise Covid

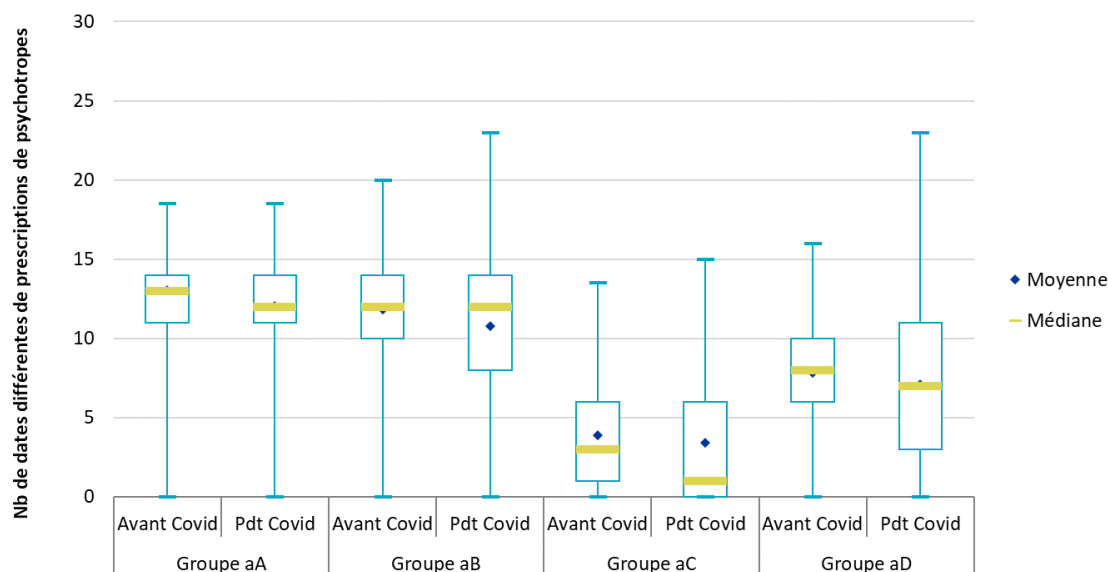
Il s'agit ici d'observer le recours en fonction des périodes de confinement ou non.

Remboursement de psychotropes

Comme chez les jeunes âgés de 18-24 ans, le nombre de dates de remboursements de psychotropes, permet d'approcher les quantités délivrées de ces médicaments. Pour rappel, la période avant Covid est l'année qui précède le premier confinement, à savoir du 17 mars 2019 au 16 mars 2020, la période « pendant Covid » s'étend sur l'année glissante qui suit (du 17 mars 2020 au 16 mars 2021).

Le groupe aA présente une relative stabilité de délivrances de psychotropes entre les deux périodes, même si la médiane diminue légèrement (de 13 à 12, soit une délivrance par mois). Les trois autres groupes ont une dispersion qui augmentent pendant la période Covid. Dans le groupe aB, la médiane est constante à 12 délivrances, le nombre maximum passe de 20 à 23 tandis que le nombre moyen baisse de 11,8 à 10,8. Pour le groupe aC, les délivrances sont bien moins nombreuses, avec une médiane qui passe de 3 à 1 entre les deux périodes (moyenne à 3,9 et 3,4). Le groupe aD, plus central en termes de nombre de délivrances, affiche une médiane à 8 pour la première période, et à 7 pour la seconde (moyenne à 7,8 et 7,1).

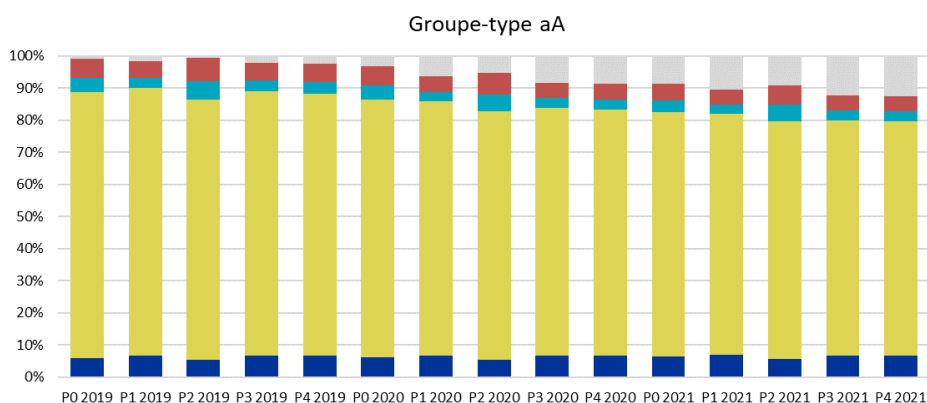
Graphique 55 : Nombre de délivrances de psychotropes entre les 2 grandes périodes avant / pendant la crise Covid pour les 4 groupes-type d'individus de 50-64 ans avec antécédents de prise en charge

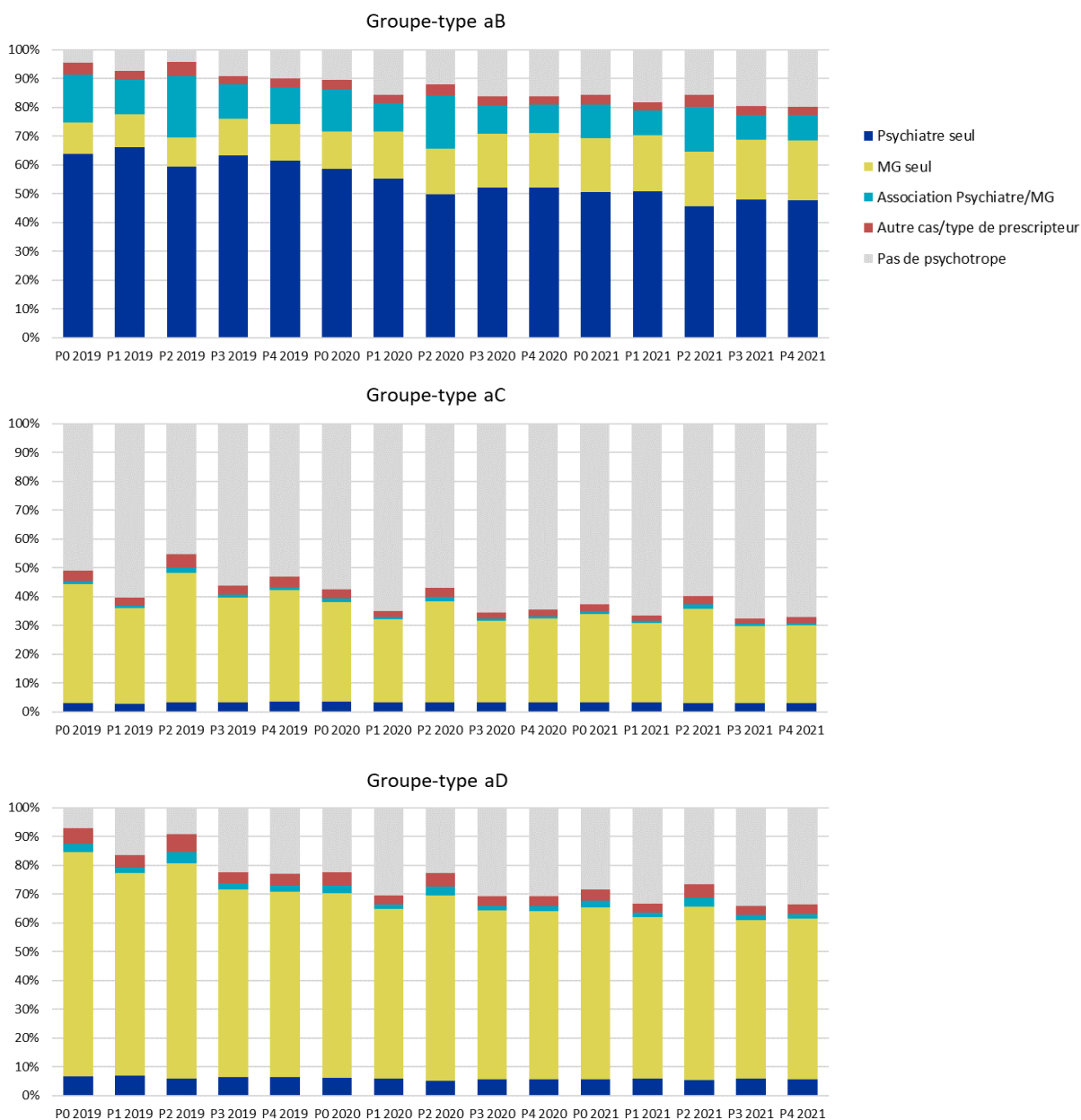


Source • SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations • ORS BFC-CVdL

De manière plus fine sur les trois années 2019 à 2021 chacune découpée en 5 sous périodes, on observe la répartition des professionnels prescripteurs de médicaments psychotropes. Au-delà du nombre de patients concernés par ce type de prescriptions, les groupes aA, aC et aD se caractérisent par des prescriptions généralement faites par un médecin généraliste. Le groupe aB se distingue avec des prescriptions réalisées en majorité par un psychiatre seul, même si un médecin généraliste seul ou une association entre psychiatre et médecin généraliste restent des types de prescripteurs assez souvent adoptés.

Graphique 56 : Types de prescripteurs de psychotropes selon les différentes périodes liées à la crise Covid pour les 4 groupes-type d'individus de 50-64 ans avec antécédents de prise en charge

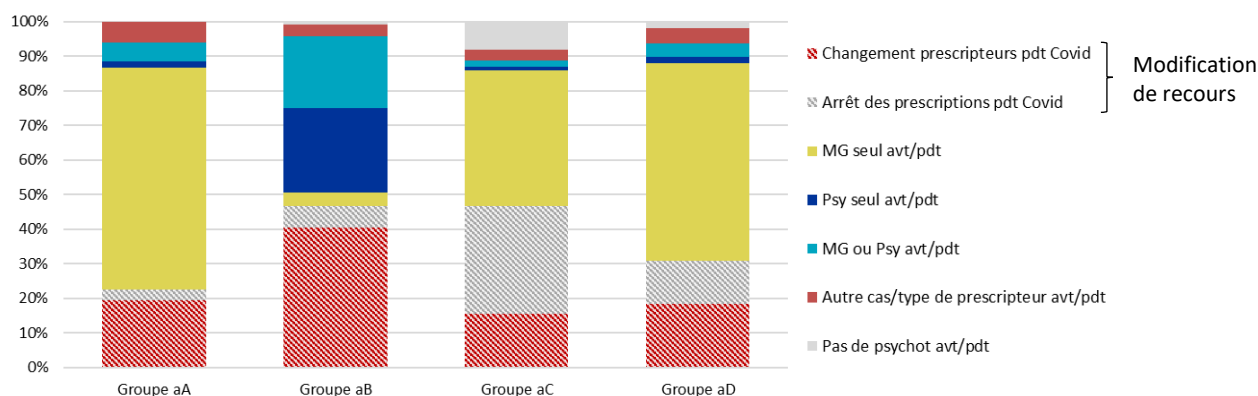




Source ● SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations ● ORS BFC-CVdL

Les changements de pratiques entre les deux grandes périodes « avant Covid » et « pendant Covid » concernent d'abord le groupe aB, avec 40 % de patients ayant changé de prescripteurs et 6 % ayant arrêté leurs prescriptions entre les deux temps. Le groupe aC se caractérise plutôt par des arrêts de prescriptions (31 %). Le groupe aA est le plus constant avec 77 % de personnes dont le prescripteur est identique, suivi par le groupe aD (69 %). Ainsi, face à la difficulté augmentée d'accès aux soins pendant la crise, un faible niveau de recours « avant Covid » a généralement conduit à des arrêts de traitements pendant la crise (Groupe aC). Chez les personnes avec un recours plus important « avant Covid », le suivi par les médecins généralistes s'avère relativement constant (groupes aA et aD), ce qui n'est pas le cas de celui des psychiatres (Groupe aB).

Graphique 57 : Changements de types de prescripteurs de psychotropes entre les 2 grandes périodes avant / pendant la crise Covid pour les 4 groupes-type d'individus de 50-64 ans avec antécédents de prise en charge



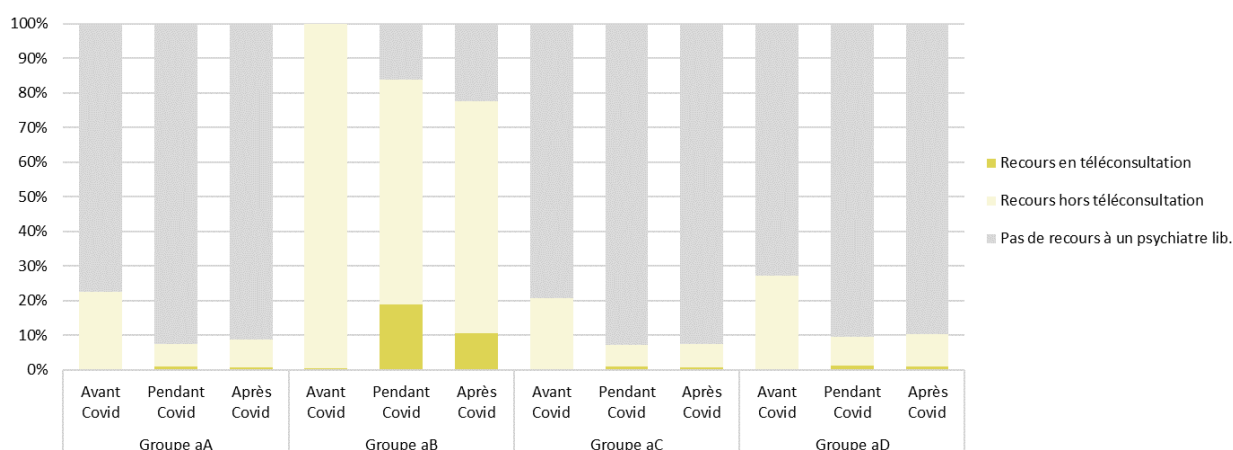
Source • SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations • ORS BFC-CVdL

Recours aux psychiatres libéraux avec ou sans téléconsultation

À l'image des chronogrammes présentés précédemment, l'observation des recours aux psychiatres libéraux en globalisant sur les 3 grandes périodes (du 1^{er} janvier 2016 au 16 mars 2020 pour la période « avant Covid », du 17 mars au 31 décembre 2020 pendant le Covid et allant du 1^{er} janvier au 31 décembre 2021 après Covid) met en évidence la spécificité du groupe aB dont le recours à ce professionnel est important. Toujours essentiellement dans ce groupe, les téléconsultations avec un psychiatre apparaissent pendant le Covid, et, bien qu'en légère baisse, continuent d'être pratiquées après Covid.

On observe des pourcentages de recours à un psychiatre plus élevés pour tous les groupes sur la période « avant Covid ». Précisions ici que cette période étant plus longue que les 2 autres, la probabilité d'un tel recours est nécessairement augmentée sur cette période.

Graphique 58 : Recours à un psychiatre libéral en téléconsultation ou non selon les différentes périodes liées à la crise Covid pour les 4 groupes-type d'individus de 50-64 ans avec antécédents de prise en charge



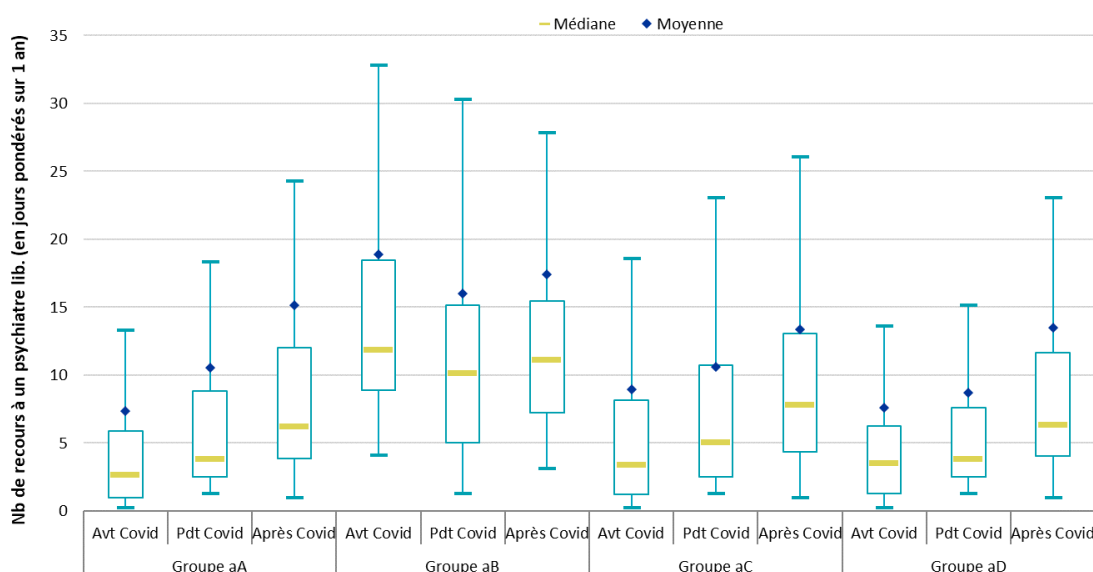
Source • SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations • ORS BFC-CVdL

En observant le nombre de recours, cette fois en nombre de jours pondérés sur une année, on s'aperçoit que le recours aux psychiatres est plus faible pour la période avant Covid, quels que soient les groupes-type. Pour les groupes aA, aC et aD, le recours augmente à chaque période, tant en moyenne qu'en médiane. Pour le groupe aB, on observe une baisse entre les périodes « avant Covid »



et « pendant Covid », la médiane passant de 11,9 à 10,1 (moyenne de 18,9 à 16,0), avant d'augmenter de nouveau sur la dernière période d'observation (médiane à 11,1 et moyenne à 17,4).

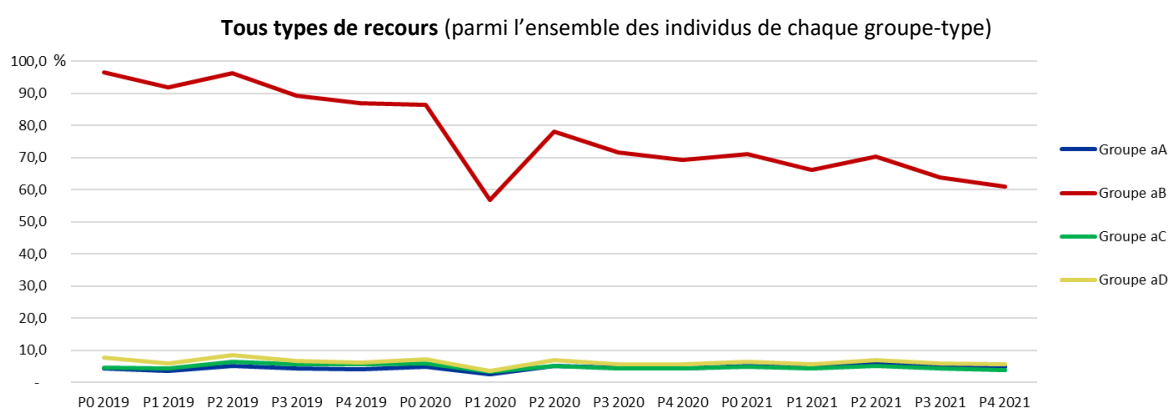
Graphique 59 : Nombre de recours à un psychiatre selon les différentes périodes liées à la crise Covid pour les 4 groupes-type d'individus de 50-64 ans avec antécédents de prise en charge

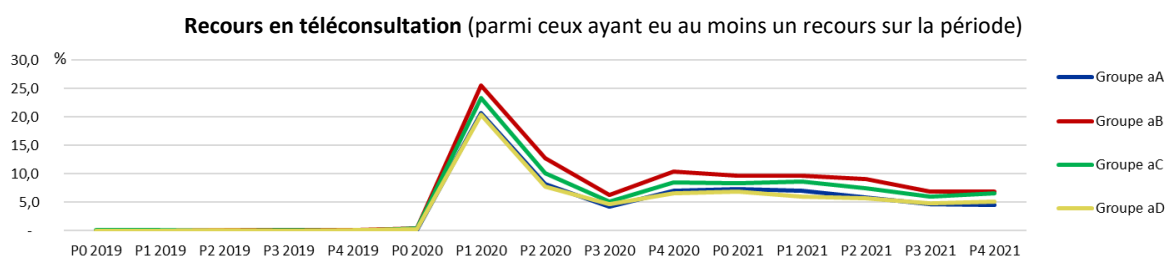


Source • SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations • ORS BFC-CVdL

L'analyse par périodes plus restreintes, entre 2019 et 2021, met en évidence la baisse des recours en P1 2020, soit au début du premier confinement, pour tous les groupes-type. Plus spécifiquement pour le groupe aB, on observe une baisse régulière de P0 2019 à P4 2021. Concernant le recours à la téléconsultation, il représente une part des recours aux psychiatres identique dans les différents groupes. On retrouve une nette augmentation en P1 2020, les téléconsultations représentant alors 20 à 25 % des recours, puis une stabilisation entre 5 et 10 % selon les groupes-type.

Graphique 60 : Part d'individus ayant recours à un psychiatre libéral selon les différentes périodes liées à la crise Covid pour les 4 groupes-type d'individus de 50-64 ans avec antécédents de prise en charge



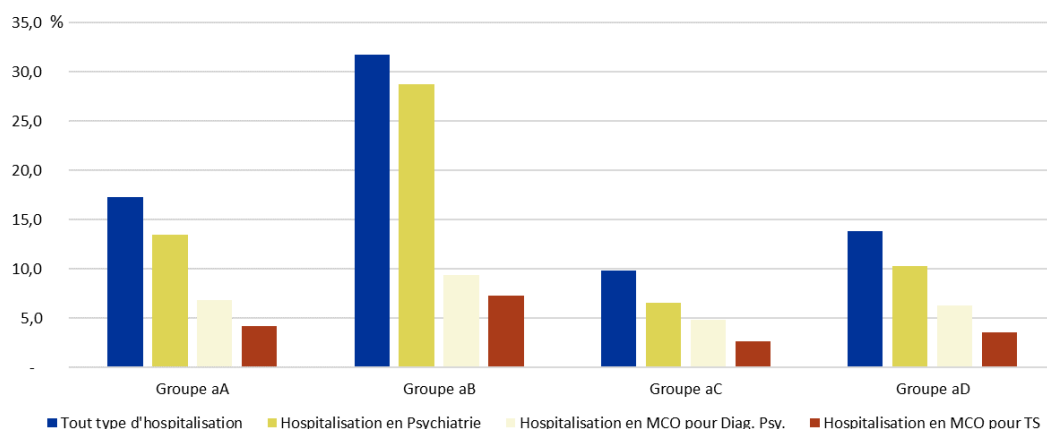


Source • SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations • ORS BFC-CVdL

Hospitalisations

Les hospitalisations sont moins fréquentes que les autres prises en charge au sein de la population d'étude. Globalement, entre 2016 et 2021, 10 % des personnes du groupe aC, 14 % de celles du groupe aD, 17 % de celles du groupe aA et 32 % de celles du groupe aB ont été hospitalisées au moins une fois quel que soit le motif, les hospitalisations en psychiatrie étant les plus fréquentes.

Graphique 61 : Pourcentage de patients hospitalisés au moins une fois entre 2016 et 2021 pour les 4 groupes-type d'individus de 50-64 ans avec antécédents de prise en charge



Source • SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations • ORS BFC-CVdL

Les fréquences d'hospitalisation augmentent légèrement dans la période après Covid pour tous les groupes-type. Les pourcentages observés sur la période « avant Covid » ne sont pas directement comparables à ceux des deux autres périodes du fait de sa durée plus longue.

Tableau 15 : Types d'hospitalisations selon les différentes périodes liées à la crise Covid pour les 4 groupes-type d'individus de 50-64 ans avec antécédents de prise en charge

	Groupe aA			Groupe aB			Groupe aC			Groupe aD		
	Avant Covid	Pdt Covid	Après Covid	Avant Covid	Pdt Covid	Après Covid	Avant Covid	Pdt Covid	Après Covid	Avant Covid	Pdt Covid	Après Covid
Pas d'hospitalisation	85,1	96,1	95,6	71,1	92,1	92,0	91,5	97,9	97,8	88,0	96,8	96,6
Hospitalisation (1)	14,9	3,9	4,4	28,9	7,9	8,0	8,5	2,1	2,2	12,0	3,2	3,4
dont en Psychiatrie	11,7	3,1	3,5	26,2	7,0	7,2	5,7	1,6	1,5	9,0	2,4	2,6
en MCO pour diag psy	5,6	1,0	1,2	7,9	1,5	1,6	4,1	0,7	0,8	5,4	1,1	1,0
en MCO pour TS	3,5	0,5	0,7	6,4	0,8	1,0	2,3	0,3	0,3	2,9	0,4	0,5

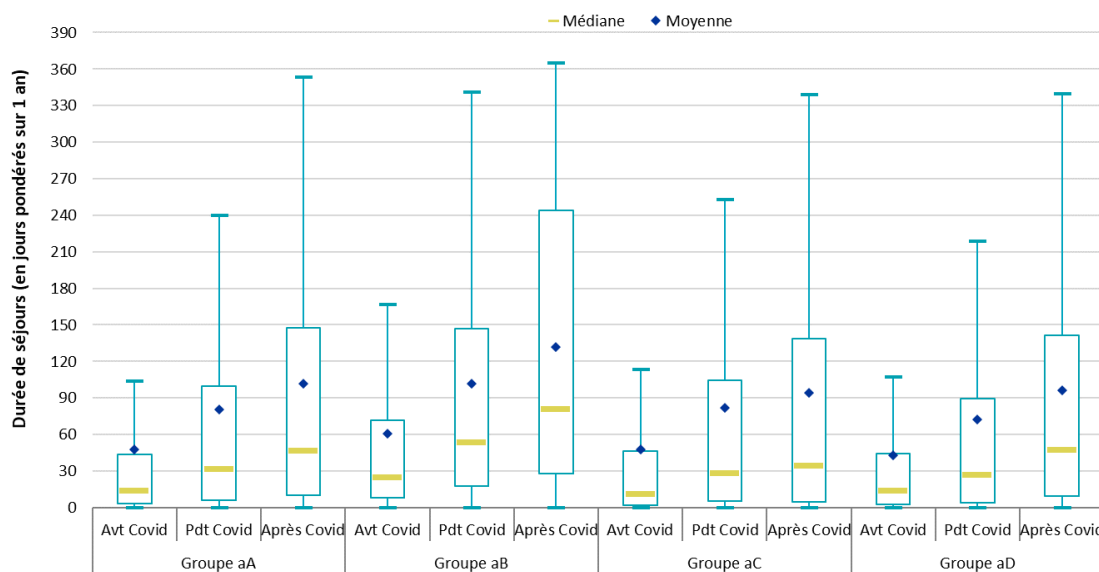
Précisions • (1) un individu peut avoir été hospitalisé à la fois en psychiatrie, en MCO pour diag psy/TS sur une période donnée, c'est pourquoi la somme des différents types d'hospitalisation ne correspond pas au pourcentage global d'hospitalisation

Source • SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations • ORS BFC-CVdL

Les durées d'hospitalisation ont également été étudiées. Celles-ci sont calculées sur chaque période considérée (avant/pendant/après Covid), prenant en compte la durée totale d'hospitalisation de l'ensemble des séjours.

Les durées d'hospitalisation observées, en pondérant le nombre de jours sur une année, sont d'ailleurs bien moins élevées sur la période « Avant Covid » dans tous les groupes. Les durées augmentent ensuite à chaque période, tant en moyenne qu'en médiane. Le groupe aB présente une augmentation plus marquée, en particulier entre les périodes « pendant Covid » et « après Covid », la médiane passant de 53 à 80 jours (moyenne de 102 à 132).

Graphique 62 : Durée de séjours selon les différentes périodes liées à la crise Covid pour les 4 groupes-type d'individus de 50-64 ans avec antécédents de prise en charge



Source • SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations • ORS BFC-CVdL

Plus finement par type d'hospitalisation, les constats sont les suivants :

- Des hospitalisations en psychiatrie majoritaires, par rapport aux autres types d'hospitalisation ;
- Une augmentation des durées d'hospitalisation entre les trois périodes.

Bien que ces types d'hospitalisation soient relativement rares, on observe davantage d'individus hospitalisés en MCO pour un diagnostic psychiatrique dans les groupes aC et aD ; le groupe aA étant un peu plus concerné par les hospitalisations pour TS ; et le groupe aB plutôt par les hospitalisations en psychiatrie.

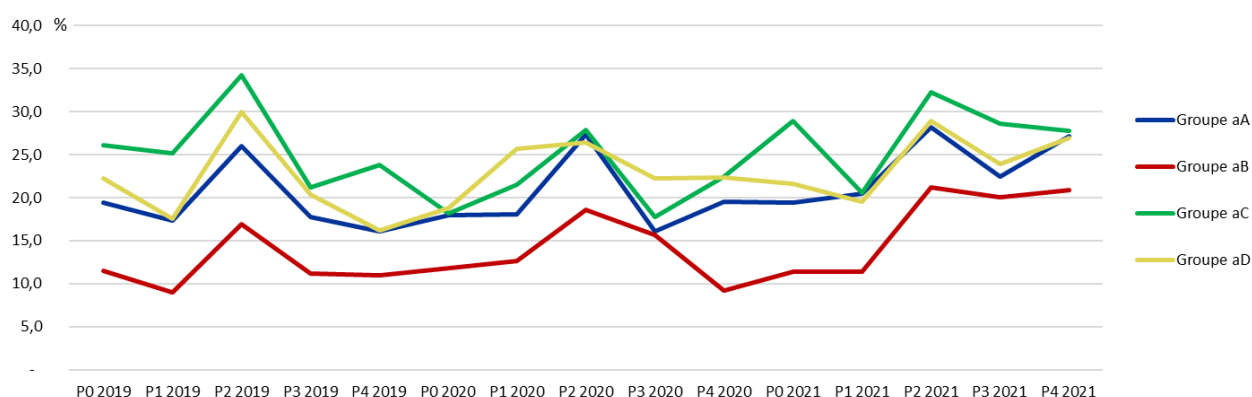
Tableau 16 : Part d'individus hospitalisés, nombre et durées d'hospitalisation selon les types d'hospitalisation et les différentes périodes liées à la crise Covid pour les 4 groupes-type d'individus de 50-64 ans avec antécédents de prise en charge

	Hospitalisation en psychiatrie			Hospitalisation en MCO pour diagnostic psychiatrique			Hospitalisation en MCO pour TS		
	Avant Covid	Pendant Covid	Après Covid	Avant Covid	Pendant Covid	Après Covid	Avant Covid	Pendant Covid	Après Covid
Individus concernés parmi ceux hospitalisés au - 1 fois (%)									
Groupe aA	68,0	17,9	20,3	32,4	6,0	6,7	20,3	3,0	3,8
Groupe aB	82,7	22,2	22,6	25,1	4,7	5,0	20,2	2,4	3,1
Groupe aC	57,4	15,8	15,3	41,1	7,5	8,2	23,1	2,7	2,7
Groupe aD	65,2	17,0	18,7	38,8	7,8	7,4	21,2	3,2	3,6
Nombre de séjours hospitaliers (moyenne - médiane)									
Groupe aA	1,7 - 0,9	2,2 - 1,3	5,1 - 2,5	1,2 - 0,5	1,5 - 1,3	3,6 - 2	1,1 - 0,5	1,5 - 1,3	4,7 - 1,9
Groupe aB	1,8 - 1	2,5 - 1,3	5,7 - 3	1 - 0,5	1,7 - 1,3	3,1 - 2	0,7 - 0,4	1,7 - 1,3	2,8 - 2
Groupe aC	2,4 - 1,3	2,3 - 1,3	6,1 - 2,7	1,6 - 0,8	1,7 - 1,3	5,6 - 2,2	1,7 - 0,8	1,5 - 1,3	5,2 - 2,2
Groupe aD	2,4 - 1,3	2,3 - 1,3	6,1 - 2,7	1,6 - 0,8	1,7 - 1,3	5,6 - 2,2	1,7 - 0,8	1,5 - 1,3	5,2 - 2,2
Durée d'hospitalisation en jours (moyenne - médiane)									
Groupe aA	58,7 - 19,7	99,2 - 44,2	121,9 - 66,2	3,4 - 0,7	4,8 - 1,3	10,2 - 2,2	2,5 - 0,6	4,8 - 1,3	10,8 - 2,4
Groupe aB	66,1 - 27,5	113,1 - 68,2	144,9 - 97,8	2,4 - 0,7	4,7 - 1,3	6,3 - 2,7	2,0 - 0,7	3,4 - 2,5	6,7 - 3,3
Groupe aC	67,7 - 23,4	107,1 - 46,7	129,3 - 64,8	4,5 - 1,1	5,8 - 1,3	9,6 - 2,4	3,7 - 1,1	3,3 - 1,3	6,9 - 2,3
Groupe aD	54,0 - 21,5	94,5 - 46,7	118,9 - 70,9	3,9 - 1,0	5,6 - 1,3	13,5 - 2,1	2,7 - 0,7	3,5 - 1,3	7,5 - 2,3

Source ● SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations ● ORS BFC-CVdL

Les hospitalisations de moins de 5 jours peuvent être considérées comme des hospitalisations dites « de crise », favorisant la solution à court terme d'un suivi hors des murs de l'hôpital. Si elles concernent moins de 1 % des individus de chaque groupe, leur fréquence varie parmi les personnes hospitalisées. Elles sont plus rares dans le groupe aB (10 à 20 % selon les périodes), peut-être du fait d'un suivi plus spécifique par un psychiatre de ville.

Graphique 63 : Part d'individus hospitalisés moins de 5 jours parmi les individus hospitalisés au moins une fois selon les différentes périodes liées à la crise Covid pour les 4 groupes-type d'individus de 50-64 ans avec antécédents de prise en charge



Source ● SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations ● ORS BFC-CVdL



Les plus âgés présentant un premier soin pour dépression, trouble névrotique ou TS en 2020

Caractéristiques démographiques, géographiques

Les femmes sont majoritaires dans tous les groupes (61 % dans l'ensemble), avec une légère surreprésentation dans les groupes nA et nE (64 %). En termes d'âge, le groupe nB est plus âgé (34 % de 60-64 ans, 29 % dans l'ensemble), le groupe nC est un peu plus jeune (38 % de 50-54 ans, 36 % dans l'ensemble), le groupe nD est également plutôt un peu plus jeune, sous-représenté dans la classe d'âge des 60-64 ans (24 % pour 29 % dans l'ensemble). L'aspect urbain/rural est spécifique du groupe nD avec davantage de personnes domiciliées dans des communes à dominante urbaine (59 % contre 47 % dans l'ensemble). Enfin, l'indice FDep met en évidence une surreprésentation des quintiles les plus désavantagés dans le groupe nB. À l'inverse, les groupes nA et nD sont sur-représentés dans les 2 premiers quintiles, moins désavantagés.

Tableau 17 : Caractéristiques socio-démographiques selon les 5 groupes-type

	Groupe nA	Groupe nB	Groupe nC	Groupe nD	Groupe nE	Ensemble	Test du Khi-deux
	N=6 012	N=6 329	N=17 945	N=1 554	N=5 929	N=37 769	p
Sexe							
Femme	64,2	58,7	59,4	60,6	63,9	60,8	***
Homme	35,8	41,3	40,6	39,4	36,1	39,2	
Classe d'âges							
50-54 ans	35,3	31,0	38,2	37,0	37,0	36,3	***
55-59 ans	35,4	34,6	34,6	38,7	34,6	34,9	
60-64 ans	29,4	34,4	27,2	24,3	28,5	28,8	
Grille communale de densité (1)							
Dominante rurale	52,5	53,2	53,4	41,2	55,2	53,0	***
Dominante urbaine	47,5	46,8	46,6	58,8	44,8	47,0	
Indice Fdep des communes en 5 classes							
Q1 (Moins désavantagés)	8,1	6,9	7,2	8,2	7,3	7,4	***
Q2	18,3	16,3	17,5	19,9	18,1	17,6	
Q3	22,6	21,2	23,0	25,7	22,9	22,7	
Q4	24,9	26,3	24,9	22,2	25,0	25,0	
Q5 (Plus désavantagés)	26,2	29,4	27,4	23,9	26,8	27,3	

Précisions ● (1) Cette grille distingue 4 types de communes (1 : communes densément peuplées / 2 : communes de densité intermédiaire / 3 : communes peu denses / 4 : communes très peu denses). Les modalités 1/2 et 3/4 sont ici regroupées.

Source ● SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations ● ORS BFC-CVdL

Comorbidités

Les comorbidités, identifiées au travers des prises en charge en ALD, sont plus fréquentes dans le groupe nB (43 % versus 33 % dans l'ensemble), et dans une moindre mesure, dans le groupe nD (41 %) ; les pathologies du groupe nD sont plutôt liées à la santé mentale, celles du groupe nB sont plus variées (maladies endocriniennes, maladies cardiovasculaires). Le groupe nC, à l'inverse, présente une fréquence de personnes en ALD plus faible (28 %).

Tableau 18 : Caractéristiques de santé selon les 5 groupes-type

	Groupe nA	Groupe nB	Groupe nC	Groupe nD	Groupe nE	Ensemble	Test du Khi-deux
	N=6 012	N=6 329	N=17 945	N=1 554	N=5 929	N=37 769	p
Prise en charge en ALD entre 2017-2021 (1)							
Quelle que soit la cause	31,1	43,3	27,9	40,9	35,6	32,8	***
Principales causes							
Trouble mental	4,8	14,5	3,0	23,9	6,9	6,7	***
Maladie endocrinienne	6,6	8,0	6,7	4,1	8,3	7,0	
Mal. Cardio-vasculaire	5,2	6,6	5,0	3,5	6,0	5,4	
Cancer	6,8	4,9	6,0	3,0	5,6	5,8	
Mal. Du système nerveux	1,9	3,1	1,8	1,7	3,1	2,2	
Mal. Ostéo-articulaire	2,4	2,5	2,4	1,8	2,2	2,3	
<i>Trouble mental ayant débuté entre 2019 et 2021</i>	1,6	3,4	0,6	11,1	3,0	2,0	***

Précisions ● (1) en ALD au moins un jour donnée sur la période

Source ● SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations ● ORS BFC-CVdL

Caractéristiques de prises en charge en soins selon les périodes de restrictions liées à la crise Covid

Comme chez les jeunes, il s'agit ici d'observer le recours à différentes prises en charge sur les 5 sous périodes des années 2020 et 2021. Pour rappel, les périodes retenues sont les suivantes :

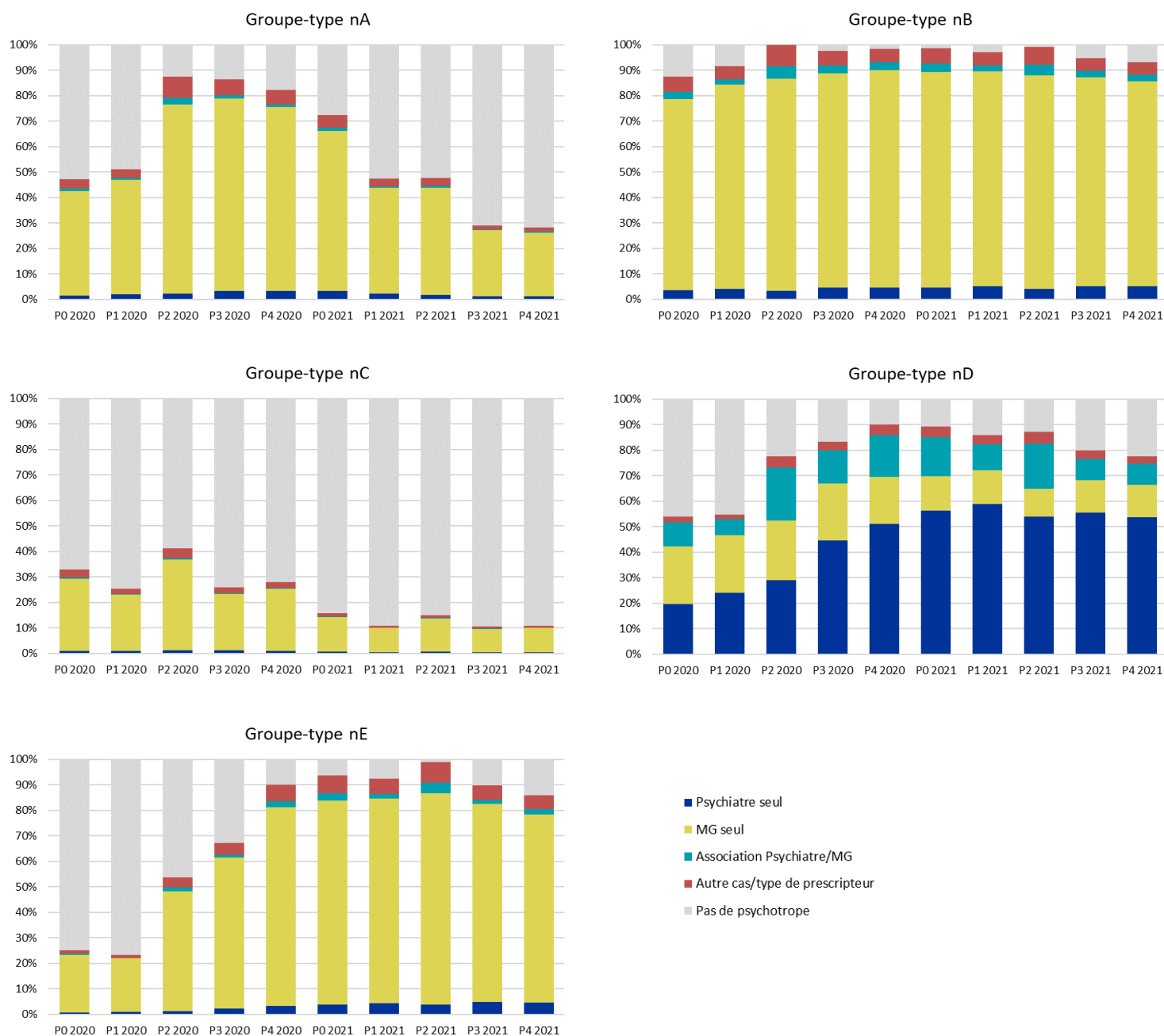
- Du 1^{er} janvier au 16 mars (P0) ;
- Du 17 mars au 11 mai (P1) ;
- Du 12 mai au 31 août (P2) ;
- Du 1^{er} septembre au 29 octobre (P3) ;
- Du 30 octobre au 31 décembre (P4).

Remboursement de psychotropes

On observe ici la répartition des prescriptions de médicaments psychotropes selon les professionnels ou groupes de professionnels prescripteurs. Cette modalité de présentation permet d'abord d'identifier les périodes où les prescriptions sont les plus importantes (et inversement), puis de visualiser d'éventuels changements de pratique en termes de professionnels sollicités, par groupe-type. Dans le groupe nA, les périodes P2 2020 et P3 2020 sont celles où les patients sont les plus nombreux à avoir reçu au moins une prescription ; le médecin généraliste étant le prescripteur principal. Dans le groupe nB, la part de prescriptions est particulièrement élevée à toutes les périodes, avec le plus souvent des prescriptions d'un médecin généraliste. Le groupe nC est celui pour lequel les prescriptions sont bien plus faibles, la période P2 2020 étant la plus importante. Le médecin généraliste est toujours le prescripteur essentiel. Le groupe nD se distingue avec des prescriptions réalisées en majorité par un psychiatre seul, même si un médecin généraliste seul ou une association entre psychiatre et médecin généraliste restent des types de prescripteurs assez souvent adoptés. Dans ce groupe-type, les périodes P4 2020 à P2 2021 sont les plus importantes en termes de part de patients avec au moins une prescription de psychotropes. On retrouve ces mêmes périodes importantes pour le groupe nE, avec toutefois des remboursements beaucoup moins fréquents en amont (P0 et P1 2020 notamment). Le médecin généraliste reste le prescripteur le plus habituel.



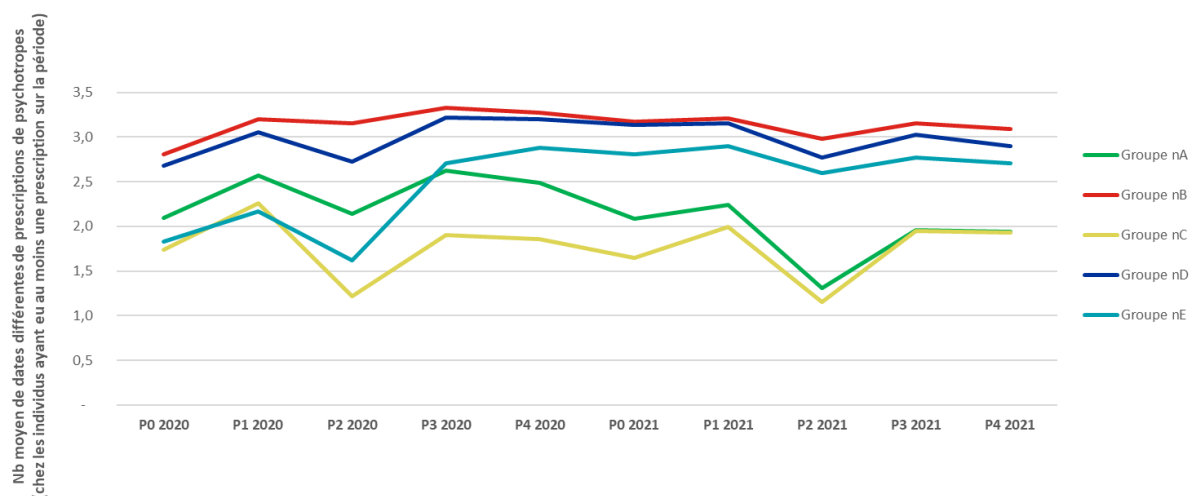
Graphique 64 : Types de prescripteurs de psychotropes selon les différentes périodes liées à la crise Covid pour les 5 groupes-type d'individus de 50-64 ans avec un premier soin en 2020



Source • SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations • ORS BFC-CVdL

Au niveau des nombres de délivrances parmi les individus ayant eu au moins une délivrance par période et groupe-type, les groupes nB et nD ont le nombre moyen le plus élevé (de 2,7 à plus de 3 selon les périodes). Le groupe nE atteint également près de 3 délivrances moyennes sur certaines périodes, notamment en fin d'année 2020 et sur l'ensemble de l'année 2021. Le groupe nA se distingue avec un nombre moyen de délivrances plus important en 2020 et qui diminue en 2021. Le groupe nC est le groupe avec le plus faible nombre moyen de délivrances parmi les individus ayant eu au moins une délivrance au cours des périodes. Ce nombre moyen est globalement stable sur l'ensemble des périodes.

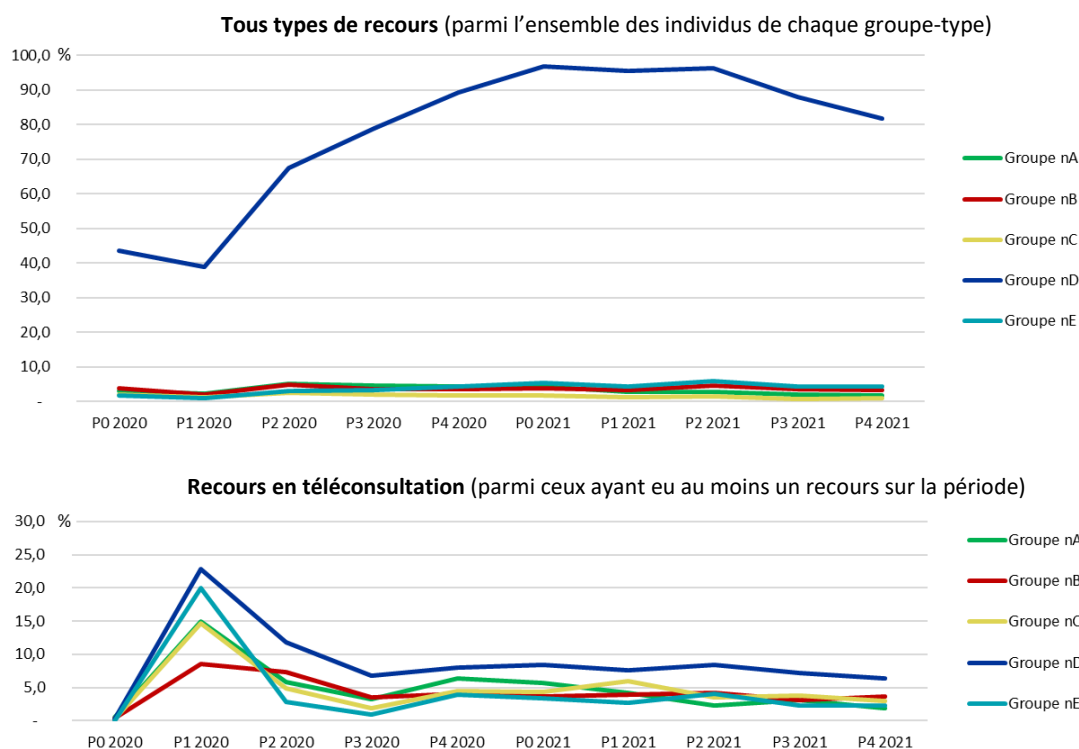
Graphique 65 : Nombre de délivrances de psychotropes parmi les individus ayant eu au moins une délivrance selon les différentes périodes liées à la crise Covid pour les 5 groupes-type d'individus de 50-64 ans avec un premier soin en 2020



Recours aux psychiatres libéraux avec ou sans téléconsultation

L'analyse spécifique des recours aux psychiatres libéraux montre essentiellement la part importante de ces derniers dans le groupe nD. Concernant le recours à la téléconsultation, il représente une part des recours aux psychiatres également plus élevée dans le groupe nD. On observe un pic en P1 2020, plus ou moins important selon les groupes-type, mais toujours présent. A cette période, les téléconsultations représentant alors 15 à 25 % des recours pour les groupes nA, nC, nD et nE. Seul le groupe nB reste marginal avec moins de 10 % des recours aux psychiatres correspondant à une téléconsultation.

Graphique 66 : Part d'individus ayant recours à un psychiatre libéral selon les différentes périodes liées à la crise Covid pour les 5 groupes-type d'individus de 50-64 ans avec un premier soin en 2020



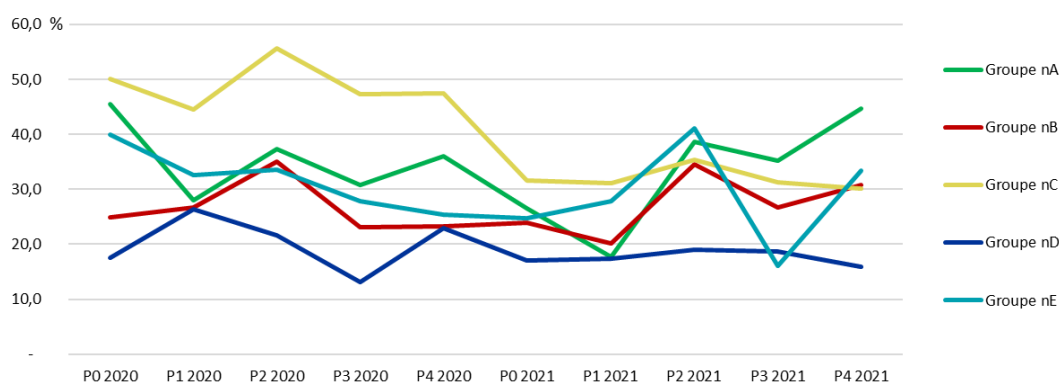
Source : ● SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations ● ORS BFC-CVdL



Hospitalisations

Comme cela a déjà été précisé, les hospitalisations sont assez rares au sein de la population d'étude, plus encore dans la population des 50-64 ans avec un premier soin pour dépression, trouble névrotique ou TS en 2020. Les hospitalisations de moins de 5 jours ne concernent pas plus de 1 % des individus des différents groupes quelles que soient les périodes. Parmi les personnes hospitalisées, elles sont un peu plus fréquentes dans le groupe nC sur les quatre périodes de 2020.

Graphique 67 : Part d'individus hospitalisés moins de 5 jours parmi les individus hospitalisés au moins une fois selon les différentes périodes liées à la crise Covid pour les 5 groupes-type d'individus de 50-64 ans avec un premier soin en 2020



Source • SNDS (DCIR-PMSI) ; Exploitations • ORS BFC-CVdL

Synthèse des résultats quantitatifs

Il ressort de la phase exploratoire d'analyse une forte augmentation de prise en charge en santé mentale sur la période « liée à la crise Covid », chez les jeunes de 18-24 ans déjà suivis, et, bien que moins marquée, chez les personnes de 50-64 ans « nouveaux » patients. Cette phase met également en exergue un accroissement des prises en charge en zone rurale.

La typologie des parcours de soins permet de nuancer ces premiers constats, l'impact de la crise Covid étant plus ou moins marqué selon les groupes-type d'individus.

Ainsi, chez les patients avec des antécédents, les personnes âgées de 50-64 ans sont majoritairement des consommateurs présentant un problème chronique de santé mentale (48 % des 50-64 ans avec antécédents) avec des prises en charge régulières, y compris pendant la période de crise Covid.

Chez les plus jeunes, au contraire, on retrouve une majorité ayant un faible recours (59 % des 18-24 ans avec antécédents). Les autres groupes de personnes âgées de 18-24 ans se différencient essentiellement par la période d'entrée en soins, plus ou moins avancée dans le temps, en lien direct avec l'âge de ces jeunes.

Finalement, pour les deux groupes d'âge étudiés, on ne distingue pas d'arrêt complet de prise en charge dans les parcours de soins spécifiquement sur la période de crise. Pour autant dans certains cas, le recours a été modifié pendant la crise. Par exemple, lorsque le prescripteur principal de psychotropes hors période Covid était un psychiatre, beaucoup d'individus se sont tournés vers un médecin généraliste au moment des confinements, sans doute pour s'adapter à l'impossibilité de consulter un spécialiste. Par ailleurs, les personnes hospitalisées du fait de leur santé mentale, peu nombreuses dans la population d'étude, n'ont pu être étudiées spécifiquement. Pour autant, on entrevoit leur comportement singulier en période de crise sanitaire : quand globalement la part d'individus hospitalisés a diminué, ces personnes, déjà hospitalisées antérieurement, l'ont été davantage au moment des confinements.

Chez les patients avec un premier soin au moment de la crise, la plupart des individus, jeunes comme plus âgés, ont eu un recours très ponctuel aux soins focalisé pendant la crise. On suppose que ce recours est sans conséquence *a posteriori*, en tout cas en termes de soins. On distingue toutefois deux catégories de comportements : un profil majoritaire, de personnes ayant eu un recours faible aux soins pendant la crise (respectivement 65 % des 18-24 ans et 48 % des 50-64 ans, avec un premier soin) et un profil de personnes dont le recours a marqué un pic en milieu d'année 2020 (respectivement 14 % et 16 %). Pour les autres personnes dont le premier soin a débuté au moment de la crise, les conséquences semblent manifestement plus importantes, avec une continuité de prise en charge jusqu'en fin d'année 2021 et une prise en charge en ALD plus fréquente.

Au-delà des différents comportements de soins identifiés, il faut noter la récurrence de groupes-types de personnes avec un recours assez fréquent à des psychiatres libéraux. Ces groupes-types, constitués d'habitants de zones urbaines plus fréquemment que la moyenne, ressortent systématiquement des analyses, indépendamment des groupes d'âge jeunes ou plus âgés mais aussi de l'antériorité de la prise en charge pour santé mentale.

La phase quantitative permet d'identifier des parcours de soins récurrents avant et pendant la crise, mais assez peu post-Covid, du fait de l'indisponibilité des données au moment des analyses. De plus, la complexité des liens entre problèmes de santé mentale, comportements de soins et plus largement facteurs socio-démographiques n'est que partiellement traitée et doit aussi être complétée par la perception des individus face à cette période très particulière de crise Covid. C'est tout l'intérêt de l'exploration qualitative qui viendra éclairer, compléter la phase quantitative de l'étude sur ces aspects.



APPROCHE QUALITATIVE



Partie 1. Apparition des souffrances

I. Temporalités du mal-être

Un trouble psychique³¹ est un objet temporel qui se construit. Dans la temporalité propre au trouble psychique se succèdent différentes phases : l'identification par la personne qu'elle rencontre un problème, que celui-ci soit considéré comme relevant de la santé mentale ou non ; sa nomination, puis l'expression d'un besoin d'aide à ses proches ou à des professionnels identifiés ; la prise en charge de ce problème et la stabilisation du trouble voire sa guérison (Demailly, 2011). Au gré de ces étapes, la personne, si elle souhaite être accompagnée, devra également identifier un ou plusieurs professionnels et s'assurer de pouvoir y accéder, financièrement, géographiquement et dans une temporalité « acceptable ». La temporalité dans laquelle s'inscrit la souffrance psychique et le rythme de passage des différentes étapes influent alors sur certains aspects des expériences vécues. Notons que, dans notre corpus, l'inscription de la souffrance psychique dans les trajectoires biographiques est très différenciée : parfois apparue durant l'enfance, parfois plus tard ; avec des épisodes très éloignés les uns des autres ou un mal-être en continu etc. Appréhender la manière dont des personnes racontent leurs souffrances et leurs prises en charge en fonction de la temporalité dans laquelle elles s'inscrivent et à partir du prisme de leur apparition – avant ou pendant l'épidémie – a pour objectif de relever des similitudes sans pour autant nier la variété des situations et des parcours.

Pour la majorité des enquêtés, qu'elles soient apparues avant ou pendant la crise sanitaire, les souffrances perdurent après celle-ci, et ce même si les éléments identifiés comme déclencheurs des troubles sont issus du Covid-19 ou des conditions de confinement. Même si le volet quantitatif de notre étude montre que les soins qui y sont associés n'ont pas forcément augmenté pendant les périodes de confinement pour ces profils, de nombreuses personnes qui avaient des antécédents de troubles psychiatriques avant la période de covid-19 rapportent des troubles anxiodépressifs durant celle-ci³².

Pour les personnes dont les souffrances psychiques sont apparues avant l'épidémie de Covid-19, les troubles s'inscrivent dans une temporalité longue, tout autant que la prise en charge qui a permis de mettre en lien des événements passés avec le mal-être.

Il est intéressant de noter que la majorité des personnes ayant participé aux entretiens tissent des fils entre leur souffrance et des événements biographiques antérieurs, à l'inverse de celles et ceux dont les souffrances sont apparues durant l'épidémie.

« Alors, moi, ça remonte à très longtemps. Bien avant le Covid, parce que quand j'étais petite, mes parents se sont séparés. Donc, à partir de là, j'ai commencé à voir des professionnels : des psychologues, des psychiatres... J'ai jamais eu de très longs suivis » (Elie, 18 ans)

Pour les enquêtés de la classe d'âge 18-24 ans, certains moments-clés de la trajectoire biographique peuvent être corrélés à l'apparition de leur souffrance ; notamment les passages charnières tels que l'« entrée dans l'adolescence » et « dans la vie adulte », les changements qui les jalonnent (entrée au

³¹ L'usage de la notion de trouble psychique est fait dans une acception sociologique, c'est-à-dire divers affects faisant l'objet d'un étiquetage psychologique / pathologique et caractérisés par une sensation de « souffrance » mentale, de tristesse intense et récurrente (Brossard B. « Quand la scolarité dépasse la scolarité. Etude des pratiques d'automutilation au prisme de l'expérience scolaire », Agora débats/jeunesses, vol. 55, n° 2, 2010, pp. 35-47.).

³² Ce qu'indique également Roscoat Du E. « Focus sur la santé mentale des Français : résultats de l'enquête COVIPREV », Rencontres de Santé publique France, Session plénière COVID19 et sociétés, 26 mai 2021.

collège, au lycée, à l'université...) et s'avèrent être « des périodes d'accumulation de capitaux culturels et d'anticipation de l'insertion actuellement difficile sur le marché du travail » (Brossard, 2010).

« J'étais mal dans ma peau. J'avais de la colère et de la haine envers moi-même [...] Oui, ça a duré tout le collège. Après, ça a évolué un petit peu » (Jade, 22 ans)

« Et là, ça a été le chaos total. Parce qu'en fait, il y a eu trop de choses en même temps. Nouveau lycée avec beaucoup plus de monde, beaucoup plus de travail aussi. Donc, le fait de revenir à l'école avec autant de monde : c'était vraiment le chaos. Je n'ai pas tenu longtemps. J'ai eu beaucoup, beaucoup, beaucoup d'arrêts maladie parce que je ne supportais pas. J'avais des migraines pas possibles. Je ne supportais vraiment pas le lycée. Et jusqu'à ce que j'abandonne totalement le lycée, j'ai fait une dépression pendant deux ans. Un an ou deux ans. » (Elie, 18 ans)

Lorsque la souffrance psychique est apparue durant l'enfance, les discours traduisent l'incorporation de cette souffrance, une forme de naturalisation des troubles, et ce même si la souffrance est reliée à un événement extérieur daté. Dans d'autres contextes sociaux, les sociologues montrent que la naturalisation des savoirs est une manière de ne pas remettre en cause l'ordre établi. Ici, nous pouvons émettre l'hypothèse que cette naturalisation est une manière d'expliquer son mal-être, de lui donner une légitimité, une consistance sans rendre responsable des tiers, ici des parents.

*« Les émotions fortes sont un peu un vécu depuis toujours. Pareil pour les pensées qui peuvent être assez vivaces. **Je suis un peu fabriqué comme ça** » (Malo, 22 ans)*

*« En fait, depuis que j'ai des souvenirs, je ne sais pas, 4, 5, 6, 7 ans, **j'ai toujours été angoissée**, toujours eu mal au ventre, toujours eu ce genre de choses-là. Je pensais que c'était seulement en rapport avec ma situation familiale... parce que, bon ça, ça n'a rien à voir, mais mes parents se sont séparés quand j'étais bébé, j'avais 9 mois » (Pénélope, 22 ans)*

Pour la grande majorité des enquêtés dont la souffrance est antérieure au Covid-19, l'épidémie est venue réactiver ou intensifier leurs troubles psychiques. La crise sanitaire apparaît comme un élément déclencheur ou du moins comme un ensemble d'événements contribuant significativement au développement des troubles psychiques.

« Le 17 mars, on ne comprend plus ce qui arrive. On n'a plus le droit de sortir. Alors, moi qui étais tous les soirs en bringue, avec mes potes, des nanas [...] même si j'ai un fond anxiodépressif chronique que je ne cache pas, j'ai ressenti vraiment, à partir de ce 17 mars-là, un choc carcéral qui s'est abattu sur moi. » (Jérôme, 46 ans)

« J'ai bien rechuté [au moment de l'épidémie]. Pas autant qu'en 96 évidemment. Parce que je sais ce que c'est d'être tout au fond et je sais que si j'arrive à ce stade-là, c'est tellement dur à remonter qu'il ne faut pas y arriver » (Marie, 64 ans)

L'altération des conditions de vie imposées par les confinements, des conditions d'apprentissage, l'augmentation de la charge de travail et la restriction des déplacements et des liens sociaux sont autant d'éléments qui ont participé à une dégradation de la santé mentale des enquêtés. Notons que la dégradation de la santé mentale des jeunes – 18-30 ans – au cours du premier confinement a été plus importante que celle de leurs aînés (Peretti-Watel et Delespierre, 2022). Le Covid-19 a ainsi été synonyme de décrochage scolaire, d'intensification des angoisses, cauchemars, de l'isolement social...

« Et à la fin de l'année, du coup, il y a eu le Covid. Donc là, j'ai complètement décroché l'école. De toute façon, les profs savaient que j'avais des difficultés chez moi à rester concentrée. Encore plus que quand j'étais à l'école. Donc, ils savaient très bien que je n'allais pas vraiment faire d'efforts par rapport à ça » (Elie, 18 ans)



« Donc, je me suis retrouvée d'un coup, toute seule. Mes relations sociales s'étaient arrêtées aussi parce que mes amis, soit ils étaient en études, soit ils travaillaient, mais ils n'avaient pas d'arrêt de production, donc, ils étaient au boulot. Et ouais, je me suis retrouvée toute seule d'un coup dans un petit appart de 20 mètres carrés sans pouvoir faire quoi que ce soit, et ça a été très, très compliqué » (Johanna, 24 ans)

« Tout ce qui est relié au confinement, c'est que je ne pouvais pas sortir quoi, et que du coup... Voilà, ça majorait mes symptômes. J'avais perdu mon équilibre, quoi. » (Baptiste, 24 ans)

Rares sont celles et ceux pour qui l'épidémie de Covid-19 n'a eu que peu d'impact sur leurs souffrances. La situation de Pénélope est éclairante. Elle se définit comme hypocondriaque et anxieuse à l'idée de tomber malade de manière générale – anxiété qu'elle lie directement aux problèmes de santé de sa mère. L'épidémie de Covid-19 n'a ainsi pas directement accentué ses troubles.

« Je pense que ça s'est fait plutôt dans la continuité. Si j'avais pas vécu tout ça avant, peut-être que... Enfin, certainement, ça aurait été beaucoup plus difficile pour moi, je pense. Et là, le fait que j'étais familiarisée avec tous les désagréments que ça amenait, donc le stress, le fait de faire attention à l'hygiène, etc. Je pense que j'avais déjà ce truc-là, donc ça a pas changé grand-chose, si ce n'est qu'on était plus obligés de sortir » (Pénélope, 22 ans)

Par ailleurs, les antécédents de troubles mentaux de sa mère jouent un rôle dans l'appréhension de sa propre souffrance psychique, en permettant à Pénélope de réinscrire sa souffrance dans une histoire familiale. Si les troubles de sa mère ont été vecteurs de traumatismes pour elle, ils lui permettent, *via* son propre diagnostic, de redonner du sens à son enfance. *« La représentation d'une transmission intergénérationnelle du mal-être se trouve au premier plan des explications comme si les souffrances présentes devaient avoir leur source dans l'enfance et notamment, la famille. »³³*

« Une chose que je rejetais totalement avant, parce que ma mère, quand elle était malade, elle a vu un nombre de psychologues, je ne sais même pas combien, mais je crois vraiment, tous ceux qui étaient dans ma région natale, elle les a vus, et même plus loin, d'ailleurs. Et ça n'a jamais fonctionné pour elle. Pourquoi ? Parce que justement, tout ça, c'est héréditaire, et qu'elle ne le savait pas, mais elle était aussi hypersensible, aussi HPI, aussi tout ça. En fait, à travers les personnes que j'ai vues et ce que j'ai découvert sur moi, quand je lui en ai parlé, eh ben, elle s'est rendue compte qu'elle l'était aussi » (Pénélope, 22 ans)

Lorsque la souffrance psychique s'inscrit dans un temps long, évolue au cours des trajectoires biographiques et des événements qui la composent, qu'elle a fait l'objet d'une prise en charge par des professionnels, la manière dont l'épidémie de Covid-19 influe sur la santé mentale des enquêtés peut être nuancée. Il ne s'agit pas d'en minimiser l'impact puisque l'épidémie de Covid-19 s'est accompagnée d'une résurgence, voire d'une intensification de la souffrance psychique, mais d'indiquer que cette antériorité a permis, dans certaines situations, une identification plus rapide des symptômes et un travail réflexif favorisant la compréhension des causes de la souffrance.

« Justement c'était le fait de revivre ça en fait, ça a fait ressortir d'autres traumatismes que j'avais. Moi j'ai été dépressive très longtemps donc je connaissais assez bien – donc c'est pour ça que j'ai vu que j'étais en dépression. » (Inès, 55 ans)

³³ Doucet Marie-Chantal, « L'individu en travail : du mal-être existentiel à l'aller mieux ? », in, Demailly Lise (dir.) ; Garnoussi Nadia (dir.). Aller mieux : Approches sociologiques. Nouvelle édition [en ligne]. Villeneuve d'Ascq : Presses universitaires du Septentrion, 2016.

Les personnes dont la souffrance psychique est apparue durant l'épidémie de Covid-19 n'ont pas toutes été affectées au même moment. En effet, la temporalité de l'apparition des souffrances s'est échelonnée au gré des mesures sanitaires. Pour certains, elles sont apparues dès le premier confinement. Le caractère soudain de l'enfermement – rappelons que l'un des enquêtés parle de « choc carcéral » – ainsi que la rupture nette des conditions habituelles de vie, de travail ou d'études occasionnée par le premier confinement constituent un substrat fertile aux souffrances psychiques.

« Franchement, je ne sais pas. J'avais l'impression que le fait qu'on nous ait confinés, on m'avait coupé du monde. C'est comme si on m'avait dit : tu rentres chez toi et tu ne sortiras plus. Mais je ne sais pas vraiment. Je ne sais pas vraiment ce qui pourrait expliquer ça, quoi » (Maïssa, 18 ans)

« C'est l'exode, le long confinement des trois premiers mois. C'est tout. Ce que j'en retire, c'est ces deux choses qui ont déclenché vers moi un sentiment de, je veux dire : « mais c'est en 2020 mais c'est fou quoi ! ». Pour moi, c'est une augmentation sensible de l'anxiété et du stress, c'est tout » (Étienne, 62 ans)

« Je l'ai très mal vécu, parce que ça nous a coupés du monde. Je voyais la fin du monde. Je pensais qu'on allait tous partir de ça. Le fait de ne plus avoir de lien social... de ne plus voir mes petits-enfants... de ne plus aller voir ma fille. Ça a été horrible pour moi » (Agnès, 69 ans)

Durant le premier confinement, les interactions sociales sont devenues une source de danger, si bien qu'Agnès soulignera au cours de son entretien qu'elle s'est sentie « protégée » lors du premier confinement, et que sa souffrance s'est amplifiée au moment du déconfinement. La diversité des expériences des confinements sera abordée plus en détails ultérieurement. Néanmoins, concernant la temporalité des souffrances psychiques, il est intéressant de noter que si pour certains le premier confinement a été un élément décisif de leur mal-être, pour d'autres la souffrance s'est installée plus tardivement, lors du second confinement.

« Mais pareil, c'est pas tout de suite, en fait ça a pesé, mais ça a pas commencé à peser tout de suite, c'est surtout à partir du deuxième, personnellement ça a commencé » (Lucile, 24 ans)

« C'était plus après le confinement. J'ai senti que ça allait un peu moins bien. Généralement, je me dis que c'est un coup de mou et que ça va aller, parce que ce n'est pas tout le temps, tous les jours. Récemment, j'ai l'impression que ça se dégrade de plus en plus » (Emerline, 23 ans)

La durée de l'épidémie, l'ampleur de la crise sanitaire et la lassitude face à l'isolement social ont participé chez certains enquêtés à l'expression plus tardive d'un mal-être. Ce second confinement a contribué à accentuer la perte des habitudes d'être en lien et des savoir-être. Certaines souffrances se sont même manifestées pour la première fois à la suite du troisième déconfinement, lorsque la vie sociale a repris.

« Quand [le gouvernement] a annoncé [l'« obligation vaccinale »], je vous assure que... J'ai pas dormi pendant deux jours, et j'ai pas mangé pendant trois jours. Mais quand je vous dis pas manger, pas dormi : non, je l'ai mal pris, mais alors à un point... Parce qu'en fait, c'était annoncé comme une... C'était pas obligé, mais c'était obligé, et c'était ça qui me déplaisait. C'est la façon dont c'était présenté » (Nadège, 67 ans)

« Durant l'année, en gros, mon père travaillait à XXX, du coup, il devait faire les allers-retours. Et ma mère avait trouvé une formation. Et moi, je devais rester chez moi à surveiller mon petit frère, et... [...] Je sais pas. L'isolement, le fait qu'à ce



moment-là, ben vraiment, il n'y avait plus personne ! Même mon pote avec qui je jouais, c'était à ce moment-là, à cette période-là, qu'on a commencé un peu à arrêter, on se faisait une ou deux parties par semaine, et on jouait deux heures, contrairement à avant, où on jouait tous les jours, on se faisait quatre, cinq heures de partie, et voilà. Donc, oui, c'était... Je pense que le lien social, il y a le social et euh... Et puis oui aussi voir les autres, bouger, être là... » (Victor, 23 ans)

Cette reprise de la vie sociale « sous conditions » pour Nadège ou « en creux » pour Victor, illustre la manière dont les enquêtés ont vécu la « sortie » de la crise sanitaire. Leurs souffrances psychiques ont pu être exacerbées par des mesures vécues comme trop coercitives pour rompre avec l'isolement social, ou encore par la mise en lumière de la persistance de leur isolement alors que d'autres membres de leur entourage reprenaient leurs activités professionnelles et sociales.

Pour certains enquêtés, la souffrance n'a donc pas d'antériorité autre que le Covid-19 qui constitue l'événement central de son apparition. Il est intéressant de relever **chez les personnes dont les souffrances sont apparues durant l'épidémie** que certains évoquent des événements potentiellement marquants antérieurs au Covid-19, tels que des violences conjugales ou parentales, un déni de grossesse ou encore du harcèlement scolaire, sans qu'ils ne mettent en lien ces événements avec leur souffrance mentale actuelle dont l'origine identifiée est le Covid-19.

Quoi qu'il en soit, si les troubles et la souffrance sont apparus lors de l'épidémie de Covid-19, le déconfinement n'a pas suffi à les faire disparaître **quelle que soit la tranche d'âge**. La souffrance s'est installée dans un temps plus ou moins long après la crise sanitaire, s'échelonnant de quelques mois à plusieurs années ; et perdure encore pour certains au moment où nous réalisons l'entretien.

« Et du coup, pendant le confinement, ça n'allait pas trop. Et à la sortie, ça allait un petit peu mieux, parce que je revoyais mes amis, ma famille, etc. Donc, du coup, c'était un petit peu mieux. Mais c'est vrai que j'avais toujours un petit peu cette impression d'être enfermée. C'est peut-être bizarre à dire, parce qu'on était plus vraiment confiné, on avait le droit de sortir, mais, j'avais toujours l'impression d'être chez moi. Parce que même en dehors du confinement, ça faisait quand même : maison-école, école-maison. Du coup, je n'avais pas vraiment l'impression de vivre comme avant » (Maïssa, 18 ans)

« Aujourd'hui, j'ai un peu plus de mal à sortir dehors. Je suis extrêmement fatiguée. Je suis démotivée à 1000 à l'heure, même si on me demande de faire quelque chose, il faut que je prenne un temps pour me motiver, pour y aller. C'est compliqué [...] J'étais déjà dans un environnement toxique, puis avec le Covid, ça s'est aggravé. Et aujourd'hui, il y a des répercussions parce que comme ça, je suis un peu triste. Peut-être que j'aurais bien aimé être comme avant » (Jessica, 19 ans)

« Du point de vue psychique, comment vous dire... Ça ne va pas mieux. C'est installé. Ça n'a rien à voir avec la période confinement Covid. C'est plus... [...] Comment dirais-je ? Le contexte, ce truc-là qui est là, qui est... Qu'est-ce qui est positif, là, actuellement ? Qu'est-ce qui est positif ? Il ne faut même pas allumer la télé. Ni la radio, quoi. Enfin, je veux dire, on fait quoi, quoi ? On s'isole de tout ? » (Nadège, 67 ans)

Dans la tranche d'âge 50-64 ans de notre corpus, plusieurs personnes ont fait l'expérience de « Covids longs »³⁴, les affectant eux-mêmes ou un membre de leur famille proche. La persistance de la

³⁴ Selon l'OMS, le « Covid long », soit « L'affection post-COVID-19 est généralement diagnostiquée par un prestataire de soins au moins 3 mois après la phase initiale de la COVID-19. Cette période de 3 mois permet aux prestataires de soins d'exclure la

souffrance psychique par-delà la crise sanitaire peut également être liée à la persistance des symptômes somatiques, qui ne sont pas sans conséquence sur la santé psychique des personnes rencontrées.

« J'ai été suivie sur un Covid long. Et j'ai été tout le temps fatiguée. Tout le temps, tout le temps, tout le temps, je ne voyais aucune amélioration au niveau de la fatigue. Parce que, moi, ça a été le... la pire chose. » (Julie, 60 ans)

« Quand est arrivé le mois d'octobre 21, donc quand ça faisait un an [que ma fille] avait ce Covid long, évidemment, ça n'a pas été mieux, bien au contraire. Et là, elle s'est enfoncée et moi aussi, et vraiment, je mettrais la dépression à partir de ses un an de Covid long, oui » (Inès, 55 ans)

En outre, la constitution d'une catégorie symptomatologique de « Covid long » a été différée par rapport à la crise sanitaire, et lors de son émergence, elle n'était pas considérée comme cause potentielle de souffrances psychiques. Les entretiens menés auprès des 50-64 ans soulignent l'influence de l'apparition de symptômes inexplicables et de l'incertitude quant à l'évolution de la maladie, et illustrent la manière dont ils ont pu affecter la santé mentale de celles et ceux qui y ont été confrontés.

II. Origine des souffrances

La souffrance psychique s'apparente dans bien des situations à une souffrance psychosociale, c'est-à-dire une souffrance dont l'origine est sociale. Les sociologues qui se sont intéressés à la souffrance psychosociale en ont identifié plusieurs causes (Demailly, 2011) :

● La misère de condition : l'insécurité, la pauvreté, la précarité...

Maëlle est une jeune femme de 22 ans lorsque nous la rencontrons. Mère de deux enfants, elle est célibataire. Elle assure parfois des missions par intérim dans des maisons de retraite. La précarité de la situation de Maëlle est également nourrie par des périodes d'insécurité : par les violences conjugales subies lorsqu'elle était avec son ancien compagnon, ou encore lorsque ses parents la menacent de faire placer ses enfants pendant l'épidémie de Covid-19.

période de rétablissement habituelle après la phase aiguë de la maladie. Cette période de rétablissement peut parfois être longue, surtout si la personne est très malade. Les symptômes doivent durer au moins 2 mois à partir du moment où une personne tombe initialement malade pour pouvoir considérer qu'il s'agit d'une affection post-COVID-19. Les symptômes de l'affection post-COVID-19 peuvent persister depuis l'apparition de la maladie ou survenir après le rétablissement initial. [...] Les symptômes diffèrent d'une personne à l'autre, ainsi qu'entre les adultes et les enfants. Globalement, les symptômes les plus répandus de l'affection post-COVID-19 sont les suivants : fatigue intense ; essoufflement ou difficultés respiratoires ; problèmes de mémoire, de concentration ou de sommeil ; toux persistante ; douleurs thoraciques ; difficultés d'élocution ; douleurs musculaires ; perte de l'odorat ou du goût ; dépression ou anxiété ; fièvre. Les personnes atteintes d'affection post-COVID-19, également connue sous le nom de « COVID-19 de longue durée », peuvent avoir des difficultés à fonctionner dans leur vie de tous les jours. La maladie peut avoir des répercussions sur leur capacité à mener à bien leurs activités quotidiennes, par exemple à travailler ou à s'acquitter des tâches ménagères. » [[https://www.who.int/fr/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-\(covid-19\)-post-covid-19-condition](https://www.who.int/fr/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-(covid-19)-post-covid-19-condition)]

Les cas représentés parmi nos entretiens sont cohérents avec cette définition : leur diagnostic Covid a été validé par un test pour chacun, considérant que les premiers entretiens ont débuté en janvier 2022 et les derniers en mars 2024, la période de trois mois est amplement dépassée ce que confirme le détail des entretiens.



● La misère de position : le sentiment d'injustice, la peur du déclassement ou d'une mobilité sociale/familiale descendante

Parmi les 50-64 ans rencontrés, un sentiment d'injustice particulièrement lié au contexte est apparent parmi les personnes dont les troubles sont liés au Covid long. Pour rappel, cette forme clinique est très peu documentée durant la crise, et elle est encore méconnue dans les années qui lui font suite, au moment de notre enquête – plus précisément, elle est en cours d'étude et la littérature scientifique sur le sujet amorce sa diffusion. Aussi, Arnaud, Inès et Marc rapportent tous les trois avoir dû, malgré leurs souffrances, prendre l'initiative de rechercher des soins appropriés lorsque les réponses des professionnels consultés étaient insuffisantes (et associées à une attitude de méfiance ou d'indifférence). Ils ont fait face à des procédures administratives relativement hermétiques à leur situation (établir un arrêt de travail ou dans le cas d'Inès, reconnaître la maladie de sa fille afin d'assurer la continuité de sa scolarité).

● La violence des rapports sociaux : harcèlement, racisme, sexisme, pression à la performance, violence intrafamiliale...

Parmi les actifs, la violence sociale la plus récurrente, tant à travers les témoignages que dans les récits individuels, est le harcèlement au travail : on peut citer Marie, Corinne et Jérôme. Marie et Corinne ont changé de poste pendant la crise et dû faire face à un certain isolement face aux nouvelles tâches auxquelles s'ajoutait une pression à la performance. Jérôme (par ailleurs victime de viols quand il était mineur) raconte avoir pris des antidépresseurs par le passé à cause d'une précédente expérience professionnelle. Aujourd'hui plus épanoui dans son travail, il rapporte cependant une dégradation des relations avec sa patronne suite à la crise sanitaire, qu'il rapproche du harcèlement.

● L'effritement des supports sociaux : isolement, anomie, abandon...

L'histoire de Jessica, 19 ans, illustre la manière dont l'effritement des supports familiaux et sociaux est venu alimenter, à différents moments de sa trajectoire, sa souffrance psychique. Jessica a été placée en foyer de l'aide sociale à l'enfance (ASE) par sa mère, alors qu'elle était enfant. Elle a vécu cet événement comme un abandon. Les relations avec sa mère sont devenues conflictuelles et l'équipe éducative du foyer d'accueil a pallié le manque de relations familiales. Lorsqu'elle a quitté le foyer à 16 ans, alors même que l'équipe éducative lui avait assuré un suivi à l'extérieur et des visites régulières, son changement de lieu de vie a stoppé ces relations. Jessica, toujours en conflit avec sa mère, est allée vivre chez son père, sans plus de nouvelles des professionnels du foyer. Ce second abandon perçu par Jessica, corrélé à des relations tendues avec un père qu'elle présente comme alcoolique et violent envers elle, l'a amenée à se replier sur elle-même, se cloisonner dans sa chambre et *in fine*, à s'isoler. S'en est suivi le premier confinement qui n'a fait qu'accentuer cet isolement social. Jessica n'a eu quasiment aucune interaction sociale au cours des trois années précédant notre entretien.

Les enquêtés dont les souffrances psychiques sont antérieures à l'épidémie de Covid-19 en identifient des causes diverses : neuro-atypies (pour les jeunes de 18 à 24 ans) et maladies chroniques, difficultés scolaires, mauvaises conditions de travail, harcèlement, agression sexuelle, séparation conjugale ou parentale, sentiment de solitude lié éventuellement à des déménagements, difficultés relationnelles/manque d'interactions, décès/suicide d'un être proche, problèmes de santé des parents

ou encore une déception amoureuse. Parfois plusieurs événements sont relatés comme causes combinées des troubles mentaux.

« Alors, j'ai toujours eu une vie qui fait que j'étais toujours un peu sujette à ça, même si ce n'était pas diagnostiqué ou vraiment, on n'a pas mis le mot dessus. Moi, en fait, mon mal-être s'est caractérisé avec la nourriture, donc l'hyperphagie. Donc, je me souviens que les premiers gros chocs de ma vie, ça a été à mes 10 ans, quand on a déménagé avec mes parents pour la première fois. Là, je me suis pris à manger beaucoup pour soulager mon mal-être de partir et ma tristesse. Et après, deuxième déménagement, quand je suis rentrée en terminale. Et là, pareil, je passais mes journées assise sur le lit, à regarder dans le vide. » (Johanna, 24 ans)

« J'avais trois ans et demi, je crois. Enfin, ils n'étaient pas vraiment séparés. Ils ont divorcé quand j'avais six ans. Mais pendant trois ans, ça a été un peu le chaos. Je ne voyais pratiquement pas ma mère. C'était compliqué pour une enfant, surtout » (Elie, 18 ans)

« j'ai été violé quand j'étais enfant. Donc, j'ai déjà certaines fragilités. C'est d'ailleurs ce qui explique des sentiments de révolte qui parfois débordent quand je me sens abusé, malmené ou humilié. Quand est-ce que j'ai senti me sentir mal ? J'ai envie de vous dire : je ne me suis jamais senti vraiment bien. J'ai des troubles du spectre autistique qui ne font rien pour arranger. Il y a eu quand même des épisodes plus noirs que d'autres, où je suis plus souffrant que d'autres. J'ai fait 17 ans de psychanalyse quand même avant, qui m'ont coûté d'ailleurs 20 000 euros. J'ai fait une dépression quand j'avais 19-21 ans. D'ailleurs, j'ai été en ALD pour ça. Après, ça a commencé à aller mieux. Après, je suis rentré dans la finance avec des employeurs qui abusaient de moi. J'ai fait un burn-out, en 2010, pendant un an. » (Jérôme, 46 ans)

1. Isolement

Les enquêtés dont les souffrances psychiques sont apparues avant la crise soulignent la manière dont la crise sanitaire et les confinements sont venus réactiver leurs souffrances. À l'inverse, celles et ceux dont les troubles sont apparus durant l'épidémie les relient directement aux conséquences du Covid-19. La principale cause évoquée dans **l'ensemble des entretiens** est l'isolement social et le repli sur soi créé par les confinements successifs, et ce même si, les sociabilités des jeunes étant plus intenses (Bidart *et al.*, 2011), les risques de souffrance induits par la réduction des interactions sociales étaient plus accrus (Peretti-Watel et Delespierre, 2022). Les jeunes ont, du reste, été particulièrement touchés par la réduction de leurs liens, le tri relationnel initié par la crise sanitaire, sans que ce tri n'ait été compensé par des liens plus faibles comme ceux du voisinage (Grossetti *et al.*, 2023).

« Et puis le fait de ne pas pouvoir sortir, c'était un peu comme pris au piège » (Baptiste, 24 ans)

« Avant [le Covid], il y avait quelques petits trucs. Par exemple, on me demandait de nettoyer ma chambre. Bon, je râlais un peu, mais je la faisais en râlant. Aujourd'hui, je ne râle même plus tellement... En fait, je n'ai tout simplement pas envie de la faire et je ne râle même pas. Je ne le fais pas. Du coup, mon cerveau est endormi et pourtant, je suis réveillée. Voilà ce que je voulais dire » (Jessica, 19 ans)

Ce dernier extrait d'entretien évoque un « état de veille » initié par l'isolement quasi total dont a fait l'expérience Jessica au cours de la crise sanitaire. Les différentes formes de désaffiliation évoquées lors



de l'explicitation de la trajectoire de Jessica (familiale, institutionnelle, scolaire...) ont participé à l'émergence de son mal-être (Ravon, 2005) ; les confinements, en actant de nouvelles modalités d'exclusion du social, sont venus alourdir les conséquences sur la santé mentale de Jessica.

Si la jeunesse est d'autant plus concernée par l'isolement social imposé par la crise sanitaire, c'est notamment parce qu'elle intervient à une période de leur vie marquée par une dynamique de construction identitaire et d'acquisition des rôles sociaux adultes. Cela concerne dans l'ensemble moins les plus âgés, qui cependant peuvent connaître de tels moments-pivots de manière plus ponctuelle, à l'instar de Nadège, qui explique que le premier confinement est arrivé à un moment où, suite à son départ en retraite, elle espérait organiser de nombreuses nouvelles activités motivantes et structurant son quotidien.

« Et juste avant, j'avais lancé plein d'activités, j'étais à fond dedans, à fond dedans. Et quand ce confinement est arrivé, j'ai eu l'impression... [...] moi, j'étais quelqu'un qui courait toujours partout, à droite, à gauche, parce que je suis comme ça. Et j'avais l'impression qu'on m'avait lancé à l'assaut, là, et qu'on m'avait dit, « hop, toi, là, hop, tu t'attrapes, tu restes là. Et tu vas rester là, avec ton boulet au pied. » Je ne sais pas, c'était énorme, quoi. On m'arrêtait dans ce que je venais de lancer pour redonner du goût à ma deuxième étape de vie, quoi. C'était terrible. » (Nadège, 67 ans)

2. Peur d'être contaminé / de contaminer

La peur de contracter le Covid-19 ou que ses proches le contractent est également présentée comme source d'angoisses délétères pour la santé mentale. Durant l'épidémie, les 18-30 ans ont par ailleurs davantage fait état de symptômes de « coronaphobie » que leurs aînés même si la dégradation de leur santé mentale était davantage due aux conditions matérielles et relationnelles induites ou non par les confinements (Peretti-Watel et Delespierre, 2022). Cette anxiété liée au virus est, dans les cas de Maïssa et Maëlle, associée à un sentiment de responsabilité envers des personnes vulnérables de leur entourage proche.

« Et toute ma famille l'a eu. Mes frères, mes parents, mes oncles, ma grand-mère. On l'a tous eu à la même période. Cette période-là, par contre, je l'ai super mal vécue. Ma grand-mère l'a eu et elle a été dans le coma pendant un mois. Elle a été intubée, et cetera comme beaucoup de personnes. Je l'ai super mal vécu, parce que je me suis dit : je vais perdre ma grand-mère. Et en plus, je crois que c'était moi la première à l'avoir eu. Et j'étais allée la voir. Du coup, je me sentais hyper coupable. » (Maïssa, 18 ans)

« Et en fait, j'écoute pas les infos, moi, mais beaucoup de TikTok, Facebook, etc. Mais je voyais énormément de trucs, le Covid, le Covid, le Covid... Et en fait, c'est là que j'ai commencé à me dire : « C'est mort, ma fille elle sort plus ». Ma mère qui me disait « arrête de la sortir », parce qu'au début on faisait des attestations et on racontait n'importe quoi sur les attestations et puis on sortait. Et en fait ma mère elle m'a mis tellement la pression, « Ouais, tu verras quand ta fille, elle va attraper un truc, elle a que 3 mois, machin, machin. » Et c'est là que ça a commencé à me faire un blocage, je sortais plus, je sortais plus la petite, je la mettais juste à la fenêtre pour qu'elle prenne un peu de l'air mais c'est tout. Dès que j'avais un petit rhume ça y est, je l'envoyais à la pharmacie, je faisais un test Covid, je mettais un masque pour la petite, je me prenais la température. En fait, j'ai été... Tout ce que j'avais, pour moi, c'était le Covid. J'avais trop chaud, je me prenais la température.

En fait, tous les jours, le matin, je me prenais la température, le midi, je me prenais la température, le soir, je me prenais la température [...] Pour que j'arrive à décompresser parce que c'était le balai, le désinfectant, du matin au soir » (Maëlle, 22 ans)

Les travaux menés sur les « jeunes » durant l'épidémie de Covid-19 soulignent la manière dont les médias et les pouvoirs publics ont présenté les aînés et personnes « fragiles » comme des populations plus à risques face au virus et potentiellement mises en danger par les plus jeunes, moins enclins à respecter les mesures sanitaires tout en étant moins touchés par des formes « graves » (Amsellem-Mainguy et Lardeux, 2022). Les extraits d'entretiens précédents mettent en lumière la manière dont ces discours médiatiques ont été intériorisés par les enquêtés ainsi que les angoisses qu'ils ont générées. Si la particularité du traitement médiatique et politique de la jeunesse en temps de Covid-19 est intéressante à noter, ces angoisses de contamination sont également présentes dans les récits des 50-64 ans.

« 2018, cancer du sein. Triple négatif. Agressif. Un coup de bambou à nouveau. Mais, je me suis remis une nouvelle fois en mode battante. Ils m'ont fait l'opération de la tumeur. Quand ils ont essayé de me mettre le cathéter pour la chimio, ça a touché le cœur et je suis parti en arythmie. Là, j'ai vraiment cru que j'allais mourir. Je me sentais partir. C'est horrible comme sensation. Alors, cela a dû jouer. Je n'avais pas envie de revivre ça. J'avais peur de choper cette Covid. Je connais trois personnes qui en sont décédées. Cette sensation de peur est toujours présente dans ma tête. Je ne me reconnais plus. » (Agnès, 69 ans)

« La problématique que j'avais, c'est que ma femme a été traitée pour un cancer à partir de 2018... Et donc, avec ses défenses immunitaires affaiblies, elle a arrêté son traitement – enfin, ses traitements principaux, on va dire – en 2019, bon avec après un traitement de fond, mais avec quand même un abaissement des défenses immunitaires, et ma grosse angoisse, c'était de ramener le Covid à la maison » (Philippe, 63 ans)

Ainsi la peur d'être infecté ou d'infecter un proche est davantage reliée dans les discours des 50-64 ans à la présence d'une pathologie préalable qui rend la personne vulnérable.

3. Difficultés scolaires et professionnelles

Les mesures sanitaires et les restrictions de déplacement, d'échange, de partage ont particulièrement affecté les jeunes en entravant les processus de sociabilité et d'autonomisation caractéristiques de la jeunesse (Amsellem-Mainguy et Lardeux, 2022). Les confinements ont également exacerbé les difficultés scolaires et professionnelles des enquêtés.

Parmi les jeunes du corpus, ces obstacles ont plus fortement impacté celles et ceux qui identifiaient déjà les difficultés scolaires comme l'une des sources de leur souffrance. L'épidémie de Covid-19 a bouleversé l'organisation de la scolarité et le contenu des enseignements (Amsellem-Mainguy et Lardeux, 2022). La pression à la réussite scolaire et à l'ascension sociale, qu'elle soit parentale, familiale ou intériorisée, peut en effet être source de souffrances, de comportements à risques et d'auto-mutilations (Brossard, 2010). Notons, qu'Arthur dans le verbatim suivant, assimile échec scolaire et échec « personnel ».

« Et c'est après ce dispositif [avant le Covid-19], quand je me suis retrouvé un petit peu sans rien, que j'ai commencé à sombrer. Ce n'est pas un événement particulier, mais c'est simplement la sensation de se retrouver totalement en échec sur le plan personnel. J'ai très mal vu l'échec sur le plan scolaire. J'étais complètement en colère



et j'étais complètement perdu. Donc, il y a un sentiment d'impuissance, d'échec et cetera. Je pense que c'est ça qui est à l'origine du développement de ces épisodes dépressifs [...] Il me semble que je suis allé de moins en moins bien [pendant le Covid-19] à mesure que l'année avançait parce que je sentais que je perdais un petit peu pied. Et que je n'allais pas avoir mon année. Donc je pense que ça a beaucoup joué sur mon moral. Je me suis senti décrocher petit à petit. » (Arthur, 23 ans)

« Au deuxième confinement, il y a eu le début du distanciel. Il a fallu adapter. Je n'avais pas la même attention. Il n'y avait pas la séparation entre les cours. Chez moi, tout était mélangé. Cette année-là, ça a été mon premier redoublement [...] Je ne savais pas quand rentrer voir mes parents. Généralement, le retour chez mes parents était un moment de détente où je ne travaillais pas. Pendant les périodes de distanciel-présentiel ou full distanciel, je ne rentrais pas chez mes parents. J'étais continuellement dans mon petit appartement du Crous. On ne sortait pas. Au niveau de la méthode de travail, comme tout était mélangé, je n'arrivais pas à faire la séparation entre les moments de cours et de détente » (Emerline, 23 ans)

Seulement trois personnes de la tranche d'âge des 18-24 ans occupaient une activité professionnelle au moment de l'enquête. Celles-ci étaient davantage en étude ou en recherche d'emploi et de formation. Par conséquent, seules **les personnes de 50-64 ans** évoquent, comme principale cause de leurs souffrances psychiques, l'évolution de leurs conditions de travail.

« Un week-end, il y a eu un problème avec un résident qui a balancé son bol de café chaud à la tête de quelqu'un. [Ma collègue] a voulu intervenir pour l'arrêter. Et il l'a empoignée, il l'a traînée par terre. Elle ne pouvait plus s'en débarrasser. Et puis, à un moment donné, les autres sont venus au secours de [ma collègue]. Donc, il a lâché. Ils ont appelé les pompiers pour l'emmener à l'hôpital parce qu'il était en pleine crise. La suite de la procédure, c'est qu'elle doit appeler le responsable en astreinte. Elle lui raconte. Il lui répond que s'il a été emmené à l'hôpital, l'affaire est close. Elle ne pouvait plus conduire. Elle avait hyper mal. Et il lui a dit. Il ne s'est pas déplacé. Il a mis son personnel en danger. C'est impressionnant. Mais il est toujours en fonction, lui. C'est ça qui est terrible. Compte tenu de son attitude, plus effectivement le post-Covid... je ne suis pas certaine que je serais redescendue aussi bas s'il n'avait pas été là aussi. Je pense que c'est un mix de tout ça qui a fait que j'ai replongé » (Marie, 64 ans)

« Entre-temps, comme j'avais demandé ma mutation, parce que je pouvais plus voir le nez au milieu de la figure de ma cheffe, j'étais partie à la division des affaires juridiques. Je m'étais dit, « bon, la division des affaires juridiques, je suis juriste ». Sauf que je suis partie faire du droit fiscal, que j'aimais pas vraiment ça et que j'y connaissais rien. Donc, il fallait que j'apprenne tout. Et puis, elle, elle m'harcélait un peu moralement. C'est la période où il fallait que j'apprenne à tout faire [...] Et puis, ils m'ont fait faire la campagne d'impôt sur le revenu. Mais j'y connaissais rien, monsieur. Quand on fait de l'impôt sur le revenu, il faut s'y connaître un peu : vous avez déjà rempli votre déclaration, c'est quand même pas très drôle. Donc, moi, ils m'ont formée pendant 8 heures et puis ils m'ont mis derrière un téléphone. Donc, il fallait que je parle aux gens pour deux sujets que je ne maîtrisais pas. Ça – il y a un moment, j'ai même eu envie de passer par la fenêtre. » (Corinne, 52 ans)

Si ces conditions de travail s'avéraient déjà problématiques avant la crise, les enquêtés rapportent une influence néfaste des mesures sanitaires. Si le mal-être au travail (Loriol, 2000) et les effets

pathologiques des rapports de production (Dejours, 2000, Aubert et de Gaulejac, 2007) ont été étudiés dans divers contextes, le contexte spécifique de crise sanitaire est venu les exacerber – notamment du fait de modalités de management perturbées par le recours au télétravail parfois nouvellement adopté, parfois exclusivement pratiqué, de secteurs d'activités particulièrement exposés aux conséquences sanitaires par la prise en charge de publics, d'autres secteurs ayant dû stopper leurs activités et ayant fait face à des situations économiques très anxiogènes, etc. Au cours des entretiens, les rapports hiérarchiques sont mis en cause, ainsi que la nécessité plus ou moins explicitement appuyée par les supérieurs de s'adapter dans l'urgence aux conditions particulières de la crise (télétravail imposé sans toujours bénéficier des conditions matérielles nécessaires, conditions d'accueil sur site contraintes par les gestes barrières...).

Cette influence est d'autant plus marquée dans la situation de Patricia, infirmière, dont la charge de travail a augmenté lors de l'épidémie de Covid-19. Ses conditions de travail ont continué à se détériorer alors qu'elle entretenait préalablement de mauvaises relations avec sa hiérarchie.

« Je pense que ça a joué quand même, parce que ça nous demandait quand même une vigilance accrue. On devait tout contrôler. Au niveau des structures hospitalières, en tout cas, il fallait respecter des protocoles. Donc, je pense qu'inconsciemment ça a quand même fatigué tout le monde » (Patricia, 57 ans)

4. L'insécurité économique

Pour d'autres, toujours en lien avec la sphère professionnelle, c'est l'insécurité économique inhérente à l'incertitude de la situation sanitaire qui a été porteuse de mal-être.

« Si j'avais été tout seul, je me serais laissé vivre. Ou mourir. Je ne sais pas comment on dit. Je n'aurais plus ça, la force, le mental suffisant pour faire... J'ai mis précisément pas loin de six mois avant de commencer à traiter mon dossier. Je n'ai pas été rémunéré pendant quatre mois de temps. Parce que moi, j'avais un dossier en Suisse. Parce qu'il fallait traiter aussi en France, j'étais entre deux. J'ai fait une demande côté en Suisse, ils ne voulaient pas. Ça s'est régularisé après. Et puis côté France, il a fallu attendre quatre mois pour pouvoir toucher des indemnités. Donc on a [géré] avec les ressources de mon épouse. Voilà, donc c'était quand même pas simple, on a une fille qui fait des études. » (Marc, 58 ans)

« Moi, après, c'est financier, hein. Quand on est en arrêt, c'est un peu dur de dire ça comme ça, mais quand on est en arrêt en tant que libéral, on n'est pas payé. J'ai eu le Covid. J'étais arrêtée une semaine, je crois, parce que je ne voulais pas prendre le risque. Puis après, je me suis testée, etc. Mais mon médecin m'a arrêtée, je crois que j'ai touché 60 euros. » (Catherine, 61 ans)

Ainsi, la nécessité de pourvoir aux besoins de sa famille est une charge qui peut impliquer la confrontation de la personne souffrante avec un dispositif administratif qui n'est pas en mesure de prendre en compte immédiatement les épreuves traversées. Dans le cas de Catherine, on observe que l'incitation à travailler davantage malgré les risques sanitaires se superpose à des valeurs professionnelles prônant l'engagement en temps de crise.

On peut ainsi rapprocher nombre de facteurs cités dans les précédents paragraphes comme étant à l'origine des souffrances d'une remise en cause des capacités d'agir des personnes. Dans cet ordre d'idées, les travaux d'Alain Ehrenberg mettent en lumière le primat de la norme d'autonomie dans notre société. Face à cette norme sociale, les personnes qui ne parviennent pas à s'y maintenir se retrouvent en situation d'insuffisance. Ce décalage entre norme et réalité d'existence explique, selon l'auteur, l'augmentation de la souffrance psychique et plus spécifiquement de la dépression en France



(Ehrenberg, 1991). Les conditions de confinement et l'imposition des mesures sanitaires, l'incertitude quant à l'avenir et à l'évolution de la situation, les conséquences sociales, professionnelles et économiques au moment de la crise sanitaire ont entravé l'autonomie des personnes. Cette sensation d'« échec », de submersion, d'incapacité à faire face sur différents aspects de la vie sociale ont favorisé le développement de souffrances psychiques. Celles-ci ont en outre pu être renforcées par des souffrances somatiques d'autant plus désarmantes qu'incomprises, ce qui tend à concerner davantage les 50-64 ans qui rapportent des problèmes physiques³⁵, auxquels il faut ajouter le cas particulier abordé dans la prochaine sous-partie.

5. Covid long

Enfin, certains des 50-64 ans, ou un membre de leur entourage, ont contracté un « Covid long ». Dans ces situations particulières, celui-ci est reconnu, souvent après un moment d'incertitude dans l'identification des symptômes, comme étant à l'origine des troubles psychiques – ou du moins un de leurs principaux facteurs. Les deux verbatims suivants illustrent l'entrelacement de symptômes physiques et psychiques.

« J'avais commencé à avoir des douleurs thoraciques. J'ai senti une espèce d'oppression que j'ai toujours. Alors, elle va et elle vient maintenant. Mais c'est quand même beaucoup ça. On sent vraiment la cage qui vient un petit peu se fermer. La majorité des Covid longs, ils l'ont. Alors, beaucoup l'ont associé à l'angoisse, à cette espèce de peur qui fait qu'on est tout le temps comme ça. Et c'est vrai que pour l'instant, c'est encore très, très compliqué » (Arnaud, 45 ans)

« J'ai fait un Covid long. J'ai fait 3 jours de confusion mentale. Et qu'après, ça a été des périodes de fatigue. Là, je dirais, que ça fait – allez, six-huit mois, que ça va. Et encore. Sinon, il y a des matins, je me levais. De 8 à 9, ça allait. Mais alors à 9, tu prends le canapé, le plaid, c'est même plus la peine. C'est même plus la peine. Il n'y a plus rien. C'était comme ça pendant longtemps. » (Nadège, 67 ans)

Ainsi, l'analyse met en lumière la diversité des causes identifiées par les enquêtés de leur mal-être. Certaines sont communes aux 18-24 ans et aux 50-64 ans, comme le repli sur soi et l'isolement social, les craintes de contamination ou encore les conditions de travail et d'études détériorées. D'autres ne concernent que les plus âgés, notamment l'insécurité économique et la forme virale du « Covid long ». Qu'il s'agisse de l'enfermement des confinements, des cohabitations et du télétravail contraints ou à l'inverse de la séparation de ses proches, de l'isolement social et de la perte de sens au travail ou à l'école, plusieurs facteurs se sont combinés et ont participé à l'apparition ou à la résurgence de la souffrance psychique chez les enquêtés. Aussi, du fait de la nouveauté de ces expériences en rupture avec une ou plusieurs « normalités » biographiques recoupant généralement la norme d'autonomie, ruptures portant atteinte à des rôles sociaux préexistants ou en cours de constitution, on peut considérer que cette souffrance est, de manière récurrente, d'origine psychosociale et appelle des réponses qui relèvent du changement des conditions sociales productrices d'injustice et de souffrance (Demailly, 2011).

³⁵ C'est le cas de Patricia, de Bernard, d'Agnès, et indirectement de Philippe, qui s'inquiète pour la santé de son épouse.

III. Covid-19 : rempart à l'expression de ses souffrances ?

Tous les enquêtés de la classe d'âge 18-24 ans racontent les difficultés rencontrées initialement pour exprimer leur souffrance à leurs proches. Cependant, ne pas réussir à parler de leur mal-être n'implique pas qu'ils ne les considèrent pas comme des ressources. Ne pas parler de sa souffrance peut être une manière de protéger son entourage, de ne pas l'inquiéter. Nombreux sont les témoignages qui expriment un sentiment de honte ou de culpabilité à l'idée de rendre triste son entourage. Les enquêtés en viennent parfois à s'éloigner relationnellement de leurs proches dans l'objectif de maintenir une barrière entre leur souffrance et ces derniers.

« Enfin, j'en parlais pas forcément. J'avais l'impression de ne pas devoir parler de mes problèmes parce que tout le monde en a déjà plein et que ça allait gêner. Surtout avec la période du bac où il y avait plus de tension. » (Malo, 22 ans)

« Bah, il me semble que j'en avais honte donc j'en parlais pas trop. » (Arthur, 23 ans)

« C'était un peu difficile pour elle, je pense. Jusqu'à ma tentative de suicide, elle savait que j'étais pas bien, mais là, je pense qu'elle a vraiment pris conscience que je n'allais vraiment pas bien. J'ai eu l'impression de la rendre triste. Je ne voulais pas » (Jade, 22 ans)

D'autres fois, ne pas exprimer sa souffrance est une manière de se protéger soi, des réactions de ses proches. Ces réactions sont en partie liées aux représentations qu'ils ont de la prise en charge en santé mentale et de la souffrance psychique. Les réactions négatives des proches peuvent ainsi venir intensifier la souffrance déjà subie par les jeunes rencontrés. Ce mutisme, le « masque » porté par les jeunes visant à dissimuler leur souffrance (Morgny *et al.*, 2022) entrave dans un premier temps la prise en charge profane et/ou professionnelle.

« Q : Est-ce que vous avez parlé de votre souffrance à vos proches ?

Bah, mon papa, non. Mais c'est surtout, il me rabaissait en mode : tu ne sais rien faire, tout le temps cloîtrée dans ton lit. Ma mère qui est un peu saoulée, qui ne comprend pas pourquoi je suis comme ça. Après, elle le sait, mais, elle n'a pas encore vécu pour savoir ce que je ressens, mais sinon, non, pas beaucoup [...] J'en parlais mais sous forme de code, en mode : il faudrait peut-être que je me fasse suivre ou je vais aller voir un psychologue. Mon papa, il n'était pas d'accord parce que pour lui, les psychologues, ils sont fous, ils ne vont rien apprendre. » (Jessica, 19 ans)

« Mon père n'est pas la personne avec qui j'ai le plus envie de parler de ça. J'ai aussi le souvenir qu'au lycée, j'avais évoqué l'idée de faire des études de langues et il n'était pas très rassuré. Ce n'est donc pas la personne avec qui j'ai envie de parler de mes études. Récemment, la seule évolution a été de lui dire : en ce moment, ça ne va pas. Mais, je ne suis pas rentrée dans les détails. Je n'ai pas envie de lui donner trop d'informations par rapport à ça. Parce que si en plus de n'être pas bien, on me casse par rapport à mes études en me décourageant... ça sera la fin. Je ne pourrai pas continuer comme ça. » (Emerline, 23 ans)

Certains jeunes sont dans l'attente que leurs proches perçoivent leur mal-être, parfois ils ont tenté d'exprimer leur souffrance mais sans "réception" de leur parole, de leurs émotions ; les parents, notamment, ne veulent pas entendre, ou ne savent que faire de cette parole.



« Cette année, je commence un peu à en parler. J'en ai parlé récemment avec ma mère. Elle m'a dit d'en parler un peu avec ma tante, parce qu'elle était un peu à même. Ma mère savait comment je me sentais, mais elle ne pouvait pas m'aider plus que ça, parce qu'elle ne savait pas comment m'aiguiller. » (Emerline, 23 ans)

« En soi, j'avais ma famille avec moi, mais j'avais l'impression de ne pas être écoutée, qu'on ne voyait pas que j'allais mal, qu'on n'était pas là pour moi, etc. » (Maïssa, 18 ans)

« Ils m'écoutent, mais en fait, ils me brusquent. Je ne sais pas comment expliquer. Ils me mettent trop de pression en me disant : « il faut se bouger les fesses... ». Ils me comparent avec mes sœurs. Mon père faisait ça aussi. C'est comme si ça me rabaisse. Du coup, je me sens frustrée. Je stresse quand ils me disent ça. Je sais que je ne me sens pas bien et ça me donne envie de pleurer. Je sais qu'il faut que j'avance, mais j'arrive pas à avancer. Et j'aimerais bien qu'ils m'aident. Le problème, c'est que pour eux : ils travaillent, alors ils n'ont pas le temps. » (Jessica, 19 ans)

Les trois verbatims précédents mettent en lumière un panel de réactions de la part des proches, entre le désarroi de ne pas savoir comment « aiguiller », le rejet et l'inconscience du mal-être. Ces tentatives déçues invitent d'autant plus à masquer sa souffrance. Face à la parole, cette fin de non-recevoir est probablement liée à la socialisation plus ou moins importante des jeunes et de leur famille à l'expression et la gestion de leurs émotions. L'absence d'identification des signes de mal-être contribue alors à renforcer le sentiment de solitude des jeunes. L'expression de sa souffrance implique d'en identifier les symptômes, d'être attentif à sa santé mentale et de se sentir légitime et écouté, comme cela a déjà été mis en exergue dans d'autres contextes que celui de l'épidémie de Covid-19 (Morgny et al., 2022). Ces éléments sont certainement liés aux temporalités dans la trajectoire du mal-être : au départ, on porte le masque.

A contrario, les enquêtés de 50-64 ans ne relatent pas une aussi grande difficulté à exprimer leur souffrance à leur entourage. Au-delà de leurs proches, il semble que dès lors qu'ils reconnaissent leur souffrance comme significative, ils sollicitent *a minima* l'avis d'un médecin généraliste. Par ailleurs, la souffrance est également, dans de nombreux cas, connue et reconnue par l'entourage des enquêtés. Ainsi, l'orientation vers un professionnel de la santé mentale est parfois coproduite par la personne et ses proches.

« Je n'allais pas bien. Mes enfants venaient me voir et ils le voyaient... Je ne m'alimentais presque plus : grosse dépression, quoi. Un jour, mon ex-femme est venue. Elle a fait une dépression, elle sait ce que c'est. Elle a fait un passage en hôpital psychiatrique, d'ailleurs. Elle m'a dit : « je t'ai pris un rendez-vous là-bas. Fais quand même une valise ». Finalement, ils m'ont gardé. » (Henri, 64 ans)

La crise sanitaire a grandement influé sur l'expression de la souffrance psychique, et ce **dans les deux catégories d'âge**. Les 18-24 ans évoquent leurs difficultés voire leur impossibilité à exprimer leur souffrance pour ne pas inquiéter *davantage* leur entourage. Les 50-64 ans expriment plutôt une réticence à ajouter au travail des soignants, débordés par la prise en charge des affections virales, des consultations concernant la santé psychique. En effet, l'épidémie de Covid-19 vient ajouter une dimension collective au mal-être, des difficultés à l'échelle de la société, ce qui renforce les sentiments de culpabilité et d'illégitimité d'une souffrance psychique individuelle symboliquement détachée, singularisée vis-à-vis d'une expérience collective exigeant la solidarité, un faire-face unitaire.

« En fait, je minimise toujours la situation. Je me dis qu'il y a des gens qui ont des problèmes plus graves que moi, etc. » (Maïssa, 18 ans)

« À ce moment, je savais que j'avais un peu plus de mal. Mais, j'en parlais à mes amies et je voyais que c'était pareil. On était un peu tous dans la même situation. Donc, ce n'était pas vraiment un sentiment de mal-être. » (Emerline, 23 ans)

« C'était très particulier comme ambiance. J'ai culpabilisé parce que je me suis dit : « il y a des gens qui sont sur des formes graves de Covid et moi, j'arrive là [à l'hôpital] parce que je fais une espèce de crise d'angoisse apparemment. » » (Arnaud, 45 ans)

La culpabilité de se sentir mal est relative à d'autres personnes considérées comme étant dans des situations jugées « pires » que celles des enquêtés, et ce souvent en lien avec les modes d'habitation – les personnes vivant seules et/ou isolées, ou encore les personnes considérées comme « vraiment malades » – dans un contexte où les médias fournissaient des images alarmantes focalisées sur les malades du Covid³⁶. Ce sentiment de culpabilité et d'illégitimité s'accompagne d'une minimisation de la souffrance, liée à la dimension collective et partagée de celle-ci en temps de crise. Cette dynamique participe à ne pas en faire un « problème de santé mentale » comme l'évoque Emerline précédemment. Cette minimisation et la conception d'un « non-problème » qui l'accompagne entravent également la prise en charge en santé mentale et la formulation d'une demande d'aide.

IV. Gestes auto-infligés et conduites à risques

La souffrance psychique peut être accompagnée de gestes auto-infligés, d'idéations suicidaires et de comportements à risque. Plusieurs enquêtés ont ainsi évoqué des tentatives de suicide, des pensées suicidaires, des scarifications, ou encore d'importantes consommations d'alcool. De son côté, la catégorie de conduites à risques génère une « panique morale », pour l'action publique, ces conduites sont considérées comme préjudiciables au capital santé (Peretti-Watel, 2010) et présentées comme des indicateurs de la souffrance des jeunes (Maillard, 2011). Dans les années 2000 de nouveaux risques apparaissent et deviennent des préoccupations sociales et notamment la consommation de cannabis mise en relation avec les tentatives de suicide, les violences et scarifications ou encore la consommation ponctuelle et massive d'alcool (Malinowski, 2019).

Parmi les jeunes rencontrés, ils sont plusieurs à être concernés par des comportements à risque et des tentatives de suicide. Certains gestes et/ou pensées se sont manifestés avant l'épidémie de Covid-19, comme c'est le cas pour Malo, Arthur, Jade et Elie ; d'autres durant ou juste après l'épidémie comme pour Jade (récidive), Johanna et Lucile. Parfois, il y a un événement déclencheur identifié, c'est le cas de Jade qui a tenté de se suicider suite à sa rencontre fortuite « post-Covid » avec l'homme à l'origine de sa déception amoureuse ; parfois non, ces gestes sont liés à un profond désespoir et au sentiment de solitude.

« J'ai fait une tentative de suicide, par rapport à la déception amoureuse. C'est vraiment un problème pour moi. Le choc, déjà. La tristesse aussi, beaucoup. Être mal dans ma peau. Pas comme au collège, c'est différent. Avant, on faisait exprès de me faire sentir mal dans ma peau. Mais, là, il ne faisait pas exprès... Enfin, si, je pense qu'il le fait un peu exprès quand même.

Q : Qu'est-ce qu'il s'est passé ensuite ?

Ensuite, il y a eu des idées suicidaires qui ont commencé à apparaître. Enfin réapparaître. J'ai recommencé à boire. Recommencé à me scarifier alors que je n'avais pas fait ça depuis 6 ou 7 ans. » (Jade, 22 ans)

« Franchement, je ne sais plus. Je ne sais pas, ça devait être un ras-le-bol de tout... de tout ce qu'il y avait dans ma vie. Je ne sais pas vraiment, mais je sais que ça a

³⁶ Cf. V. Un premier confinement vécu différemment p.145 et suivantes, notamment 3. Médias anxiogènes p.149



commencé très jeune. Mais ça s'est vraiment amplifié quand j'avais 12 ans » (Elie, 18 ans)

Certaines trajectoires sont ainsi scandées par des idées suicidaires et des gestes auto-infligés. Il est intéressant de noter que les **18-24 ans ayant des antécédents** de souffrance psychique relatent davantage de gestes auto-infligés et de passages à l'acte. Parmi les **jeunes dont les souffrances sont apparues pendant la crise sanitaire**, seule Lucile a eu des pensées suicidaires en lien avec l'isolement social et la séparation physique avec ses proches.

« Et puis pareil les tendances suicidaires ça m'est passé par la tête aussi [...] ah bah après je passais pas du tout à l'acte hein mais ça m'était arrivé un petit peu, ouais [...] je me suis dit ben si je le fais, ma mère a dit que – ma mère m'a toujours dit que se suicider pour elle en tout cas c'est lâche, parce que du coup tu laisses tout le monde derrière ; donc je me suis dit, c'est non » (Lucile, 24 ans)

Les membres de la famille jouent un rôle certain dans le récit des idéations suicidaires et des tentatives. Ceci est d'autant plus prégnant chez les **enquêtés de 50-64 ans**, qui, dans notre corpus sont très peu concernés par les autres comportements à risque évoqués pour les 18-24 ans. La place qu'occupent les enfants des enquêtés dans leur discours est souvent assimilée à celle d'un rempart contre le suicide.

« Si je pouvais éviter, autant que faire se peut, jusqu'au bout de ma vie, je pense que je ne recommencerais pas cet épisode-là. C'est peut-être aussi en réaction à l'acte de suicide que j'ai fait et que, sans doute, je me reproche inconsciemment. Surtout quand on a des enfants, quoi. Quand ils sont adultes, c'est autre chose... et encore, je ne suis pas sûre qu'ils comprennent. » (Marie, 64 ans)

« Je me tiens par rapport à mes enfants aujourd'hui. Si je suis là, c'est parce que j'ai des gamins. Je n'aurais pas d'enfants, je ne sais pas si j'aurais tenu. Franchement. » (Arnaud, 45 ans)

La présence d'enfants n'est toutefois pas suffisante pour éviter le passage à l'acte puisque Marie, Arnaud et d'autres parents ont tenté de se suicider, par le passé ou durant la crise. Ce primat des proches, des liens les unissant à la personne souffrante, est également invoqué par les soignants, parfois sans considération pour l'intensité des troubles psychiques liés aux tentatives suicidaires.

« elles n'étaient pas sympa, les aides-soignantes, il y en a une qui me dit « de toute façon, votre mari va vous quitter, des gens comme vous, ça ne sert à rien », enfin bref, ce n'était pas cool, ça, « vous êtes un poids pour la société, on ne peut pas se suicider trois jours après s'être mariée, votre mari va vous quitter, vous allez finir SDF », c'était quand même très très dur. » (Corinne, 52 ans)

De même plus spécifiquement au sujet des enfants, Jérôme raconte, au cours de l'entretien, que lorsqu'il a évoqué ses pensées suicidaires malgré l'attention qu'il porte à sa famille, le psychiatre lui a rétorqué « *quand on a des enfants de ton âge, on n'a pas le droit* ». Si le développement des sciences humaines et sociales et de la psychiatrie a modifié les représentations du suicide et l'incrimination du suicidant (de coupable à victime) (Minois, 2014), cet extrait d'entretien laisse entrevoir que le suicide, qui n'a jamais été considéré comme une mort comme les autres, n'est pas toujours exempt de condamnations morales.

In fine, pour la plupart des enquêtés, quel que soit leur âge, l'idéation suicidaire et les passages à l'acte mènent à une prise de conscience de l'ampleur de leur souffrance, à la sollicitation d'aide mais également à une prise en charge par des professionnels de la santé mentale.

Partie 2. Prises en charge en santé mentale

I. Représentations de la prise en charge en santé mentale

Claudine Herzlich (1969) a travaillé sur les représentations profanes de la santé et de la maladie. À partir de son analyse, elle a élaboré une typologie de ces représentations : la **maladie destructrice** produisant exclusion sociale et abandon des rôles ; la **maladie libératrice** accordant un temps de repos, la fin des contraintes sociales et du temps libre pour s'ouvrir à des activités peu investies auparavant ; et la **maladie métier** dans laquelle la personne lutte et accepte la maladie, coopère avec les professionnels. En s'inspirant de cette typologie, Lise Demailly (2011) en propose une lecture dans les situations spécifiques des troubles psychiques :

- La **maladie métier** consiste à accepter la pathologie en conformité avec le diagnostic médical en essayant de lutter contre, mais aussi de vivre avec dans les meilleures conditions. Les personnes partageant une telle représentation mobilisent les lieux associatifs où l'identité de malade est assumée. Les relations avec les soignants sont objets de vigilance et les traitements médicamenteux constituent une voie privilégiée de rétablissement.

Arthur partage par exemple cette représentation de la souffrance psychique. À 23 ans, il a connu plusieurs « *épisodes dépressifs caractérisés* » depuis son entrée dans la vie adulte. Pris en charge par des psychiatres et des psychologues au cours de sa trajectoire, il se trouvera en désaccord avec l'un d'eux, en soulignant sa volonté, inexaucée, de participer à l'élaboration de son diagnostic. Il connaît le jargon médical et souligne l'importance des médicaments dans son rétablissement. Lorsque nous le rencontrons, il participe à un groupe d'entraide mutuelle (GEM).

- La **maladie euphémisée** permet l'usage du terme « dépression » comme étiquette sociale passe-partout permettant d'en éviter d'autres. Il s'agit là d'une négociation dans l'étiquetage (Becker, 1985) qui reconnaît la présence d'un trouble mais pas d'une « maladie mentale ». L'une des stratégies des personnes sera d'éviter, tant que faire se peut, l'hospitalisation dans un établissement psychiatrique ou, le cas échéant, de la dissimuler.

La manière dont Emerline relate son parcours en est une bonne illustration. Celle-ci parle difficilement de son mal-être, qu'elle ne considère d'ailleurs pas comme tel. Elle utilise le terme « *coup de mou* » au cours de l'entretien, un « *coup de mou* » ne nécessitant pas la consultation de professionnels. Cette représentation de la maladie euphémisée entrave ainsi plus durement le recours aux professionnels de santé.

- La **maladie sens** : il s'agit de se revendiquer comme malade parfois en opposition avec la famille qui ne reconnaît pas que leur proche est « vraiment malade » et qui devrait pourtant prendre des précautions. La maladie permet d'échapper à une situation bloquée, des problèmes relationnels au travail ou avec les proches, la maladie dans ses aspects biochimiques ou génétiques évince la culpabilité / la responsabilité de la situation.



- Le **monde du travail sur soi** : il s'agit de reconnaître une souffrance / admettre un « mal-être », rechercher un soutien en prenant ses distances avec les désignations médicales, éviter l'hospitalisation, suivi par des psychiatres / libéraux et/ou psychothérapeutes, test de lieux de développement personnel (reiki, art-thérapie, hypnose...). L'individu circule d'association en association, de professionnel en professionnel pour brouiller les pistes de la désignation et du diagnostic. Il effectue un travail sur soi pour se montrer ainsi qu'aux autres qu'il souhaite aller mieux et en est capable.

Ces représentations de la maladie ou de la souffrance psychique participent d'une lutte contre la stigmatisation et pour l'autonomie. Cette typologie est éclairante dans l'analyse des rapports à la souffrance psychique et aux professionnels de santé mentale des enquêtés. Toutefois, ces représentations sont susceptibles d'évoluer au cours de la trajectoire biographique des individus et elles se manifestent sans respecter d'ordre, les unes vis-à-vis des autres.

Parmi les enquêtés, l'analyse met en lumière la mise à distance initiale de la pathologie mentale qui passe par l'usage des mots et l'euphémisation des troubles. Dans l'extrait suivant par exemple, Elie préfère parler de « *déprime* » plutôt que de « *dépression* » car pour elle, ce changement de vocable la ferait basculer dans la maladie. Etienne, lui, insiste sur sa familiarité avec ses symptômes, et affirme ne pas avoir envisagé de consultation pour y répondre.

« Oui, par ma psy actuelle. Mais on va dire que pendant très longtemps, jusqu'à ce que je lui en parle, je ne le considérais pas comme une dépression, mais plus comme une grosse déprime. Je n'arrivais pas à dire que c'était le mot dépression. Je ne pouvais pas dire ça alors qu'on ne m'avait rien dit sur ça. Ça me semblait trop exagéré, on va dire » (Elie, 18 ans)

« C'est de l'angoisse, de l'énervement, on ne tient pas en place, on ne sait pas quoi faire. J'ai été très peu consulter de médecins hein. Je crois qu'une fois ou deux, une fois pour avoir l'attestation de sortie et puis c'est tout. Je ne suis pas addict aux aspirines, ou... Non c'est l'angoisse, c'est un mal de ventre, c'est ça quoi. » (Etienne, 62 ans)

Une autre façon de reléguer les troubles psychiques est de ne pas considérer leur prise en charge comme une priorité, et ce d'autant plus lorsque des problèmes somatiques s'y greffent. Ce primat du corps sur l'esprit est souvent corollaire aux représentations sociales des prises en charge en santé mentale. Jessica, qui relatait la perception de son père – « *les psychologues, ils sont fous, ils ne vont rien apprendre* » – sous-entend dans le verbatim suivant que la prise en charge en santé mentale ne relève pas du soin.

« Enfin, quand je suis rentrée en août chez ma mère, j'avais une anémie et une hypotension. Du coup, la priorité, c'était de me soigner déjà. Ça ne fait pas longtemps que je suis soignée et donc on fait les démarches pour essayer de trouver un stage et tout... Et, en même temps, j'ai proposé de voir une psychologue en même temps, parce que j'ai des angoisses qui me bloquent. » (Jessica, 19 ans)

La disjonction des soins somatiques et psychiques semble moins liée aux représentations de ces derniers **parmi les 50-64 ans**, ce qu'on peut expliquer par leur plus grande expérience du soin (nous l'avons vu, la décision de consulter semble plus acceptée dans leur entourage), ou du moins et plus généralement, une vision du soin psychique plus normalisée³⁷. Dans l'extrait suivant, si Julie est

³⁷ Celle-ci semble également ressortir de l'enquête Coviprev qui montre que les 50-64 ans sont la classe d'âge la moins concernée par la « honte de parler de ses problèmes psychologiques » « à un médecin » ou « à un « psy » », seulement après les 65 ans et plus (qui forment par ailleurs une minorité au sein de la classe d'âge 50-64) : Mertens C., Gillaizeau I., Léon C.,

convaincue de ne pas avoir « *besoin d'un psy* », c'est avant tout parce que ses troubles lui semblent avoir une origine physiologique : un Covid long qui a nécessité une hospitalisation et un suivi ultérieur. C'est un cas particulier parmi nos entretiens, y compris au sein des profils « Covid long », puisque parmi ceux-ci, les autres rapportent tous avoir souffert de dépression, au contraire de Julie.

« [Julie attribue ses troubles cognitifs au Covid long] Alors ma fille m'a dit à un moment donné « va voir un psy ». Un psy, un psy, mais je n'ai pas de réel besoin d'un psy, quoi. Je ne ressens pas de besoin d'un psy, je ne pense pas qu'il va m'apporter quelque chose. Et puis je ne sais pas vers qui me tourner vraiment pour en discuter » (Julie, 60 ans)

Lorsque cette mise à distance n'est plus tenable ou que la souffrance psychique se fait trop prégnante, le recours aux professionnels de la santé mentale est envisagé. Le premier contact avec un professionnel est souvent source d'appréhension, **pour les jeunes rencontrés**. Une distinction est faite entre les diverses modalités de prise en charge – psychologique et psychiatrique. Les verbatims ci-après illustrent le basculement qu'opère, dans les représentations, le passage d'un suivi par un psychologue, dont Arthur a bénéficié par ailleurs, à un suivi par un psychiatre.

« Je pense que je suis à la fois soulagé et stressé. Soulagé, parce que je vais avoir un suivi et stressé parce que je ne sais pas trop à quoi m'attendre. Ça va être la première fois que je vais rencontrer une psychiatre. [...] Je pense... qu'il y a la peur d'être désigné comme fou et d'être hospitalisé. C'est une peur un peu irrationnelle qu'on a peut-être tous quand on n'a pas encore eu de psychiatre. Je ne sais pas. En tout cas, c'était une de mes craintes » (Arthur, 23 ans)

« J'avais parlé avec des amis de mes symptômes, et du coup c'est mon ami qui m'a redirigé vers le SUMPS [Service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé] [...] Ils m'ont dit que c'était important, que je devais en parler à un professionnel. Moi, du coup, je ne voulais pas du tout au début. Puis en fin de compte, je me suis dit que ça m'aiderait. » (Baptiste, 24 ans)

Il est néanmoins intéressant de souligner que la majorité des enquêtés de la **classe d'âge 50-64 ans** ne partagent pas cette appréhension de la prise en charge en santé mentale. À l'inverse, leurs représentations sous-tendent une légitimité du recours aux professionnels afin de faire face à leur souffrance.

« Concernant le Covid long, pour finir, je pense qu'une cellule psy gratuite et obligatoire devrait être mise en place. Il faut vraiment que l'on arrive à ça. C'est le minimum du minimum du minimum » (Arnaud, 45 ans)

« En fait, la psychologue, je l'avais déjà contactée quand j'avais fait ma première dépression. À l'époque, on était en plein confinement. Donc, c'était par visio que j'avais contact avec elle. Le fait de discuter, de dire des choses que j'avais sur le cœur, du problème qu'il y avait avec mes petits-enfants que j'intériorisais beaucoup parce que je voulais pas en rajouter pour que ma femme supporte encore d'autres choses, en fait, ça m'a permis d'aller mieux. Puis après, elle avait les bons mots, elle avait peut-être les bons traitements, ça s'est bien passé. Donc, c'est pour ça qu'après, avec le deuxième Covid, mon premier réflexe, ça a été de faire appel à elle. » (Christian, 62 ans)



Quel que soit l'âge, le capital culturel dont disposent les individus favorise en parallèle l'élaboration de stratégies personnelles de prévention et d'auto-soin, qui peut s'accompagner d'une prise de conscience, relativement rapide, de la nécessité de « demander de l'aide », de consulter un professionnel voire plusieurs, d'essayer des techniques différentes dans des lieux divers. De plus, les membres des classes moyennes – dont font majoritairement partie les 50-64 ans rencontrés – et supérieures expriment davantage leurs demandes d'aide, tandis que les personnes issues des classes populaires sont plus souvent réticentes à consulter un psychiatre (Demailly, 2011).

Par-delà les représentations sociales différenciées selon le milieu social d'appartenance, les représentations des enquêtés sont également marquées par des expériences négatives avec des professionnels.

« On me met dans une petite chambre. C'est quoi le programme ? Et là, on vous coupe le cerveau. On vous met sur off. Moi, ce n'est pas ce que je voulais. Moi, je voulais qu'on m'aide. Que je voie un psy. Qu'on parle. Qu'on échange. Je n'ai pas vu un psy. J'ai pas vu le psychiatre : le cadre de santé. Deux fois. Mais en termes de directeur, de cadre de santé. Pas de psychiatre. Rien au niveau du suivi psychologique et de l'aide. Je me dis, tiens, je suis quand même dans un hôpital psychiatrique. On devrait tous passer devant un psy ou un psychiatre. Au moins, une à deux fois par semaine. Minimum. Rien, pendant trois semaines. Je suis parti de moi-même. Je me suis dit : on est en train de me zombifier. Bon, ce break m'avait permis quand même, mine de rien, d'écarter l'idée suicidaire. Je suis rentré dans un état épouvantable, évidemment, parce qu'on m'avait cachetonné à mort. Et pareil, je sors : pas d'accompagnement.

Q : On ne vous propose pas un suivi à ce moment-là ?

Si, ils me le proposent. Mais ils ne le font pas. Vous imaginez comme c'est dangereux : on bourre de cachets quelqu'un et on le laisse repartir. Ils vous disent : il y aura un suivi, on vous donnera votre fiche. Pas de fiche. Pas de suivi. Pas d'ordonnance. » (Arnaud, 45 ans)

« Alors, j'ai parlé de ce que je vivais avec les professionnels qu'il y avait là-bas [au centre d'aide thérapeutique à temps partiel (CATTP)], dont la psychiatre, qui a commencé à croire que j'étais schizophrène. Sauf qu'en fait, avec la façon dont elle me parlait, j'avais l'impression d'être un animal de foire. Et ça ne me plaisait pas [...] J'avais eu un nouveau groupe d'activité au CATTP. Et le problème de ce groupe, c'est qu'il y avait un des infirmiers que je n'aimais pas du tout, qui nous rabâchait tout le temps qu'on n'était que des gamins, qui ne savaient pas quoi faire de leur vie et qu'on avait toujours tort et que c'était lui qui avait raison. Sauf qu'à force d'entendre ça, je n'en pouvais plus et juste, je suis partie. Et à partir de là, jusqu'à juin, je n'y ai plus rien fait. Je ne me suis plus levée du tout, même pour aller au CATTP, rien du tout. Je restais juste dans ma chambre à ne rien faire. » (Elie, 18 ans)

Des expériences négatives sont également rapportées par les enquêtés de la catégorie **des 50-64 ans**, notamment un manque d'écoute, voire des formes de rejet, de non-prise en compte de la part des professionnels de santé. Toutefois, ces expériences ne concernent pas nécessairement leur prise en charge en santé mentale mais plutôt les situations de « Covid long », très souvent associées aux difficultés à faire reconnaître les troubles, ce qui n'est pas sans conséquences sur leur souffrance psychique.

« J'ai eu des médecins qui m'ont dit, un peu dédaigneux, « Mais, monsieur ..., accepter la maladie, c'est déjà guérir. » De manière très hautaine. Un autre infectiologue qui est très connu au CHU qui me regarde et dit « Oh, bah, les poumons sont bons, le sang, il est tout bon, le dos, voilà, il a un peu mal au dos. » J'ai dit « Oui, mais ça fait quand même plus d'un an que j'ai mal au dos. » Il me dit : « Oui, bah, ça, c'est la faute du bon Dieu, monsieur. » Puis, il s'en va. [...] Le plus grave, pour moi, dans tout ça, c'est que des gens de science puissent se permettre certains propos. C'est très grave. Il y a un vrai truc à creuser sur la maltraitance médicale. Parce qu'on ne peut pas laisser des gens avoir des propos pareils quand il y a des personnes qui sont psychologiquement fragiles » (Arnaud, 45 ans)

« On a vécu une violence, euh... De la part du milieu médical que je... Je pourrais en faire des livres entiers. J'avoue, je me remettrai jamais de ça. Les gens qui vous disent, « c'est rien », alors qu'elle [sa fille] tient pas debout du tout, euh... À 13 ans, 14 ans, je crois pas que ce soit normal. Les gens qui vous disent, « oh, vous êtes sa mère... C'est bon, l'écoutez pas trop. » Bon, entre-temps, on s'était... On s'était séparées de son père, euh... J'ai eu des, « ah, ben, vous êtes séparés, c'est ça », hein, bien sûr. « Ah, ben, les filles uniques, ah, ben, c'est ça ». Ça, je l'ai eu au moins quatre ou cinq fois. Enfin, c'est... Les médecins qui pensent pouvoir faire de la psy à deux balles parce qu'ils savent pas du tout ce que c'est... Moi, je... Ah ! J'ai envie de leur taper dedans. C'est innommable » (Inès, 55 ans)

Si le système de santé fait l'objet de critiques, notamment par les 50-64 ans, la crise sanitaire est présentée comme ayant exacerbé ses difficultés et la souffrance des soignants, participant dans leurs discours, à la dégradation des prises en charge médicales.

« On sent qu'ils sont sous pression. On sent qu'ils ne peuvent pas donner accès à certaines choses parce qu'ils vont se faire taper sur les doigts par la caisse. C'est hyper compliqué. On est en train de se rendre compte que notre système de santé, qui était si extraordinaire, se casse la gueule. Et quand on est véritablement malade, quand on a vraiment quelque chose de compliqué, on se dit, « mais comment ça va se passer pour nous ? » [...] Depuis Sarkozy, le système de santé a pris une claque. Il n'y a plus de moyens. Il manque des lits. Il y a des burn-out dans tous les sens. Ils n'en peuvent plus. Les infirmiers craquent. Pendant la période Covid, ils n'ont pas été aidés » (Arnaud, 45 ans)

« [Patricia était soignante dans un établissement de soins] Je voulais rencontrer la directrice qui venait d'arriver pour expliquer un petit peu ce qui se passait. Du coup, j'ai rencontré la directrice des soins. À l'heure d'aujourd'hui, ça fait un an et demi que je suis partie. Il devait y avoir des changements. À l'heure d'aujourd'hui, les changements ne sont pas faits. Ma collègue qui reste en place m'appelle régulièrement en pleurs. Ça ne change pas quoi. Je pensais y retourner et finalement, je ne vais pas le faire. Finalement, on se retrouve face à des gens qui n'ont plus le contact humain. On ne prend plus en charge le côté humain. On est dans du chiffre. Donc, il faut se faire une raison. » (Patricia, 57 ans)

Qu'il s'agisse de mauvaises relations avec les professionnels rencontrés au cours de la trajectoire, de doutes quant à l'efficacité d'une prise en charge en santé mentale ou de la conscience de problèmes systémiques aggravés par l'épidémie de Covid-19, ces éléments impactent la perception que les personnes ont du monde de la santé mentale.



« Il n'y avait pas vraiment de suivi. Elle [la psychologue] m'a dit : "je ne sais pas trop comment vous aider ». Donc, il n'y avait pas vraiment de raison de prendre d'autres rendez-vous avec elle.

Q : D'accord. Qu'est ce qui se passe après ce rendez-vous ?

Rien. Je n'ai pas cherché à prendre d'autre rendez-vous, parce que j'avais la crainte qu'on me dise la même chose. » (Emerline, 23 ans)

De telles expériences négatives, corrélées à des représentations de la santé mentale qui restent majoritairement stigmatisantes, peuvent potentiellement freiner voire empêcher les prises en charge en santé mentale (Morgny *et al.*, 2022).

II. Discontinuités et renoncements

Diverses ressources (personnes, structures, dispositifs) ont pu être mobilisées par les enquêtés comme les membres de la famille, les amis et/ou les associations, ou des professionnels. Dans cette partie, nous nous concentrerons exclusivement sur les prises en charge professionnelles, relevant du champ de la santé mentale, les prises en charge profanes, sociales et administratives étant abordées dans la partie suivante³⁸.

1. Prises en charge sporadiques

Notons qu'à une exception près, toutes les personnes³⁹ dont les troubles psychiques sont antérieurs à l'épidémie de Covid-19 ont bénéficié de prises en charge en santé mentale. **Dans notre corpus**, les prises en charge ne sont jamais des prises en charge au long cours, mais interviennent davantage en pointillés dans les trajectoires, lors de l'apparition ou de la résurgence des symptômes avec des interruptions et des changements de professionnels. Ces changements de professionnels sont liés, comme souligné précédemment, à des expériences négatives mais également à des événements de vie tels que des déménagements, le départ en retraite des professionnels, les changements d'établissements scolaires et l'entrée au collège, au lycée ou à l'université. Ces discontinuités indiquent que rares sont celles et ceux qui bénéficient d'un suivi dans une temporalité longue.

« Donc, à partir de là, j'ai commencé à voir des professionnels : des psychologues, des psychiatres... J'ai jamais eu de très longs suivis [...] Je crois que ça a duré deux ans. Jusqu'à ma rentrée au collège. Et ensuite, en fait, il est parti en retraite. Donc, je n'ai pas pu être suivie plus longtemps. » (Elie, 18 ans)

« Donc, programme gratuit, etc. Jusqu'à temps que je rentre dans l'école de cinéma et que mes horaires étaient plus compatibles avec les horaires de la maison des adolescents, et du coup, j'ai arrêté. Après, j'ai essayé d'en voir une autre. Et ça ne me correspondait pas, j'ai arrêté au bout de deux séances. Puis, j'ai été voir mon médecin traitant pour parler de mon hyperphagie. Et lui, il m'a conseillé une psychiatre que j'ai vue et qui m'a suivie pendant un an. » (Johanna, 24 ans)

³⁸ Voir Partie 3. Focus sur la crise sanitaire – Prises en charge profanes et ressources mobilisées p.133 ; nous évoquons également le contexte administratif p.105 concernant la reconnaissance des troubles pour des arrêts de travail.

³⁹ Parmi les jeunes en souffrance psychique avant le Covid, seule Jessica n'a bénéficié d'aucune prise en charge en santé mentale au moment de l'entretien. Il faut noter que la situation de Jessica est particulière puisqu'elle s'est trouvée en souffrance quelques semaines seulement avant le 1^{er} confinement, rapprochant ainsi, selon certains aspects, sa situation et son parcours, des jeunes dont les troubles sont apparus au cours de l'épidémie.

Si les prises en charge s'échelonnent sur plusieurs années, elles ne durent pas nécessairement dans le temps et sont composées d'arrêts, de bifurcations, de discontinuités. Quelques enquêtés soulignent le coût des prises en charge au long cours auprès de psychologues et le caractère dissuasif de l'implication financière de tels suivis.

« Q : envisagez-vous de reprendre un suivi ?

Là, pour le coup, c'est uniquement financier éventuellement. Parce que même si je voulais, aujourd'hui, en retraite, je ne pourrais pas. » (Marie, 64 ans)

« Tout ça, je répète, sans accompagnement. Parce qu'il faudrait que je me paie un psy. Mais quand on se retrouve à 1000 euros par mois... payer un psy 60, 65, 70 balles deux fois par semaine... C'est juste pas possible. On ne peut pas se le payer. Je veux, j'aimerais bien, mais je ne peux pas. Et je suis étonné que dans des cas comme ça, il n'y ait pas des choses qui se mettent en place pour aider, justement. Il n'y a rien. Alors si, il faudrait aller en HP ou je ne sais pas quoi. Mais ce n'est pas du tout les endroits qu'il faut. » (Arnaud, 45 ans)

« De toute façon, je n'ai pas l'argent aussi. Il y a ça qui rentre en compte [...] Enfin, au-delà de ma dépression, il y a eu des choses que j'aimerais peut-être régler. Mais je ne peux même pas me permettre de mettre 50 euros par semaine pendant des années » (Johanna, 24 ans)

Pour les jeunes, comme nous le verrons dans la partie concernant les ressources personnelles, les parents jouent un rôle important également dans le financement des suivis psychologiques lorsque cela est, économiquement et symboliquement, possible.

Au-delà de l'implication économique pour les individus, des travaux sociologiques mettent en exergue le manque de continuité des soins en psychiatrie, y compris entre secteur privé et établissements publics. Cet enjeu est bien compris par les patients les plus « experts », ayant une expérience de long terme des soins, du fait d'une affection chronique, comme Corinne.

« C'était une très mauvaise idée d'avoir supprimé les infirmiers psy. Moi, j'ai une expérience de la psychiatrie publique très ancienne, j'ai été dépitée dans un hôpital public [...] il faudrait dépasser le clivage public-privé, vous savez : moi, si je suis encore en vie, c'est parce que les deux travaillent ensemble » (Corinne, 52 ans)

Cette discontinuité implique par exemple qu'à la sortie d'une hospitalisation, ce sont souvent les patients ou leur famille qui doivent trouver un accompagnement social et parfois médical. Cette difficulté est d'autant plus exacerbée que la transmission d'informations entre le secteur sanitaire et le secteur social est insuffisante, cette défaillance étant dénoncée de longue date par les associations d'usagers en santé mentale (Demailly, 2011).

2. Crise sanitaire et entrave aux prises en charge

L'épidémie de Covid-19 et les mesures sanitaires qui l'ont accompagnée sont venues entraver certaines prises en charge.

« Aucune [prise en charge pendant le Covid]. En L1, au début, ça se passait bien. J'avais eu des bonnes notes. Il me manquait juste des amis ou des connaissances. Après, pendant Covid et confinements, je n'ai pas repris contact avec les psychologues » (Jade, 22 ans)

« Non. C'est juste que moi, je ne savais pas si je pouvais sortir aller voir le médecin. Je ne savais pas... Est-ce que j'avais de... Enfin, est-ce que j'étais légitime d'appeler



un médecin pour dire que j'avais besoin juste de Ventoline alors qu'il y avait toute cette situation de virus, en fait » (Johanna, 24 ans)

Ce sentiment d'illégitimité à se sentir mal, à être malade, ainsi que le manque de clarté quant à l'interprétation des mesures sanitaires durant l'épidémie, ont brouillé la lecture des possibilités pour les enquêtés. Pour ceux qui ont bénéficié de prises en charge en santé mentale durant la crise, celles-ci ont été écourtées.

« Là-bas [en établissement psychiatrique], ils ont dit « Ah non, ah non, on veut pas de vous. Vous êtes une diplômée, vous avez de l'humour » – je réussissais encore à avoir de l'humour – « Vous n'êtes pas notre cœur de cible. Et puis, on n'a plus que deux lits. Donc, comme on n'a plus que deux lits, ces deux lits-là, ils ne sont pas pour vous, donc, vous vous débrouillez. Vous trouvez d'autres solutions. » » (Corinne, 52 ans)

Corinne a été renvoyée chez elle du fait de la saturation des services de psychiatrie. Elle a, par la suite, été renvoyée des urgences psychiatriques à trois reprises. Si l'épidémie de Covid-19 et les expériences associées ont pu dissuader certaines personnes de recourir aux soins durant cette période, ce sont également les soignants qui ont pu mettre à distance certains suivis. Mais l'épidémie et sa gestion ont en outre détourné certains patients des prises en charge au moment du déconfinement et de la sortie de la crise sanitaire.

« Il y a des gens qui ont un peu moins consulté, vous avez raison, je m'en souviens, et je me disais, mais qu'est-ce qu'ils fichent ? En fait, ils profitaient du déconfinement, donc ils ne venaient pas se soigner, ce qui m'affolait aussi, parce que je me disais : « ils vont attraper le Covid ». Et bon, après, c'est revenu. Mais il y a eu une petite période d'euphorie, comme ça, où les gens, à partir du moment où on leur a dit « c'est open », ben ont fait un peu n'importe quoi. Des gens qui ont fait des soirées, qui ont fait... Enfin, je suis pas mal de jeunes, et qui se sont mis un peu en danger, quand même, je pense. Donc bon, on en a reparlé après en entretien, mais oui, moi, je ne l'ai pas très bien vécu, pour ce que je vous disais, des raisons personnelles, et puis j'ai trouvé que... Voilà, les gens n'avaient plus tellement envie d'aller se pencher sur la question de la santé mentale, puisqu'ils étaient déconfinés. C'était assez paradoxal. Mais du coup, ils n'avaient plus envie de parler de tout ça. Il y a eu un déni hein par rapport au Covid » (Catherine, 61 ans)

Catherine, psychothérapeute libérale, évoque ainsi une forme de « déni » de la souffrance psychique relative au Covid-19 lors des déconfinements et avec lui une absence de suivi en santé mentale, la reprise des activités de la vie courante étant perçue comme suffisante, voire comme un substitut au rétablissement dans le cadre de la prise en charge professionnelle.

3. Aucune prise en charge en santé mentale durant la crise

Certains enquêtés n'ont pas consulté de professionnels en santé mentale durant la crise sanitaire, et ce pour diverses raisons. Premièrement, les antécédents de troubles psychiques et les prises en charge qui les ont accompagnés ont permis à certains de jauger leur état de santé mentale. Ces périodes de vie, ponctuées de séjours en établissement psychiatrique et de consultations auprès de professionnels de la santé mentale, qui constituent potentiellement des expériences négatives, sont reléguées dans un passé que les personnes espèrent révolu.

« je n'ai revu que mon généraliste. C'est tout.

Q : Pour quelles raisons ?

Alors... j'ai fréquenté les psychiatres, j'ai fréquenté les établissements psychiatriques. Et sincèrement, ça ne donne pas envie. Mais vraiment pas. » (Marie, 64 ans)

« Maintenant, depuis longtemps, je n'ai plus besoin de ça. Voilà. Non. Puis ça ne m'a rien apporté, en plus. Franchement. Ou inconsciemment. Mais en tout cas, ça ne m'a rien apporté. C'est pour ça que ça a été bref. Je pense que j'y allais de temps en temps, une fois par-ci, par-là, en me disant... « Peut-être que... Peut-être que... » Et en fait, non. Ça ne m'apportait rien du tout. Donc, c'était bref. C'était une séance, deux séances, voire trois séances, et puis voilà, terminé. » (Nadège, 67 ans)

Certains enquêtés ont conscience que leurs troubles sont liés au contexte sanitaire. Philippe, par exemple, insiste sur le respect des mesures sanitaires dans son quotidien, puisque l'explication principale de son mal-être est la crainte de la contamination, qu'il présente comme suffisamment rationnelle et s'intégrant dans une forme de « normalité » au regard du contexte pour ne pas justifier de consultation.

« Quand je faisais mon footing avant le... avant le Covid, ça m'est arrivé régulièrement de ramasser des canettes et puis de les mettre... J'ai une ceinture pour mon téléphone. Je les mettais derrière moi pour les ramener à la maison et les mettre aux déchets, enfin, au recyclé. À partir du moment du Covid, j'ai complètement arrêté ça parce que – en me disant, « je n'ai pas envie d'être contaminé ». Je ne pense pas être hypocondriaque dans le sens où je ne vais pas aller consulter, d'ailleurs, je vois très rarement le médecin. [...]

Q : Et du coup, durant cette période, par rapport à la montée de l'anxiété par rapport au Covid, ce changement dans votre vie, vous n'avez consulté personne, ou après ?

Non. Pas pour... on va dire, pas pour des raisons, j'allais dire, psychologiques. Je suis allé voir le médecin, ben, pour les trois injections, mais, voilà, c'est tout, quoi. J'ai pas... J'ai pas consulté, en dehors de ça. » (Philippe, 63 ans)

Il apparaît que les personnes rencontrées, notamment de la **classe d'âge 50-64 ans**, qui ont une expérience préalable des troubles psychiques, présentent un regard nuancé sur les prises en charge, et réflexif sur leur souffrance. De ce fait, certains n'ont pas consulté durant la crise sanitaire, et ce même si celle-ci a participé à la résurgence de souffrances psychiques.

4. Renoncement aux soins pendant le Covid-19

L'épidémie de Covid-19 s'est aussi accompagnée de dommages collatéraux, dont le renoncement à une prise en charge médicale (Revil *et al.*, 2020). Il est intéressant de souligner qu'aucun enquêté parmi les 50-64 ans n'indique avoir renoncé aux soins psychiques du fait du contexte sanitaire⁴⁰. **Chez les 18-24 ans**, ils sont plusieurs à n'avoir rencontré aucun professionnel de santé mentale durant le Covid, même si cette période particulière a intensifié leurs souffrances. Pour certains, une prise en charge en santé mentale a été initiée à l'issue de l'épidémie, alors que leurs troubles étaient perçus comme moins intenses. Comme mis en lumière précédemment, cette non-sollicitation de professionnels est liée à l'euphémisation de leur mal-être, à la volonté de ne pas inquiéter davantage leurs proches, à la difficile

⁴⁰ Exception faite d'Agnès qui indique avoir consulté une sophrologue puis arrêté à la deuxième séance car cette praticienne ne respectait pas les gestes barrières, élément primordial pour Agnès afin d'établir une relation de soin de confiance. : « *Le problème, c'est qu'elle n'avait pas le masque. Elle me disait : « vous inquiétez pas, j'ai mis de la sauge. »* ». Son état psychique s'est dégradé et elle n'a consulté une psychologue qu'en 2023, suite à une tentative de suicide.



reconnaissance des symptômes liés à la santé mentale, et au sentiment d'illégitimité de la souffrance dans une situation de crise socio-sanitaire les invitant ainsi à masquer ou taire leur souffrance.

Durant l'épidémie, Maëlle et Johanna ont bénéficié de consultations psychologiques à distance, en visioconférence. Cette modalité de consultation n'est pas évoquée par les enquêtées comme un frein, tant la consultation leur était nécessaire et soutenante, même si la préférence est allée au présentiel lorsque cela a été rendu possible par l'assouplissement des restrictions sanitaires.

« En visio. [...] Oui, parce que c'est pareil que... Comme là, on va dire. Sauf que tu te mets dans une pièce, ou qu'il n'y a pas trop de bruit. Voilà, et... Puis voilà, on fait la séance, normal. » (Maëlle, 22 ans)

« Elle m'avait donné le choix de faire des visios ou d'aller la voir en présentiel. Et moi, c'est vrai que j'ai choisi d'aller la voir en présentiel parce que ça me faisait au moins une sortie toutes les deux semaines, officielle et voir quelqu'un. C'était mon choix. J'aurais pu faire par visio, mais j'ai dit « non, non. C'est à 5 minutes en voiture, je le fais. Ça me fait sortir, ça m'oblige à me préparer le matin, me lever. » Et je trouvais que c'était important pour moi quand même de faire ça. » (Johanna, 24 ans)

Les 18-24 ans, et plus spécifiquement ceux dont les souffrances psychiques sont apparues durant l'épidémie, évoquent les difficultés à identifier les ressources susceptibles de les aider face à leur souffrance. L'offre de soins en santé mentale est complexe, peu lisible de prime abord, et le nombre de dispositifs est insuffisant et inégalement réparti sur le territoire (Demailly, 2011). Ces éléments sont à adjoindre à la complexité de la reconnaissance des signes de mal-être, qui en plus du contexte de crise, ont participé grandement au renoncement aux soins de certains jeunes de notre corpus.

III. Rôle des professionnels

L'offre de soins en psychiatrie est inégale sur les territoires et l'accessibilité diffère entre des zones suréquipées qui coexistent avec des zones sous-dotées (Sterchele, 2023). Hormis ces réalités d'ordre structurel, susceptibles de freiner la mobilisation des professionnels en santé mentale, d'autres facteurs inhérents aux représentations des professionnels peuvent impacter directement les prises en charge⁴¹. Des recherches sociologiques et ethnographiques soulignent la manière dont les inégalités sociales influent sur les trajectoires des personnes atteintes de troubles mentaux : sur l'origine du trouble lui-même, sur les effets du trouble sur la situation socio-économique de la personne, sur l'accès aux soins, au diagnostic et à la prise en charge (Demailly, 2011, Hazo et Boulch, 2022).

La part des personnes présentant des troubles de santé mentale ayant recours à différents professionnels est difficile à évaluer, notamment concernant le recours aux médecins généralistes. Cependant, différentes enquêtes et sources témoignent d'un volume conséquent de ces recours depuis le début de la crise sanitaire. En effet, 7 médecins sur 10 déclarent, au printemps 2021, des demandes de soins liés à la santé mentale plus fréquentes qu'avant le début de l'épidémie (Drees, 2021).

D'autre part, l'Atlas de la santé mentale en France (Coldefy M., Gandré C, 2020) mentionne différentes sources en vue d'estimer ces recours ; l'enquête Santé mentale en population générale souligne l'absence de recours aux soins pour un quart des individus souffrant de dépression, qui semble cependant concerner principalement les individus les moins sévèrement malades. 26 % des individus dépressifs ont déclaré avoir consulté un professionnel de la santé mentale et 38 % un professionnel de

⁴¹ Voir par exemple l'ouvrage de Sylvie Fainzang, La relation médecins-malades : information et mensonge. Paris, Presses Universitaires de France, 2006, 159 p.

santé non spécialisé, tandis que 17 % ont été pris en charge en établissement hospitalier (Morin, 2007). L'enquête ESEMED⁴² a confirmé que les individus souffrant de troubles psychiques fréquents en France étaient plus susceptibles de consulter un médecin généraliste qu'un psychiatre (Dezetter et al., 2013).

Au cours des trajectoires des enquêtés, plusieurs professionnels sont sollicités et notamment des psychologues, des psychiatres, le médecin traitant mais également des infirmiers en psychiatrie et des neuropsychologues. L'orientation vers des professionnels se fait par le biais de différents canaux : les parents (ou beaux-parents) notamment lorsque les troubles se sont développés durant l'enfance, des amis ou des camarades de classe, l'infirmière scolaire ; mais également par le biais de différentes structures telles que les maisons des adolescents (MDA), les missions locales⁴³, les centres ressources autisme (CRA), les centres médico-psychologiques (CMP), l'hôpital de jour, l'université, etc.

« Avant le deuxième confinement, on avait reçu des flyers pour des consultations gratuites pour les étudiants. C'est un dispositif qui s'appelle : Apsytude. Je me suis renseigné et j'ai pu consulter là-bas avant même de consulter mon médecin généraliste » (Arthur, 23 ans)

Le recours aux professionnels est investi différemment selon les troubles psychiques, les caractéristiques socio-économiques des individus, l'accès possible aux soins sur le territoire etc. (Lapinte et Legendre, 2021). Il semble que les psychiatres soient consultés plus épisodiquement⁴⁴ au cours de la trajectoire et au gré des épisodes de mal-être ou suite à une crise aiguë ayant mené à une hospitalisation.

« Et en parallèle, je prends contact avec le CMP pour solliciter un suivi psychiatrique. Dans cette logique-là, j'obtiens un entretien préliminaire avec une infirmière en psychiatrie pour un peu évaluer ma situation. Et je bénéficie d'un rendez-vous avec le psychiatre dans le cadre d'un organisme qui fait plutôt des interventions post-urgences psychiatriques d'habitude. Ça s'appelle le CAP-UP. Sous deux semaines, j'ai pu rencontrer un psychiatre » (Arthur, 23 ans)

À l'inverse, les psychologues sont davantage mobilisés dans une temporalité plus longue (de quelques mois à 1 an). Durant l'épidémie, les jeunes (18-30 ans) ont rapporté deux fois plus souvent le besoin d'un soutien psychologique et ce dès le début du confinement (Peretti-Watel et Delespierre, 2022). Aussi, une distinction entre les classes d'âge peut être relevée au sein de notre corpus :

- **Chez les 18-24 ans**, les professionnels sont régulièrement mobilisés de manière exclusive, il est rare que les prises en charge se complètent, se cumulent. Lorsque la prise en charge est pluriprofessionnelle, elle s'opère souvent dans le cadre de structures dont l'organisation est elle-même pluriprofessionnelle (hospitalisation, centre d'aide thérapeutique à temps partiel).
- **Chez les 50-64 ans**, si le passage dans des structures pluriprofessionnelles est également un facteur notable, un discours sur l'articulation des différentes professions existe par ailleurs : elles sont perçues comme porteuses d'approches, de spécificités complémentaires.

« On n'a pas les mêmes rapports, on discute plus librement avec les psychologues, on parle plus facilement. Les psychiatres, ils parlent surtout traitement. On ne parle pas beaucoup sur le fond, on ne fait pas de psychanalyse. » (Henri, 64 ans)

⁴² European Study of the Epidemiology of Mental Disorders

⁴³ Il faut noter que les missions locales ont été des partenaires très actifs dans le recrutement d'enquêtés pour cette recherche.

⁴⁴ Seul Marc, 58 ans, souligne au cours de l'entretien que le psychiatre est le professionnel qui l'a « le plus accompagné ».



Dans cet ordre d'idées, Corinne, atteinte d'une maladie chronique, souligne des nuances dans l'articulation de l'intervention des psychiatres et psychologues et les cultures disciplinaires, observables à travers le temps et selon le type d'établissement où ils interviennent.

« Les psychiatres deviennent de plus en plus mauvais, et c'est lié aussi à une école. C'est qu'avant, nos psychiatres, ils étaient beaucoup plus férus de psychologie, de psychanalyse. Maintenant, quand je suis allée à [établissement psychiatrique], ils vous font un scanner du cerveau pour voir si la matière grise est correcte. C'est une autre école ; je n'ai pas vu un psychologue de mon séjour, et je suis restée 15 jours trois semaines. Quand je vais en clinique, je vois un psychologue au moins tous les trois jours. Donc ça, c'est dommage. » (Corinne, 52 ans)

Le médecin traitant est presque systématiquement consulté et joue un rôle pivot d'orientation vers les professionnels de santé mentale, et/ou renouvelle voire délivre les traitements médicamenteux. Consulter en premier lieu un médecin généraliste peut également être une manière de tenir à distance le trouble mental et avec lui la prise en charge par des psychologues ou des psychiatres. En effet, dans plusieurs situations, le médecin traitant se substitue aux autres professionnels en santé mentale.

À l'inverse des 50-64 ans rencontrés, pour qui les professionnels sont peu évoqués comme des ressources, certains professionnels médicaux ont constitué de véritables ressources **pour les jeunes** et ce pour plusieurs raisons :

Aider à traduire ses symptômes, apporter des pistes et établir un diagnostic

« Oui. Alors, déjà, il a commencé à m'expliquer mes cauchemars. Ce qui m'a beaucoup aidée. Il a réussi à m'expliquer ce que c'était, ce que ça voulait dire, ce que ça pouvait vouloir dire. Et ça, ça m'a beaucoup aidée parce que maintenant, encore aujourd'hui, je sais vraiment, juste avec un cauchemar, tout ce que ça peut dire sur moi et sur ce que je ressens. Il a aussi surtout mis des mots sur ce que je faisais. Il a dit que je faisais de la dissociation, de la déréalisation. Ce n'était pas vraiment des rêveries, du coup. C'était vraiment quelque chose qui m'embêtait tous les jours et qui m'empêchait d'être vraiment dans la réalité. » (Elie, 18 ans)

Accompagner vers un mieux-être possible grâce à une prise en charge multi-vectorielle

« Je rencontre par visioconférence une psychologue pour des sessions de 45 minutes pour parler un petit peu de mes difficultés, de mon mal être.

Q : Est-ce que ces consultations vous aident ?

Je pense que ça m'a apporté du soutien et un autre point de vue sur la situation. Ça permet de se rendre compte de certaines choses [...] Pour moi, ça dépend de la gravité de la situation. Mais, dans l'idéal c'est voir déjà son médecin traitant dans un premier temps. Si possible avoir un suivi psychologique et psychiatrique avec une psychologue, un psychiatre. Je pense que ça dépend de la situation mais dans l'idéal ne pas y faire face tout seul » (Arthur, 23 ans)

« Donc, c'est grâce à la psy et les médicaments que je m'en suis sortie. Parce que sinon... Je ne m'en serais pas sortie. » (Maëlle, 22 ans)

Les professionnels de santé identifiés comme des ressources étaient des psychiatres, des psychologues et neuropsychologues. Ce qui en fait des ressources dans les discours, c'est la possibilité qu'ils offrent

de comprendre ce qui leur arrive, leurs symptômes, leur pathologie, par l'établissement d'un diagnostic, par l'apport « d'un autre point de vue sur la situation ».

Par ailleurs, il est intéressant de noter que parmi les jeunes dont la souffrance est apparue durant le Covid-19, aucun n'a consulté de psychiatre. Lorsqu'une prise en charge a été mise en place, ce sont des psychologues et leur médecin généraliste qui ont été initialement sollicités. Ces consultations ont pu avoir lieu suite à la dégradation de l'état de santé mentale. C'est le cas de Maëlle, qui est allée voir son médecin généraliste puis une psychologue lors du deuxième confinement, ses troubles psychiques étant, de son point de vue, la conséquence du premier confinement. Elle a consulté lors du second pour ne pas « rechuter ». Ce recours en premier lieu aux médecins généralistes et aux psychologues pourrait illustrer l'existence d'une échelle représentationnelle : la consultation de professionnels autres que le psychiatre permettrait de maintenir un rempart contre la « folie ».

Du côté des 50-64 ans, le rapport aux professionnels de santé dans le cadre de troubles psychiques n'est pas toujours apaisé, notamment en ce qui concerne la reconnaissance des troubles et le rapport au travail.

« Je tiens quand même à souligner qu'au bout de trois semaines, le médecin conseil de la sécu, sans jamais m'avoir vu, décide qu'il faut que je reprenne un travail. Que j'ai dû aller faire une contre-expertise à XXX au mois de mai, parce que je n'ai rien reçu comme indemnité pendant six mois. Finalement, la contre-expertise m'a été favorable. Forcément, vu l'état dans lequel j'étais, ce n'était pas bien dur de le comprendre. Je ne l'ai jamais fait et maintenant, c'est un peu tard, mais je pense que si c'était à refaire, je ferais un procès à la sécurité sociale par rapport à ça. J'étais en pleine psychanalyse, en pleine prise de conscience des viols que j'avais subis. Et qu'un médecin se permette, juste en appuyant sur un ordinateur, de vous sucrer vos indemnités et de vous obliger à retourner travailler auprès des gens qui vous abusent... à un moment, il faut quand même arrêter de se foutre de la gueule du monde. J'avais franchement d'autres chats à fouetter. Je pensais bien plus à ne pas me suicider tous les jours, pour être très honnête avec vous. J'avais d'autres choses à faire que de faire des procès à la sécu. » (Jérôme, 46 ans)

« J'ai aussi été expertisé en mai 2022, je crois, en Suisse. Parce que quand vous bénéficiez d'une assurance en Suisse, il faut passer par un expert. Donc j'ai été expertisé à XXX. Et à XXX, au mois de mai 2022, ils n'ont absolument pas... Je suis quand même passé entre les mains d'un psychologue, j'ai fait une batterie de tests. Je suis passé entre les mains d'un psychiatre pour finir, pour les conclusions. Et ils ont confirmé, effectivement, que j'étais dans une dépression sévère. Voilà. Et par contre, dans sa boule de cristal, il a estimé qu'au mois d'août qui suivait, tout était réglé. Voilà. Donc ça, c'est probablement pour des raisons d'assurance et j'en passe, quoi. Donc ce qui n'a absolument pas été le cas. » (Marc, 58 ans)

« Pareil, l'arrêt de travail, ça a été compliqué au début, parce qu'on vous regardait un peu en disant : « Ouais, mais ça va peut-être aller mieux, on va attendre... » [...] Alors, on m'a dit : « va à la CPAM ». J'ai été à la CPAM. J'ai parlé comme je vous parle et la personne m'a répondu : « Vous comprenez parfaitement ce qui vous arrive. Il n'y a pas besoin de psychiatre. » » (Arnaud, 45 ans)

Ces extraits d'entretiens soulignent une autre facette des relations patients-médecins – ici médecins-experts – et la manière dont le traitement des troubles, en lien avec l'activité professionnelle et plus spécifiquement l'arrêt de travail, participe *a minima* au sentiment d'injustice et d'incompréhension qui marque les expériences dans le parcours de soins de certains enquêtés de **la classe d'âge 50-64 ans**.



IV. Rôle du diagnostic

Le diagnostic en psychiatrie n'est pas aisé au regard des outils et connaissances partielles des pathologies (Pignarre, 2001). Souvent, il est précédé d'un « sous-diagnostic », d'un choix de thérapeutique et d'un mode de prise en charge (Demailly, 2011). C'est un moment important et complexe de l'interaction entre patient et professionnel ; et l'exigence d'un diagnostic précis est souvent forte de la part des familles et des malades (Demailly, 2011). Celui-ci s'inscrit dans une chaîne d'interactions et dans un processus d'étiquetage (Becker, 1985 ; Goffman, 1968), avec lesquels les patients négocient. De plus, les informations transmises par les médecins sont parfois lacunaires (Fainzang, 2006) et, en psychiatrie, ces derniers ne délivrent pas l'entièreté des informations dont ils disposent lors du diagnostic. Cette rétention d'informations vise d'une part à éviter des effets négatifs sur le moral du patient, et d'autre part à limiter la stigmatisation du trouble psychique avec laquelle il faut se familiariser pour parvenir progressivement à la gérer (Younes *et al.*, 2002).

Pour les 18-24 ans rencontrés qui ont bénéficié d'une prise en charge en santé mentale, le (ou les) diagnostic a joué un rôle important en définissant des contours, en donnant un sens, un nom et une reconnaissance de la souffrance. Le diagnostic joue ainsi différents rôles :

1) comprendre sa situation / ses difficultés et externaliser la « faute », ce qui participe à l'amélioration de l'image de soi

« On m'a dit quand j'étais plus jeune que j'avais des facilités à l'école et tout ça. Je fournissais très, très peu d'efforts et j'arrivais à faire ce qu'on me demandait. Je révisais jamais, mais j'avais des bonnes notes. Mais pour moi, c'était normal. Je ne me suis jamais posé la question. Et on a dû me dire une ou deux fois, tu serais pas surdouée et tout. Mais pour moi, c'était un mot comme un autre et je ne prêtais pas du tout attention. C'est vrai que je me suis toujours passionnée pour énormément de trucs très rapidement et que je fais qu'apprendre tout le temps. Dès que j'ai quelque chose qui me plaît, je l'apprends. Tout en autodidacte. Vu que je suis fille unique, c'était pour m'occuper, en fait. C'était simplement pour m'occuper, pour ne pas m'ennuyer. Donc, il m'a dit : « renseigne-toi sur ça. » Je me suis renseignée et j'ai vu que les points me correspondaient. J'ai vu une spécialiste qui m'a fait passer un test, qui était long, qui a duré plusieurs heures, pour évaluer. Et donc, il s'est avéré que je suis THPI : très haut potentiel intellectuel [...] En fait, mes angoisses, elles viennent en partie de ça. Parce qu'on m'a aussi détecté une hyperactivité. Donc, voilà, je ne peux pas m'empêcher de faire des choses tout le temps. Je bouge beaucoup et j'ai des gros coups de fatigue dus à ça » (Pénélope, 22 ans)

« Pendant le confinement, je découvre que je suis dyslexique et dysorthographique. Donc, je me rends compte qu'en fait, j'avais vraiment de la difficulté. Ça m'a un peu aidée dans mon estime de soi. » (Elie, 18 ans)

2) mettre à distance les troubles, les symptômes et les réintégrer dans un tout, dans son histoire. Un tel usage du diagnostic ne concerne que deux jeunes femmes de notre corpus, diagnostiquées haut potentiel intellectuel (HPI) et issues de milieux sociaux favorisés.

« Disons que c'est un peu nouveau pour moi, parce que je suis allée voir la neuropsychologue en septembre de l'année dernière. Déjà se rendre compte qu'il y a plein de choses de sa vie qui sont liées à ça... ou découvrir qu'il y a des choses qu'on croit que tout le monde fait alors que ce n'est pas le cas... ou alors que c'est poussé à l'extrême chez nous... ou qu'on se fait brimer sur des choses qu'on ne peut pas contrôler... ça

fait bizarre. À ce moment-là, on se refait un peu le film de notre vie. On se dit : « ah oui, en fait, c'était ça » » (Malo, 22 ans)

« Une chose [la prise en charge psychologique] que je rejetais totalement avant, parce que ma mère, quand elle était malade, elle a vu un nombre de psychologues, je ne sais même pas combien, mais je crois vraiment, tous ceux qui étaient dans ma région natale, elle les a vus, et même plus loin, d'ailleurs. Et ça n'a jamais fonctionné pour elle. Pourquoi ? Parce que justement, tout ça, c'est héréditaire, et qu'elle ne le savait pas, mais elle était aussi hypersensible, aussi HPI, aussi tout ça. En fait, à travers les personnes que j'ai vues et ce que j'ai découvert sur moi, quand je lui en ai parlé, eh ben, elle s'est rendu compte qu'elle l'était aussi » (Pénélope, 22 ans)

La place du diagnostic des troubles psychiques semble moins centrale **chez les 50-64 ans**⁴⁵. L'enjeu de la reconnaissance des troubles est globalement moins mis en avant, exception faite des profils « Covid long » qui décrivent une certaine incertitude et une incompréhension face à des symptômes variés, à la fois physiques et psychiques.

« D'après le psychiatre que j'ai vu, il me dit ce que m'avait dit le médecin, j'ai des symptômes dépressifs, mais en fait, je ne fais pas une dépression. Ce sont vraiment des crises d'angoisse qui sont là [...] C'est plutôt moi qui l'ai évoqué [le Covid long]. Je me suis dit, c'est peut-être ça, mais on n'en sait pas assez sur le Covid long. Et c'est ce que les professionnels m'ont dit ça aussi : mon généraliste comme le psychiatre. Il n'y a pas de diagnostic précis. » (Christian, 62 ans)

En dehors de ce profil, les autres patients évoquent leurs troubles (*burn-out*, dépression, crises d'angoisse) sans pour autant systématiquement et explicitement indiquer si ceux-ci ont été diagnostiqués, ni les professionnels qui y ont participé. Il semblerait que le diagnostic constitue moins volontiers un enjeu symbolique aussi majeur que chez les 18-24 ans. Dans le verbatim suivant, Inès indique que son premier interlocuteur, concernant sa santé psychique, est un médecin généraliste, mais dans l'entretien, elle indique avoir « reconnu » ses symptômes du fait d'une expérience préalable⁴⁶, et non du propos d'un professionnel de santé mentale – même si ceux qu'elle a ensuite consultés n'ont pas contredit sa perception. Il faut ajouter que, de son point de vue, le diagnostic de sa fille malade du Covid long et la reconnaissance d'un arrêt maladie semblent plus importants que son propre diagnostic.

« J'avais déjà des choses données par des généralistes, pour dormir et pour l'anxiété, la dépression. » (Inès, 55 ans)

Dans leurs discours, reflétant des enjeux de construction identitaire liés à leur âge, les jeunes du corpus ont des attentes fortes face au diagnostic émis par les professionnels de santé mentale ou leur médecin traitant que les personnes de la classe d'âge 50-64 ans n'ont pas. On peut supposer que la jeunesse, qui constitue un moment de construction de l'identité, renforce ces attentes pour permettre une visibilité plus grande sur ce que cette pathologie fait de soi, de sa vie ensuite, de la prise en charge et de sa durée, etc. Leurs attentes portent notamment sur la légitimation de leur souffrance et la reconnaissance de leur trouble, au même titre que les personnes atteintes de Covid long qui, elles,

⁴⁵ Demailly, 2011 rappelle que la place du diagnostic dans le parcours de soins varie significativement (notamment selon les catégories de professionnels), mais elle ne différencie pas les attentes des patients selon leur âge. En revanche, elle insiste sur les résultats d'enquêtes qualitatives montrant que le diagnostic constitue un enjeu important du point de vue de parents cherchant à interpréter « la rencontre avec les professionnels du champ de la santé mentale comme justifiée par l'existence d'un trouble psychique objectif » (Ch. IV, p.81). On peut raisonnablement supposer que ce rapport à l'entourage se pose dans des termes différents pour les 50-64 ans ; et il est tendanciellement plus apaisé du fait de la stabilisation de leur identité et de leurs rôles sociaux.

⁴⁶ Voir aussi son verbatim p.97



sont confrontées à un défaut de connaissances dans le milieu médical se traduisant par une absence de réponses, qu'ils reconnaissent comme anormale.

V. Place des traitements médicamenteux dans la prise en charge

Dans les entretiens, les traitements médicamenteux sont appréhendés de manière ambivalente, autant comme des éléments permettant une amélioration ou une stabilisation de l'état de santé mentale que comme un facteur de risque. Si les médicaments ont permis à Jade ou Marie une amélioration de leur état, ils n'ont pas été suffisants pour empêcher leur tentative de suicide par ingestion desdits médicaments. Néanmoins, les traitements médicamenteux sont plus souvent présentés comme des soutiens importants, l'échec du traitement se traduit alors par un sentiment « d'impuissance ».

« Moi, je m'en suis sortie grâce aux médicaments. Parce que j'ai eu... Des anti-anxio, enfin pour les trucs d'angoissement, j'en ai eu pendant 3 mois, 3-4 mois. Je prenais un médicament le matin, un le soir. Et quand je voyais que la crise, elle revenait trop, ben il fallait que je prenne un médicament » (Maëlle, 22 ans)

« Apparemment, je suis résistant aux médicaments. Ils ont essayé plein de traitements et ça ne me faisait pas grand-chose. Ça m'abrutissait un peu, mais c'est tout. Puis, il faut le temps de digérer, d'analyser tout ce qui vous arrive » (Henri, 64 ans)

« Et puis il y avait le contre-coup de : j'ai réussi à aller mieux, mais la maladie revient... malgré le traitement, la maladie est quand même là... je me sens mal malgré le traitement, donc il y a un peu une sensation de forte impuissance. » (Arthur, 23 ans)

Le milieu social dans lequel évoluent les enquêtés, le capital culturel dont ils disposent influent sur l'appropriation du vocabulaire des professionnels et la connaissance des traitements. Dans le verbatim précédent, Maëlle utilise par exemple le terme « *anti-anxio* » et, à un autre moment de l'entretien, de « *décompresseurs* » à la place d'anxiolytique et d'antidépresseur.

« Au début, c'était de la prise systématique si je ne me trompe pas : 3 fois par jour, 1 demi comprimé au repas. Par la suite, quand il a fallu diminuer, c'était à la demande » (Arthur, 23 ans)

Les traitements médicamenteux peuvent être prescrits dans le cadre d'une prise en charge par un psychiatre mais ceci n'est pas systématiquement le cas. Souvent, les traitements leur sont prescrits par un médecin généraliste (Schwoerer, 2023).

« Et que, ouais, pendant le Covid, au bout d'un mois, même pas, le premier confinement, ma psychiatre m'a dit, là... Elle a mis les mots, « là c'est une dépression et un état anxieux généralisé. » Et elle m'a mise sous médicaments » (Johanna, 24 ans)

« J'ai été voir au moins une vingtaine de fois mon médecin généraliste. Au début, il m'a mis sous antidépresseur (Effexor). Mais, je ne supportais pas très bien la molécule, ça me faisait des chocs électriques dans la tête. » (Jérôme, 46 ans)

Parmi les 18-24 ans, l'usage de la formule « *il ou elle m'a mis sous médicaments* », où le verbe dénote une certaine passivité, indique que le rapport entretenu avec les médecins et la médecine est

davantage un rapport d'autorité et de confiance *a priori*. Ce qui n'est pas toujours le cas pour les jeunes issus de classes plus favorisées qui souhaitent, à l'instar d'Arthur, participer à l'élaboration du diagnostic avec le psychiatre, ou encore d'Elie, qui a changé de psychiatre à cause d'une médication trop importante et qui refuse les traitements proposés par la nouvelle psychiatre qui la suit.

« En fait, il y en avait un [psychiatre], c'était pas très grave, mais c'était au niveau des pistes de troubles que je pouvais avoir. Je lui ai posé des questions et il ne prenait pas en compte mes questions. Il restait sur sa piste. Il n'y avait pas vraiment de prise en compte » (Arthur, 23 ans)

La prise de médicaments en lien avec sa santé mentale constitue, pour certaines personnes rencontrées, une bifurcation dans leur prise en charge. Plusieurs ont évoqué une forme d'appréhension, se sont avérés réticents à prendre certains traitements, voire se disent « *absolument contre* » comme Étienne (62 ans).

« J'ai un petit peu d'appréhension au départ, mais vu que je sens bien que la maladie revient, il faut la traiter. Donc voilà, c'est nouveau pour moi de prendre un antidépresseur, mais je m'adapte » (Arthur, 23 ans)

« J'ai eu trois traitements d'anti-dépresseurs. Je ne supporte pas les cachets... même le paracétamol. Je prends de l'homéopathie à côté. » (Agnès, 69 ans)

« Ah non, non : ma mère elle est très, très médicamentée et moi je veux pas – je suis comme mon père je veux pas trop de médicaments ! » (Lucile, 24 ans)

« Je n'ai pas de traitement pour l'instant. Les médicaments, de toute façon, ça ne me plaît pas beaucoup. » (Elie, 18 ans)

Le rapport qu'entretiennent les enquêtés aux médicaments peut également s'élaborer selon des échelles de quantité – ne pas prendre « trop » de médicaments – et d'intensité – en prendre mais pas des médicaments « trop » forts, à l'instar d'Agnès qui cite sa prise d'homéopathie dans le verbatim précédent.

*« À un moment donné, j'avais du Stresam avec mon généraliste. Cette année, j'ai eu un autre médicament pour me calmer un peu. Mais, **c'était des trucs légers.** » (Malo, 22 ans)*

*« Je prenais de l'homéopathie. **Jamais rien de fort.** Je n'ai jamais vu non plus de psychologue. » (Pénélope, 22 ans)*

La consommation de médicaments témoigne d'une relation à soi, à son corps (Fainzang, 2003). Les précédents verbatims montrent que l'utilisation de traitements jugés « légers », « moins forts » semble permettre de mettre à distance la maladie mentale. Les « plantes », l'homéopathie sont opposés à la « chimie allopathique » considérée comme plus invasive et comportant davantage d'effets indésirables sur la psyché. L'expérience de la chimie en psychiatrie ne semble pas neutre puisque celle-ci agit sur des symptômes impalpables ; les pensées, les émotions peuvent en être bouleversées. D'autre part, si les traitements font taire certains symptômes, ils peuvent aussi provoquer d'autres réactions : apathie, « brain-fog », sensation de mollesse, difficultés d'expression, etc. L'expérience de ces traitements n'est parfois pas plus « simple » que les symptômes de la maladie. La mise en place d'un traitement par antidépresseurs, par exemple, implique parfois une période d'aggravation des symptômes avant que la bonne molécule ou le bon dosage soient trouvés. De même, l'arrêt du traitement doit être suivi et se faire progressivement.

D'autres enquêtés, notamment **parmi les 50-64 ans**, relatent leurs expériences d'arrêt des traitements, que celui-ci ait été de leur initiative ou de celle d'un professionnel de santé mentale.



Nadège a arrêté ses traitements avec la conviction de pouvoir prendre en charge par elle-même son mal-être, considérant que celui-ci provenait de ses conditions de travail. Une fois en retraite, le traitement perdait donc, à ses yeux, sa nécessité.

« Mon médecin traitant m'a donné – ce que je ne pensais pas être des antidépresseurs. Et je devais les prendre deux ans, je les ai gardés sept ans parce qu'elle ne voulait pas me les arrêter. Sept ans, c'est-à-dire l'âge de ma retraite. C'est-à-dire que – je n'ai plus la date à un jour très précis. C'est-à-dire que le 23 février, puisque j'avais des congés à prendre, le 23 février 2017, j'ai arrêté de travailler, et le 24 au matin, j'ai ouvert la poubelle et j'ai tout mis dans la poubelle, et je n'ai plus rien pris. À ne pas faire !

Q : Donc, c'est vous qui avez pris la décision d'arrêter les antidépresseurs ?

Ah ouais. Oui. Par contre, j'ai galéré pendant à peu près quatre mois » (Nadège, 67 ans)

Lorsque l'arrêt des traitements est suggéré par un professionnel, la spécialité de ce dernier est garante de la légitimité d'une telle évolution de la prise en charge. Dans le second verbatim, les connaissances avancées de Corinne, patiente chronique, lui permettent d'écarter un tel arrêt en motivant son avis par la différence existant entre les formations des psychiatres et des psychologues.

« L'an dernier, le médecin psychiatre voulait tenter l'expérience d'arrêter le traitement pour voir de quoi ça provenait. Parce que pour lui, il y avait... il était entre le Covid et le burn-out. Voilà. Il a décidé de... Voilà. Donc, on arrête le traitement, avec mon accord. Ça s'est très mal passé. Ça s'est très mal passé – donc, j'étais devenu agressif. J'étais très, très mal. J'avais beaucoup de peine à me maîtriser... ça [a amené plus] de conflits chez moi, dans mon foyer. On a failli s'entretuer » (Marc, 58 ans)

« Le psychologue, il y a pas si longtemps, il m'a dit d'arrêter mes médicaments. Ce qui n'est jamais la bonne idée. Donc je lui ai dit, comme j'étais en phase maniaque, je lui ai dit « écoutez, gardez-vous de donner des conseils. Si vous voulez prescrire des médicaments, faites médecine et devenez psychiatre. » » (Corinne, 52 ans)

Les extraits d'entretiens précédents traduisent des comportements en lien avec les traitements qui varient ; tantôt les traitements sont considérés comme une ressource sur laquelle s'appuyer en coordination avec un professionnel de santé, tantôt comme une ressource personnelle comme le montre le verbatim de Pénélope qui choisit pour se soigner des thérapeutiques qu'elle juge « douces », tandis que pour d'autres encore ils alimentent une défiance. Augmenter, diminuer, changer de traitement se fait parfois grâce à l'aval d'un professionnel, parfois sans. Certains enquêtés préservent une forme de contrôle sur leur prise en charge par la gestion des questions relatives aux prescriptions. Nous pouvons prendre l'exemple d'Arthur qui connaît les dosages, les différentes molécules prescrites, etc., ou bien encore Christian, qui, au cours de l'entretien a ainsi présenté une représentation graphique du dosage médicamenteux, associé à l'évolution de son humeur et celle de son énergie. Ce graphique lui a permis d'ajuster son traitement en association avec son psychiatre mais également de mieux comprendre quand intervenaient ses symptômes et ce qui les déclenchait.

« La psychologue m'avait dit : « vous devriez faire un tableau en comparant l'énergie que vous pensez avoir et votre moral. » Donc, j'ai fait ça. Puis, en fait, j'ai sorti un graphique. [montre le graphique] J'ai commencé au mois de février de cette année où ça n'allait pas trop bien. C'était en dent de scie. Parallèlement à ça, j'ai mis le

niveau de Sertraline que je prenais. On voit l'augmentation. On voit qu'avec ma dose de 150, quelques temps après, le moral remontait. Puis, depuis mars-avril, en fait, je suis bien. » (Christian, 62 ans)

VI. Hospitalisations dans les cas de crises aiguës

Parmi les enquêtés, plusieurs ont été hospitalisés suite à une tentative de suicide, ou bien de leur propre initiative, en amont, en aval ou durant la crise sanitaire. Deux des jeunes rencontrés – Jade et Arthur – ont été hospitalisés à plusieurs reprises relativement à leur trouble psychique, au cours de leur trajectoire de soin. Il est intéressant de souligner que tous deux ont sollicité le service d'urgence psychiatrique.

« Et donc, pendant cette période, mon état s'est à nouveau dégradé et le 25 janvier 2023, je suis finalement allé aux urgences parce que je me sentais très, très mal. Et quelque chose qui m'aidait à tenir dans les moments où j'avais des pensées suicidaires, c'était de penser aux conséquences d'un suicide. Du deuil pour mes proches. J'en étais au point où j'étais tellement mal que même ça, ça ne me revenait plus. » (Arthur, 23 ans)

« Je me suis faite hospitaliser plusieurs fois. Je suis allée aux urgences psychiatriques. J'étais vraiment pas bien. C'est là que j'ai commencé à avoir un traitement médicamenteux. Il me semble qu'il y avait encore un peu le Covid à l'hôpital. » (Jade, 22 ans)

Par-delà cette mobilisation de ressources professionnelles « en urgence » par les jeunes eux-mêmes, une certaine anticipation peut être relevée chez Arthur, qui a appelé le numéro national de prévention du suicide – 3114 – préalablement enregistré dans son répertoire téléphonique en cas de dégradation de son état de santé mentale⁴⁷. Une attention particulière est portée aux fluctuations de leur état de santé et à l'intensification des idées suicidaires. Cette attention nous semble liée au fait que tous deux disposent de ressources personnelles et extérieures leur permettant à la fois de s'informer, d'être accompagnés et d'avoir confiance en leur jugement quant à leur état, leurs symptômes et à « ce qu'il faut faire pour aller mieux⁴⁸ ». Arthur et Jade semblent, en effet, détenir un capital culturel ainsi qu'une longue expérience des symptômes de santé mentale leur permettant de se connaître davantage et donc de reconnaître les signaux d'alerte, les dispositifs et/ou professionnels à solliciter en cas de besoin.

Ces expériences d'hospitalisation lors de crises aiguës ont eu un impact différent sur les prises en charge suivantes :

- L'hospitalisation de Jade a permis la mise en place d'un traitement médicamenteux ainsi qu'un suivi par un psychiatre en dehors de l'hôpital. Cette prise en charge a favorisé une orientation rapide vers une nouvelle hospitalisation au moment du retour des idées suicidaires, même si elle n'a pas suffi à éviter une tentative de suicide en janvier 2023.
- L'hospitalisation d'Arthur a également permis la mise en place d'un traitement médicamenteux, qui plus est efficace – plusieurs traitements avaient été tentés auparavant

⁴⁷ A noter qu'Arthur découvre l'existence de ce numéro par l'intermédiaire de recherches personnelles qu'il effectue autour de ses symptômes et des dispositifs en lien avec la prévention du suicide.

⁴⁸ Lise Demailly, Nadia Garnoussi (dir.), *Aller mieux. Approches sociologiques*, Lille, Presses universitaires du Septentrion, coll. « Le regard sociologique », 2016, 420 p.



sans amélioration de son état de santé mentale – mais le suivi post-hospitalisation s’est avéré aléatoire, fait de réorientations fréquentes entre différentes structures, de changements de professionnels et même d’hôpital psychiatrique lors de la seconde hospitalisation.

- Les hospitalisations d’Arthur et Jade ont toujours été succédées par un suivi en hôpital de jour.

« Avec le CMP, on s'est rendu compte que les rendez-vous étaient trop espacés. Je n'avais pas assez de soin. Du coup, après ma deuxième hospitalisation, j'ai été prise en charge à l'hôpital de jour. J'y allais une fois par semaine. Ça me permettait quand même d'avoir un lien avec les soignants » (Jade, 22 ans)

Leurs expériences en hospitalisation sont mitigées, que ce soit avec les patients ou avec les équipes soignantes, parfois même, elles sont marquées négativement.

« Au-delà des échecs que j'ai pu rencontrer, une des causes principales de mes épisodes dépressifs, c'est une agression que j'ai subie pendant mon adolescence. Une agression sexuelle. Il [le psychiatre lors de son hospitalisation] avait utilisé un euphémisme pour la qualifier. Il avait parlé de jeu sexuel. Donc, en mettant complètement la dimension du consentement de côté. C'était donc un premier contact compliqué. » (Arthur, 23 ans)

Arthur opérera même une distinction entre les psychiatres et les soignants, les premiers n’étant pas, à ses yeux « très humains » à l’inverse des seconds, notamment au cours de sa première hospitalisation. Toutefois, la cohabitation avec d’autres patients a été une expérience positive pour eux, et la connaissance du fonctionnement des services psychiatriques lors d’une hospitalisation ultérieure a également favorisé leur adhésion et l’amélioration de leur état de santé.

« C'était vraiment une belle expérience sur le plan humain. Parce qu'on rencontre d'autres personnes qui ont des difficultés également, pas forcément les mêmes, pas forcément à la même intensité. » (Arthur, 23 ans)

« C'était mieux que la première. C'était un peu pareil : je voyais la psychiatre, je faisais quasiment les mêmes activités.

Q : Pourquoi était-elle meilleure que la première ?

Parce que je savais plus comment faire pour aller mieux. J'étais moins surprise. Parce que sur la première, je n'avais jamais été hospitalisée auparavant. J'étais plus à l'aise et j'ai mieux profité des soins. » (Jade, 22 ans)

Des expériences négatives ont également été relevées **parmi les 50-64 ans**. Celles-ci sont également mises en lien avec les professionnels, mais aussi liées à la prise en charge et aux traitements proposés.

« À un moment ils ont commencé à me parler d'électrochocs. Je me suis dit : « on se retrouve dans Vol au-dessus d'un nid de coucou ». Ils me parlaient aussi de médicaments pour la bipolarité, mais je ne suis pas bipolaire. Ce sont des trucs qu'ils vous injectent. Tous les mois, il faut faire des contrôles pour pas que ça ne vous bouffe les reins. Donc, j'ai appelé ma sœur pour lui demander du secours. » (Henri, 64 ans)

« J'ai été internée une première fois avant de passer à l'acte, mais j'avais un médecin nul à chier. Vraiment nul à chier.

Q : Un médecin traitant ou un psychiatre ?

Un médecin traitant. Je pense qu'il n'a pas trouvé d'autre solution pour ne pas garder le problème avec lui. Il m'a fait interner à 70 km d'où j'habitais. Avec un mari

qui bosse, des enfants en bas âge, pas suffisamment grands pour être autonomes. J'ai été internée et j'ai fait un rejet. Mais vraiment un rejet. J'ai tout fait pour sortir. »
(Marie, 64 ans)

L'hospitalisation en établissement psychiatrique est une épreuve souvent qualifiée de nécessaire par les enquêtés, mais l'isolement produit par les conditions d'hospitalisation (possibilité de sortie ou non, éloignement géographique de l'établissement etc.) se surajoute à cette épreuve. Pour les personnes hospitalisées durant l'épidémie de Covid-19, les mesures sanitaires ont amplifié cet isolement social.

« Elle [sa sœur] m'a dit : « on va te trouver une clinique en [région où réside la soeur] ». Parce qu'elle habite là-bas. Mais là-bas, c'était encore pire, parce qu'en fait, il y a eu le Covid et donc des précautions. J'avais juste le droit de passer un après-midi chez elle. C'était une espèce d'ancien hôtel dans une zone industrielle. On avait le droit de sortir, mais bon... Mais je n'avais plus de visite. À [établissement fréquenté précédemment dans sa ville], j'avais des copains qui passaient me voir, là, je me suis retrouvé complètement isolé. Pareil, le psychiatre commence à me reparler des mêmes choses. Un beau jour, je lui dis : « je n'ai plus confiance en vous ». Il est monté sur ses grands chevaux et il m'a dit : « je vous renvoie à la [établissement fréquenté précédemment dans sa ville], obligation de soins ». Donc, je suis retourné un peu à la [établissement fréquenté précédemment dans sa ville], et puis après, ça allait mieux, ils m'ont mis dehors. Cela a été une sale période, mais nécessaire, cependant. » (Henri, 64 ans)

Dans les entretiens, l'importance de maintenir des liens avec sa famille et ses proches (mais aussi le fait d'être intégré aux discussions concernant les soins), est présentée comme une béquille, comme un soutien pour faire face à la souffrance psychique. Si l'entourage des enquêtés constitue souvent une ressource, la partie suivante en abordera également d'autres, mobilisées par les enquêtés au gré de leur parcours de soin.



Partie 3. Focus sur la crise sanitaire. Prises en charge profanes et ressources mobilisées

I. Médecines complémentaires / alternatives

Les médecines alternatives et complémentaires sont une des ressources que mobilisent les enquêtés, même si elles revêtent globalement un caractère secondaire dans leurs témoignages. Dans l'ensemble, elles semblent plus souvent sollicitées pour traiter les problèmes somatiques liés aux symptômes de santé mentale que pour traiter ces dits symptômes.

Dans le corpus, **les jeunes** ont rarement recours aux médecines complémentaires. Pénélope y a recours, notamment parce que sa souffrance se manifestait par des troubles somatiques.

« Je crois qu'une fois, j'ai essayé d'aller voir un magnétiseur ou un truc comme ça pour mes douleurs au ventre, mais c'est tout. Et un ostéopathe. Ça aussi, ça m'a beaucoup aidée [...] Parce qu'en fait, ce n'est pas que je n'avais pas d'émotions, c'est que je les renfermais à l'intérieur de moi. Donc, tout ce qui était tristesse, colère, toutes les émotions fortes, je les gardais à l'intérieur de moi et donc ça me faisait des tensions dans le dos. Des nœuds, des boules de nerfs. Et donc, mon ostéopathe m'a aidée à enlever tout ça et un peu canaliser tout ça. Mais je ne pleurais pas, par exemple. » (Pénélope, 22 ans)

Dans un autre cas, le recours est plus indirect et provient de l'entourage du jeune, sensibilisé aux médecines complémentaires.

« Mes parents m'ont soutenu. Euh, ma grande tante aussi, qui m'a beaucoup soutenu, qui était un peu en milieu... relaxation, du coup aussi, tout ce qui était sophrologie. » (Baptiste, 24 ans)

On peut expliquer ce moindre recours parmi les jeunes par la moindre occurrence de problèmes physiques importants, et pour certains par une problématique d'accès : moins bien connue, l'offre apparaît parfois invisible, la diversité des pratiques nécessite le conseil de personnes plus informées, ayant été en contact avec elles, ce qui fait parfois défaut dans l'entourage des jeunes, de plus, elles représentent un investissement financier qui est peut-être moins envisageable pour une partie d'entre eux.

Parmi les 50-64 ans, les médecines alternatives ou complémentaires sont également sollicitées, mais moins que les généralistes et psychiatres/psychologues et toujours croisées ou essayées les unes après les autres – aucune personne ne rapporte avoir consulté un spécialiste d'une seule médecine alternative durant la crise. On peut aussi remarquer qu'Etienne et Philippe, deux personnes n'ayant pas consulté pour leurs troubles, estimés légers voire euphémisés, envisagent, après la crise, de consulter de tels praticiens (sophrologue, hypnothérapeute), ce qui pourrait rejoindre l'idée d'une certaine gradation de la prise en charge, où les médecines alternatives et complémentaires représenteraient un recours pour des troubles perçus comme moins intenses que ceux nécessitant de consulter un psychologue ou un psychiatre. Dans l'ensemble, ces médecines sont sollicitées pour des troubles somatiques, ou du moins par des personnes également concernées par des problèmes de santé physique. En tout, huit disciplines différentes sont citées ; les plus récurrentes sont la sophrologie, l'acupuncture, puis l'ostéopathie et l'hypnothérapie.

Un des enquêtés explique la confiance accordée aux médecines complémentaires par leur approche de la relation thérapeutique (plus à l'écoute) et le temps consacré au patient.

« Malheureusement, il n'y a pas le même accompagnement dans cette médecine complémentaire que dans la médecine traditionnelle. Ce n'est pas la même écoute. Je vous l'assure.

Q : Qu'est-ce qui est différent entre ces deux paradigmes de médecine ?

L'écoute, la croyance. Quand on arrive, on dit : je suis Covid long. On ne va pas vous regarder un peu suspicieux. Dans la médecine complémentaire, on va vous dire : « Oui, c'est dur pour vous. » Rien que cette phrase, quoi. Ou encore : « Ah, oui, j'en connais d'autres. Je vous crois. » Il y a une empathie qui émerge. Médecine traditionnelle, aujourd'hui, c'est 15 minutes. Top chrono. » (Arnaud, 45 ans)

Le précédent verbatim témoigne d'une dichotomie entre la médecine conventionnelle et les médecines dites alternatives, dans lesquelles l'aspect relationnel, l'attention, l'empathie et le temps accordés à la personne seraient au centre de la pratique, au contraire de la médecine conventionnelle considérée dans ce témoignage comme désincarnée.

II. Autres ressources au-delà des acteurs médicaux

Uniquement cités par les jeunes, d'autres professionnels constituent également des ressources, notamment les acteurs de l'insertion socio-professionnelle tels que les missions locales. Si ces dernières ciblent spécifiquement les jeunes, elles n'ont pas d'équivalent pour les 50-64 ans, qui n'auraient pu être orientés vers des professionnels de la santé mentale que dans des cadres où la prise en compte de celle-ci est plus restreinte (centres d'action sociale, structures liées à l'emploi et à la santé au travail, ou encore aux loisirs).⁴⁹

Souvent, l'accompagnement par la mission locale mène et facilite la prise en charge psychologique des jeunes, ainsi elle représente une première étape d'orientation.

« Du coup, je me suis inscrite à la mission locale. Et en voyant ma conseillère, elle s'est dit que j'avais vraiment besoin d'aller voir une psy, parce qu'au premier rendez-vous, j'ai pleuré devant elle. Pour une raison un peu débile, en plus. Donc, elle s'est dit que j'avais vraiment besoin de voir quelqu'un. Du coup, je suis allée voir la psy de la mission locale. C'est toujours ma psy actuellement. Mais, je ne l'ai plus au même endroit. Maintenant, c'est au CMPP. J'ai vraiment accroché avec elle. Elle m'a beaucoup, beaucoup aidée » (Elie, 18 ans)

« J'ai fini par aller à la mission locale et puis je me suis inscrite au CEJ [contrat engagement jeune], et puis après, ça m'a fait du bien puis après c'est là que je me suis dit : effectivement ça m'est venu à un moment donné, puisque... je crois que c'était pour parler de drogues et compagnie, je crois au début, la première séance

⁴⁹ L'emploi est très présent parmi les 50-64 ans actifs (seule une personne est sans emploi), les centres sociaux ne sont pas mentionnés, les loisirs cités ne sont pas associés à des interventions de prévention, et la santé au travail n'est citée qu'une fois, par Patricia, qui indique une consultation peu concluante, qui a suscité le recours externe à un psychiatre. Un autre élément expliquant l'importante présence des Missions Locales parmi les témoignages des jeunes est un biais lié au recrutement, pour lequel elles ont été très investies, comparativement à d'autres structures.



de, avec une psychologue, mais moi c'est pas de ça que je voulais parler » (Lucile, 24 ans)

Le soutien apporté par les missions locales ne se limite pas à l'accompagnement psychologique. En orientant les jeunes vers des formations, des dispositifs de réorientation, elles leur permettent de recréer des liens sociaux.

« Du coup, je suis bien à la mission locale et... C'est grâce un peu à eux, en fait, que j'en suis sortie parce qu'ils m'ont trouvé des formations dans le domaine que je voulais. Au jour d'aujourd'hui, si j'ai du travail, c'est grâce à eux. J'ai une conseillère, elle est adorable, je peux parler de tout avec elle, je sais que quand j'ai des complications dans ma vie personnelle, on prenait rendez-vous et on en parlait, elle m'orientait, elle m'aidait. Non franchement, j'ai une conseillère, après les autres je les connais pas mais celle-là, franchement, elle m'a beaucoup aidée, parce parler à sa famille c'est vrai que ça aide mais avoir un œil extérieur, c'est plus facile pour parler. » (Maëlle, 22 ans)

Au cours de la trajectoire des jeunes, d'autres professionnels ont également été évoqués comme des ressources dans l'amélioration de leur état de santé mentale, notamment des éducateurs et des formateurs de l'école de la deuxième chance. En parallèle, la participation à des groupes d'entraide, la reprise des activités de loisirs, des activités sportives post-confinements, a également favorisé la création ou le renforcement du tissu social qui entoure les jeunes.

« Alors, d'abord, j'ai vu une éducatrice qui m'a beaucoup aidée. Elle était vachement présente. Et ça m'a beaucoup plus aidée, en fait, qu'une psy. Parce qu'elle faisait les choses. Elle m'a vraiment accompagnée sur mon retour à l'école. Ça m'a beaucoup aidée. Du coup, je suis retournée à l'école. Et ensuite, elle m'a envoyée au CATTP [...] En fait, j'ai découvert que cet endroit [E2C] était génial. Et je n'ai plus voulu le quitter. J'arrivais une heure avant le matin et je partais une heure après tout le monde. J'arrivais la première, je partais la dernière. J'adorais cet endroit et j'adorais les gens qui s'occupent de ce lieu. Les formateurs, c'est comme ça qu'on les appelle. Ce ne sont pas des profs. Ce sont juste des personnes qui sont là pour nous aider à chercher ce qu'on veut faire. En fait, ils n'étaient pas juste là pour avoir leur paye à la fin du mois. Ils étaient vraiment là pour nous aider. Et ça, c'est incroyable. Du coup, j'ai vachement avancé grâce à eux. Au début, j'étais vachement timide, vachement renfermée. Aujourd'hui, on va dire que je peux parler à n'importe qui. Je suis vachement plus ouverte. Et ça, c'est quand même grâce à eux » (Elie, 18 ans)

« Je me rends dans un GEM : groupe d'entraide mutuelle. Il y a une association qui permet à des personnes souffrant de troubles psychiques de se regrouper et de faire des activités ensemble. Deux fois par semaine, il y a des activités qui sont proposées. On y va si l'on a envie. Ça me fait sortir, ça me fait voir des gens » (Arthur, 23 ans)

Les professionnels consultés peuvent être encore plus proches des professionnels de santé, comme les associations de lutte contre les conduites addictives, qui peuvent être un soutien important pour ceux qui en souffrent. Dans le témoignage suivant, Baptiste s'est rapproché en 2023 d'une telle association afin de réduire sa consommation d'alcool et de tabac apparue l'année précédente, et liée à ses troubles.

« pas de drogue, par contre. Mais un peu l'alcool. Enfin, l'alcool, au début janvier – enfin début 2022. Après, du coup, j'ai commencé la cigarette. Parce que, bon, du coup, je veux arrêter. Parce qu'en fait, c'était pour faire baisser mes symptômes. Voilà. Enfin mes tocs à chaque fois que j'avais un truc. Enfin, une série de tocs, je

fumais. Du coup, je me suis inscrit à l'association Addictions France. Et du coup, voilà, ils m'ont donné un traitement ; que je suis encore. » (Baptiste, 24 ans)

Les soutiens apportés ont donc diverses fonctions : permettre un soutien psychologique, faciliter l'insertion professionnelle ou les réorientations *via* la formation et reprendre une vie sociale par les liens réguliers avec son conseiller (comme c'est le cas pour Jessica qui n'a aucun lien social si ce n'est avec sa conseillère de la mission locale) et plus largement à l'extérieur.

III. Ressources personnelles

De manière générale, on relève parmi les jeunes et les 50-64 ans des personnes ressources similaires au-delà des ressources professionnelles : la première est la famille, dont le soutien est à nuancer selon les cas, en particulier chez les jeunes, puis les amis et d'autres personnes provenant de cercles plus éloignés : belle-mère, camarade de classe, enseignante, belle-sœur, etc.

La possibilité de poursuivre et d'avoir des activités est également un comportement cité par les deux classes d'âge : elles permettent de dégager un temps symboliquement détaché de la souffrance psychique en remobilisant les personnes et facilitent parfois un retour vers la vie sociale.

Ces ressources personnelles sont dépendantes des liens entretenus avec les proches, de leurs représentations de la santé mentale et de leur milieu social. L'attention portée à soi, et plus particulièrement la capacité à exploiter ses propres expériences dans la perspective du soin, est mentionnée parmi les deux classes d'âge par des personnes détentrices d'un capital culturel significatif, et dont les troubles se sont manifestés sur un temps long. Ces personnes ont entrepris des recherches personnelles pour mieux comprendre leurs souffrances et pour rencontrer des professionnels. Chez les 50-64 ans, c'est particulièrement observable parmi les profils liés au Covid long, même si dans ce cas, la démarche est favorisée par l'absence de connaissances des professionnels sur cette affection.

« En me renseignant sur la dépression, j'ai vu que ça pouvait m'amener au suicide. Je me suis beaucoup renseigné sur tous les dispositifs qu'il pouvait y avoir dans la prévention du suicide » (Arthur, 23 ans)

« Et l'EM, donc maintenant, avec le diagnostic d'encéphalomyélite myalgique, n'est pas reconnue en France. C'est-à-dire que c'est une maladie qui est reconnue par l'OMS depuis 1969, qui est reconnue comme maladie neurologique par le Canada, par plein de pays qui s'y intéressent. Et en France, c'est une maladie psychosomatique, et qui n'est pas reconnue comme MDPH. » (Inès, 55 ans)

Toutefois, les deux sous-groupes seront ici analysés séparément car on observe d'importantes différences liées à l'âge et au mode de vie : les jeunes vivent souvent avec leurs parents – ou si ce n'est plus le cas, ils demeurent un interlocuteur de confiance ou prioritaire – et manifestent des attentes face à l'écoute et au regard de leurs parents. Les 50-64 ans vivent plus souvent en couple sous le même toit et ont un lien plus indirect avec leurs enfants (souvent à distance, car lorsqu'ils en ont, ces derniers sont adultes et n'habitent pas toujours la même localité) ; leur âge favorisant par ailleurs une plus grande capacité, corrélée à un rôle social de parent fortement normé, à vivre leur parcours de soins de manière autonome, hors de la nécessité de solliciter l'avis ou le soutien de leurs enfants.

Aussi les tensions liées au fait d'échanger sur les troubles ne sont pas les mêmes : pour les jeunes, le soutien de la famille proche est plus souvent déterminant dans l'accès aux soins, tandis que les 50-64



ans sont plus autonomes vis à vis de leur santé, et, s'ils bénéficient de l'écoute de leurs enfants et conjoints, ils ne semblent pas compter autant sur celle-ci.

1. Les personnes de 18-24 ans

Des ressources familiales difficiles à solliciter

Comme souligné précédemment, les jeunes rencontrent pour la plupart des difficultés à exprimer leur souffrance à leurs proches, que ce soit pour ne pas les « déranger » ou les « inquiéter » ou bien pour se « protéger » de leurs réactions, anticipées comme négatives. Aussi, parmi les 18-24 ans dont la souffrance psychique est apparue pendant la crise sanitaire, on observe davantage de situations où les jeunes n'en ont pas du tout parlé à leurs proches, qui, parfois, n'ont même pas pris conscience de leur souffrance.

Cette distance est à nuancer : même s'ils ne les sollicitent pas toujours pour les soutenir dans leur parcours de soins, ou pour échanger sur leurs troubles, certains considèrent néanmoins leurs proches comme des ressources, dont la position de second plan est un soutien moral, qu'il soit ou non explicitement défini comme tel.

« Oui, ils sont au courant, mais la situation me semblait vraiment très grave parce que on m'avait jamais proposé d'aller aux urgences psychiatriques avant cette fameuse séance avec la psychologue. Donc c'était un peu un électrochoc de me rendre compte que la situation était vraiment grave. Donc, il fallait qu'ils soient au courant. Je leur ai écrit un mail pour parler de ma situation, à quel point je me sens mal etc. Et qu'il y a un risque que je me retrouve aux urgences psychiatriques prochainement en cas de besoin [...] Dans le mail que je leur avais envoyé, j'avais fait la demande de garder la main. En gros, j'étais d'accord pour qu'ils m'aident, pour qu'ils me soutiennent, mais sur ce plan-là [la prise en charge], j'avais envie de garder la main » (Arthur, 23 ans)

« Par contre, mon père s'inquiétait. Mais en même temps, mon père est très passif. Donc, il ne fait pratiquement rien. Je n'étais pas bien, en fait, tout ce qu'il faisait, c'était m'apporter mes repas dans la chambre, prendre des assiettes vides et les ramener. Et juste me dire : il faut aller à l'école quand même. En même temps, je le remercie un peu pour ça. Parce que c'est un peu ce dont j'avais besoin. J'avais pas forcément besoin qu'on vienne me rabâcher tous les jours, que je n'allais pas à l'école et que ce n'était pas bien. » (Elie, 18 ans)

Lorsqu'un véritable échange sur les troubles rencontrés a lieu, les réactions des proches peuvent de prime abord être parfois peu soutenantes, voire inquiètes et inquiétantes, ce qui s'explique notamment par des représentations de la santé mentale assez fréquemment négatives à l'échelle de la société, et peut-être davantage encore parmi les milieux défavorisés (économiquement et en termes de capital culturel). Mais cet aspect est ambivalent : des représentations négatives ne signifient pas une absence de dialogue, et un dialogue peu soutenant peut tout de même être perçu comme une ressource.

« Si, parce que ma belle-sœur, elle m'en parlait, il n'y a qu'à elle que j'arrivais à en parler. Elle m'en parlait, elle m'a dit : « tu crois que c'est une vie ? », machin, elle a essayé de me faire comprendre. Je lui ai dit : « Non, je sais que c'est pas une vie mais c'est le cerveau qui me dit fais-le ! » Je n'y arrivais pas. Je lui dis : « C'est le cerveau qui fait ». Et elle me dit : « Faut que t'arrives à, à dire non, même s'il te force, t'essayes de te contenir en fait ». Non, impossible. Impossible, impossible,

impossible. En fait, ils jouaient à la menace avec moi. C'est : « si tu ne vas pas te faire soigner, si tu ne te calmes pas, on t'enlève tes petits, on t'enlève les enfants, on enlève ci, on enlève ça ». Ils jouaient à la menace et en fait c'est comme ça que je suis remontée. C'est bête à dire, mais c'est à la menace que je suis arrivée à m'en sortir. Il n'y aurait pas eu les menaces, je ne sais pas si je m'en serais sortie. » (Maëlle, 22 ans)

Pour d'autres jeunes, les proches ne constituent pas une ressource voire peuvent aggraver la situation par leur manque de compréhension et d'attention portée à leur parole.

« Je n'ai pas d'amis. Mon papa, c'est surtout qu'il me rabaissait, mais sinon je n'ai pas eu de soutien. J'en aurais voulu, mais je n'en ai pas eu » (Jessica, 19 ans)

Personnes ressources perçues comme aptes à accompagner

Dans d'autres cas, les personnes ressources évoquées, principalement parents et amis, participent à l'orientation vers un professionnel, donnent des conseils et accompagnent les jeunes au cours de leur trajectoire. Pour celles et ceux en couple, le conjoint joue également un rôle de soutien important, comme plus généralement les personnes (notamment des amis) qui ont également souffert psychologiquement.

Ainsi, dans ces cas où la parole est autorisée et acceptée, les parents, notamment lorsque les troubles sont apparus durant l'enfance ou l'adolescence, jouent un rôle important notamment pour assurer financièrement une prise en charge psychologique, mais également en tant que soutien et écoute.

« Le déclic, c'était un jour où, du coup, j'en ai vraiment parlé à cœur ouvert avec ma mère et que j'ai craqué et que j'ai complètement lâché tout ce que je pensais en pleurant, en disant que j'avais fait n'importe quoi, que je n'avais plus envie de vivre et tout ça, et qu'elle m'a écoutée et qu'elle m'a comprise et qu'elle m'a prise dans ses bras. Et après, c'était autre chose. Après, du coup, j'ai eu l'impression de – voilà, j'avais tout lâché à ma maman et que je pouvais avancer et me guérir. » (Johanna, 24 ans)

Dans plusieurs situations, des ressources plus éloignées sont mobilisées, plus spécifiquement lorsqu'il est trop difficile de parler de sa souffrance à ses proches. Dans ces situations, les parents sont souvent sollicités en seconde intention, alors qu'auparavant des personnes ressources en dehors du premier cercle de proches (famille, conjoint, amis) peuvent être plus aisément consultées (une belle-mère, une camarade de classe, une enseignante, une belle-sœur).

« Ensuite, pendant le Covid, j'ai commencé à reconnaître les symptômes que j'avais eu au moment de mon premier épisode dépressif. Du coup, j'en ai parlé à une camarade de classe qui souffrait aussi de dépression et qui m'a conseillé d'aller au plus vite voir mon médecin généraliste pour pouvoir avoir un suivi » (Arthur, 23 ans)

« C'est la maman de mon copain, donc elle est aussi impliquée dans ma vie personnelle. Elle a vu que je me renfermais et que je ne parlais pas tant que ça. Elle m'a envoyé un message pour prendre de mes nouvelles et essayer d'apprendre à se connaître. Elle m'a conseillé d'aller voir un psy. Elle m'a aussi conseillé d'essayer de me sociabiliser un peu plus. Au niveau social, il n'y a quasiment plus rien. » (Emerline, 23 ans)



Par ailleurs, le lien familial ne concerne pas exclusivement l'identification des troubles et le suivi du parcours de soin, mais il constitue également une continuité avec la période précédant la crise et un soutien moral souvent important. Aussi, durant les confinements, la plupart des jeunes ont conservé des contacts par téléphone avec les membres de leur famille. Le maintien de ces liens familiaux concernait davantage les membres de la famille nucléaire, mais également parfois la famille élargie, comme Maïssa avec sa grand-mère, ses oncles, tantes, cousins.

« Ben nous on faisait ça par téléphone, j'appelais souvent mes parents surtout qu'en plus, moi j'étais tout le temps de base avec mes parents forcément, c'était... » (Lucile, 24 ans)

« Ma famille, oui, on s'appelait tous les jours, etc. J'avais ce contact, mais le fait de ne pas les voir, ce n'était pas pareil. » (Maïssa, 18 ans)

« Après, j'ai toujours été très proche de ma famille, donc je les ai souvent appelés. Jusque mi-avril, où c'était l'anniversaire de mon père, et que moi, j'allais vraiment très, très, très mal. Et du coup, j'ai... Je suis partie chez mes parents pendant trois jours, même si j'avais pas le droit de sortir de chez moi, parce que j'avais besoin d'aller revoir ma famille et d'être en... Dans une maison avec un extérieur, et voir mes proches, même si on n'avait pas le droit de sortir. J'ai quand même fait ça alors qu'on n'avait pas le droit » (Johanna, 24 ans)

Ressources propres à l'individu

L'acceptation de la souffrance psychique par la famille peut également constituer de nouvelles ressources dans des situations particulières, comme celle de Pénélope, diagnostiquée HPI et dont les expériences partagées avec sa mère renforcent les liens tout en lui permettant de réinscrire ses troubles dans une histoire familiale chahutée mais dont la cohérence et le sens se voient augmentés.

Ainsi, certains ont tricoté des pratiques : au-delà de la connaissance de l'histoire familiale, il peut également s'agir de dispositions à observer et comprendre les troubles, à constituer des connaissances sur leurs symptômes et leur état, pour ne pas se laisser surprendre et tenter de les canaliser.

« Une fois que j'ai détecté les symptômes, j'ai essayé de trouver un moyen de l'apaiser, encore une fois toute seule, parce que pour chaque personne c'est différent. Je faisais certaines actions : respirer, avoir une technique de respiration, boire, m'asseoir, me laisser le temps, attendre. Des fois il y a que ça à faire : juste attendre [...] Après les diagnostics, j'ai essayé de comprendre ce qui déclenche les crises d'angoisse pour ne plus en faire. C'était tout un cheminement, plusieurs étapes, pour ne plus en faire, ou moins souvent en tout cas. Ce qui fait que maintenant j'arrive à les détecter dès la première seconde du premier symptôme. Ainsi, je vais faire ce qu'il faut pour essayer de la faire passer » (Pénélope, 22 ans)

« Du coup, je vois que je ne suis pas bien et que je me dis : il faut trouver quelque chose pour sortir un peu de ça. J'arrive plus à cerner le moment où j'ai besoin d'être entourée » (Maïssa, 18 ans)

Mais la pratique la plus répandue reste l'activité, qui permet aux jeunes de mettre à distance leurs troubles en dégageant des temps utiles, à autrui ou à eux-mêmes. Ces pratiques, qui font l'objet d'un cheminement où intervient une décision individuelle qui transforme le quotidien, se révèlent être des éléments de solutions à leurs problèmes et peuvent contribuer à améliorer leur état de santé mentale.

« J'ai rencontré des amis sur un serveur Minecraft sur le thème de Disney. On a juste eu des bons moments ensemble. Et ça m'a aidée du coup à voir les choses un peu

plus positivement. De base, j'étais très timide. Je ne parlais pratiquement pas sur le serveur. Autant sur Minecraft que sur Discord. Sauf qu'à ce moment-là, en fait, je me suis dit : oui, je suis timide, mais en même temps, il y a des gens qui sont plus jeunes et qui sont peut-être plus timides et qui ont besoin d'une personne qui les aide et qui les accompagne à se sentir bien et j'avais envie d'être cette personne. Du coup, je suis rentrée en tant que staff dans ce serveur. En une semaine, je crois que j'ai réussi à faire en sorte que deux ou trois personnes se sentent bien sur le serveur. Du coup, j'étais super contente et encore plus motivée à faire quelque chose. » (Elie, 18 ans)

« Mais je sais qu'il y a un moment où ça a... Où j'ai... Ben quand j'ai décidé de passer le permis, parce qu'à la base, je ne voulais pas du tout le passer pour plein de raisons, mais du coup, je n'avais pas envie de le passer. Mais là, bon ben c'est soit ça, soit je reste dans ma déprime. Et, bon, ben, j'ai fait le pas, je l'ai passé très rapidement, j'ai passé le code et le permis en moins d'1 an parce que du coup ben, j'étais chez moi. Au moins, ça me donnait un objectif, j'avais un truc à faire » (Victor, 23 ans)

2. Les personnes de 50-64 ans

L'entourage proche, une ressource importante

Les amis et/ou la famille sont presque unanimement cités comme une ressource ayant permis aux 50-64 ans d'aller mieux. De leur point de vue, les « proches » sont à la fois les membres du foyer (conjoint ou des enfants habitant avec la personne) et parfois du voisinage, et des personnes géographiquement éloignées mais affectivement importantes (enfants et autres membres de la famille, amis). Avec ces dernières, le lien est très souvent téléphonique, mais rendre visite est également possible lorsque la localisation géographique, le mode de vie et le respect des mesures sanitaires le permettent⁵⁰. Dans l'ensemble, il faut souligner que les membres de cette classe d'âge comptent moins que les 18-24 ans sur leur entourage pour être orientés vers les soins – à l'exception notable des hospitalisations – et considèrent la famille davantage comme un soutien moral.

« Le fait de parler, oui, avec des personnes proches, oui, ça effectivement, avec ma femme, ma fille [avec qui il était confiné], enfin, on a beaucoup échangé, oui. » (Philippe, 63 ans)

« J'ai passé des mois assez confortables. Mes parents [habitant en région parisienne, mais à qui il pouvait rendre visite grâce à une attestation de son médecin] étaient là, ma fille, pas loin, j'avais de quoi me raccrocher, et puis j'avais des projets d'avenir quand même. » (Étienne, 62 ans)

Pour certains, le lien implique aussi un soutien matériel aux parents vieillissants, dont le confinement est particulièrement difficile en milieu rural et qui ne peuvent parfois pas compter sur leur voisinage proche, ce qui implique que leurs enfants sollicitent leur réseau amical.

⁵⁰ La restriction des déplacements liée au contexte sanitaire a parfois été vécue comme un élément négatif important, mais ce n'est jamais un élément central qui apparaîtrait comme explication suffisant à elle seule à rendre compte du déclenchement des troubles.



« C'est la femme de mon meilleur ami qui a eu le courage de leur [ses parents] faire des courses ; elle déposait tout au portail. Je leur demandais de ne pas se précipiter pour récupérer leurs affaires. » (Corinne, 52 ans)

Le voisinage est cependant parfois directement une ressource pour les 50-64 ans : il est ainsi sollicité par Bernard, qui souffre de problèmes physiques importants en plus de ses troubles psychiques.

« Pendant le Covid, je ne pouvais pas rester tout seul. On appelait les voisins... Ils comprennent, ils connaissent la situation. J'ai eu peu besoin d'eux, mais dans les moments où j'ai eu besoin, en 10 minutes, il y avait quelqu'un » (Bernard, 63 ans)

Une proximité négociée car non exempte de tensions

Néanmoins, si les proches, et notamment ceux partageant le logement, sont toujours cités comme des ressources importantes, il arrive également que les troubles psychiques soient des sources de tension, de perturbation des relations habituelles, en particulier dans les situations où les troubles persistent sur le long terme.

« Autre sujet : la vie de couple. Quand vous voyez votre conjointe souffrir, pleurer, parce qu'elle ne comprend pas... qui se transforme en infirmière... les enfants qu'on protège, parce qu'on ne veut pas leur montrer que ça ne va pas... les parents... » (Arnaud, 45 ans)

« Ma propre épouse a eu de la peine à accepter... cette traversée du désert. Pour elle, c'était... C'est... Et pourtant, elle a fait un burn-out, donc elle sait, elle... Elle peut savoir de quoi il s'agit, mais ce n'est même pas suffisant. Voilà, c'est... Il a fallu qu'on ait des mots, il a fallu qu'on ait des ajustements, il a fallu que... » (Marc, 58 ans)

Le fait de partager le logement avec un de ses enfants peut être vécu comme une source d'inquiétude supplémentaire dans le cas où la cohabitation n'était pas prévue et s'est imposée dans les circonstances de la crise sanitaire. C'est surtout le cas de Nadège, qui explique que la rupture introduite dans sa vie sociale par les confinements est dédoublée par la nécessité qu'elle a eue d'accueillir sa fille alors qu'elle vivait seule. Dans un autre cas, celui de Catherine, le confinement imprévu avec sa fille est un moment plus heureux, mais elle reconnaît que s'inquiéter pour ses proches a contribué à son anxiété.

« Il y a eu deux éléments perturbants : c'était la Covid, c'est-à-dire le confinement, et, alors que je vivais depuis un moment seule, eh bien, je me suis retrouvée du jour au lendemain à devoir accueillir ma fille. Voilà. Adulte, qui venait de subir une séparation trois semaines avant le premier confinement. Et à distance. Donc, je l'ai hébergée, ce n'est pas un souci. De toute façon, j'ai un garçon et une fille, et maman est toujours là, sera toujours là en cas de coup dur. Voilà. Mais ils savent une chose, c'est qu'il ne faut pas que ça dure dans le temps. » (Nadège, 67 ans)

« Le fait d'être inquiète, alors plus pour les autres que pour moi. Le fait de m'inquiéter pour mes proches, notamment mon père qui vivait tout seul, ce que je vous ai dit. L'inquiétude pour ma fille qui était coincée à Montpellier et qui finissait son master, mais qui n'était pas bien [qui a ensuite passé le confinement avec ses parents]. » (Catherine, 61 ans)

Il peut aussi arriver que les enfants ne puissent être mobilisés comme ressource par leur mère souffrante, au moins dans un premier temps, parce qu'ils vivent loin et pourraient s'inquiéter du fait de ses antécédents de troubles psychiques – comprenant notamment une tentative de suicide – c'est

le seul témoignage qui montre une appréhension dans la relation parent-enfant comparable aux témoignages des jeunes.

« Q : Pendant votre burn-out, comment vos enfants ont réagi ?

R : Je ne leur en ai pas trop parlé. Je ne leur en ai pas trop parlé pour ne pas les inquiéter, puisqu'ils ont déjà vécu une fois l'événement avec moi. » (Marie, 64 ans)

Lien social et loisirs

Les activités sont aussi un élément très récurrent parmi les témoignages des 50-64 ans. Lorsqu'elles sont citées comme ressources, deux dimensions semblent décisives : ce sont des activités sociales, en lien avec autrui (activités au sein de la cellule familiale, s'occuper d'autres membres de la famille proche, échanger avec les voisins...) et avec l'extérieur (associations, bénévolat, et parfois sorties culturelles ou voyages lors des déconfinements) ; et ce sont également des activités physiques (marche, vélo, petits travaux notamment).

De manière générale, ces activités participent à consolider ou à restituer une image de soi active, en capacité de consacrer du temps à autrui ou à soi-même.

« Ça a permis de rayonner un peu mieux sur la relation de proximité, de voisinage. Bon, c'est des opportunités, ça s'est présenté comme ça ; tout aurait pu bien se passer pour eux. Il s'est trouvé que l'un comme l'autre, ils ont eu des soucis de santé, ils ont été hospitalisés, il a fallu les accompagner. Il a fallu bien s'occuper de la personne qui est restée, parce que c'était compliqué pour elle, surtout que c'était monsieur. Donc, un monsieur qui a 95 ans, c'est quelqu'un qui est parfois moins autonome. Donc, la dimension domestique, en tout cas pour cette génération, et en tout cas pour lui. Ça nous a permis de resserrer un peu les liens. Sur le plan social, c'était plutôt une belle expérience. [...] C'est des circonstances favorables qui m'ont maintenu avec une légère petite activité. Et mon voisin, comme il a du terrain, il a... Je faisais des petits morceaux de jardin, j'ai fait un petit peu de ménage à la maison, je faisais des toutes petites activités à la hauteur de ce que je me sentais capable de faire, voilà, pour soulager mon épouse, parce que j'étais à la maison, pour soulager mes voisins, parce que c'était compliqué pour eux. Voilà, alors je faisais ce que je pouvais » (Marc, 58 ans)

« Là, je suis en train de revivre complètement, grâce notamment à la musique. Je me suis inscrit à une association à XX. J'ai rencontré des gens, on a fait un groupe avec des gens du village. [...] La musique, c'est une super thérapie. Je revois beaucoup de gens. Ils n'arrêtent pas de venir. Tout le monde me dit : « mais t'as rajeuni de dix ans. » J'avais juste pris dix ans, quoi. » (Henri, 64 ans)

« Moi, je me soigne avec la marche. Donc, je prends mon sac à dos et je m'en vais. Voilà. Chacun son truc, mais c'est quand même plus sain. » (Nadège, 67 ans)

La pratique de la marche, d'un loisir ici décrit comme l'équivalent du soin, procède d'une démarche comparable à celles des jeunes recherchant une connaissance personnelle de leurs troubles et une manière de mieux les gérer.

IV. Le rôle des sociabilités numériques

Les sociabilités numériques présentent un clivage qui semble surtout générationnel : les jeunes paraissent plus familiers de supports comme les réseaux sociaux et les jeux vidéo, quand les adultes



mentionnent davantage un usage plus individuel et utilitaire (visioconférences, recherche d'information).

La génération des 18-24 ans (née entre 1996 et 2003 environ) a vraisemblablement évolué depuis l'enfance dans ces pratiques, en s'y acculturant de manière plus directe et potentiellement plus diversifiée que leurs aînés. Ces derniers associent pour certains les usages numériques au monde du travail (là où les jeunes les associent également aux loisirs) et semblent moins enclins à trouver dans cet univers une alternative aux rapports sociaux en présentiel.

1. Les personnes de 18-24 ans

Durant l'épidémie de Covid-19, les sociabilités numériques ont joué un rôle important pour les jeunes rencontrés. En effet, la plupart ont évoqué l'usage des réseaux sociaux et/ou de jeux en ligne afin de maintenir voire de développer des liens à distance. Ces sociabilités numériques ont été d'autant plus importantes pour lutter contre l'isolement social lors des confinements.

« J'ai un peu de mal à tenir les relations en envoyant des messages. Donc, pendant un long moment, j'étais seule. Il me semble que c'était lors du premier déconfinement, un groupe de connaissances est revenu sur XXX et ils m'ont proposé de rejoindre un jeu de rôle sur Discord. Après, il y a le reconfinement. Mais, avec les personnes rencontrées sur ce Discord, j'ai pu recommencer à avoir un semblant de vie sociale. » (Malo, 22 ans)

« J'ai commencé à avoir un serveur de chant avec une amie. Du coup, je m'occupais de ce serveur en tant qu'administrateur. Donc, j'ai découvert un peu les responsabilités d'être modérateur et administrateur pendant ce temps-là. Du coup, j'avais quand même des interactions sociales. Ça m'a fait du bien aussi de pouvoir parler avec des gens, de m'amuser aussi. Même si je ne sortais pas, au moins j'avais quelque chose » (Elie, 18 ans)

Lorsqu'Elie souligne « *au moins j'avais quelque chose* », ce sont des relations sociales et des liens dont elle parle, insistant une fois de plus sur l'importance du filet de soutien que représentent les interactions. Toutefois, lors de la reprise des activités (retour en milieu scolaire ou en formation, de loisirs...) et des sociabilités qui les accompagnent, l'investissement en ligne et sur les réseaux sociaux s'est amenuisé. Ces ressources numériques ont été, dans une certaine mesure, des soutiens transitoires pour les jeunes rencontrés.

« Quand je suis rentrée à la 2C [école de la 2ème chance], j'ai quitté le staff [des réseaux sociaux]. Et puis, c'était juste une période de ma vie. Maintenant, je ne regrette pas du tout de l'avoir quitté. » (Elie, 18 ans)

Néanmoins, internet et les réseaux sociaux peuvent également être source de souffrance et accentuer le mal-être des jeunes dans certaines circonstances, en donnant à voir des activités rendues inaccessibles par le confinement, ou encore des comportements délétères, contrastant avec les aspects positifs de ces médias.

« Sur les réseaux sociaux, vu que je n'ai que très peu de souvenirs, mais je me souviens que, sur les réseaux sociaux moi je regardais YouTube, donc c'est... Bon, ben, c'était... Sur YouTube, tu vois des gens qui s'amuse ! Et toi, t'es là. » (Victor, 23 ans)

« Disons qu'il y a eu des problèmes avec le groupe Discord qui s'est scindé en deux avec des histoires un peu glauques qui se sont réglées maintenant. Je ne vais pas m'étendre là-dessus, mais ça a été une période assez dure à vivre » (Malo, 22 ans)

L'influence de la familiarité des jeunes avec les outils numériques ne doit pas pour autant être surestimée, car à l'occasion du confinement, certains se sont davantage isolés et ont même délaissé la sphère amicale, y compris sur internet (et l'ont parfois réinvestie après la crise, mais pas toujours). Les jeunes dont la souffrance psychique est apparue pendant le Covid ont ainsi rencontré de plus grandes difficultés face au délitement des liens familiaux et amicaux et ont témoigné d'un repli sur soi important.

« Donc du coup, ben, je ne voyais plus personne, je n'envoyais plus de messages, donc je me suis retrouvé très rapidement seul, à part un ami avec qui je jouais donc on se voyait régulièrement le soir et voilà. Mais hormis ça, non. » (Victor, 23 ans)

2. Les personnes de 50-64 ans

Dans l'ensemble, les sociabilités numériques semblent peu mobilisées par les 50-64 ans : une minorité d'entre eux a expérimenté les « apéros confinés » sans les trouver satisfaisants, d'autres rapportent quelques téléconsultations, sans que cela soit un élément central de leur parcours de soins. Dans deux cas ces consultations en visio sont la conséquence des mesures sanitaires, dans un autre, le psychiatre consulté exerce dans un autre département. Catherine, psychothérapeute libérale ayant choisi par engagement de travailler en présentiel durant la crise, a cependant suivi certains de ses patients au téléphone – situation qui s'était parfois présentée auparavant pour d'autres raisons, surtout liées aux déménagements.

Le présentiel semble assez important pour cette classe d'âge, apparaissant comme critère d'une thérapie plus complète, et peut-être, en filigrane, symbole d'une résolution de la crise, d'un retour à la normale.

« Il y a besoin de proximité dans ce cas-là. Parler en visio, ce n'est pas terrible, je pense. Non, moi je n'y crois pas à cette médecine-là. Ça peut dépanner, je ne dis pas, mais bon, on manque tellement de présentiel en ce moment » (Henri, 64 ans)

Cette explication apparaît bien plus explicitement dans le témoignage d'une autre enquêtée, qui rapporte une profonde insatisfaction liée aux visioconférences. Ce mode de communication qui, suite aux mesures sanitaires, était favorisé par ses collègues bénévoles, et qu'elle associe à la fois au contexte de la crise sanitaire et à une transformation générationnelle, signifie pour elle une plus grande consommation d'écrans, qui fait écho à l'isolement social qu'elle a subi comme une violence.

« Un jour, j'ai dit à ... – elle a fait un tour de table, elle a dit... « Est-ce qu'on fait une visio la semaine prochaine ? », j'ai dit « stop », j'ai dit « j'en veux plus ». Elle me dit, « ah bon, pourquoi ? » Ah non, mais moi, j'ai dit, « excusez-moi, ..., moi, de l'écran, des réunions par écran, des formations par écran, l'écran toute la journée pour les dossiers, j'ai dit, j'en ai tellement bouffé que là, j'en veux plus. Je n'en veux plus. » Et même aujourd'hui, encore hein. » (Nadège, 67 ans)

Dans cette classe d'âge, les personnes évoquant les outils numériques avec le plus d'intérêt sont deux profils liés au Covid long, qui se trouvaient démunis face à leur situation, peu, voire pas du tout reconnue par les professionnels de santé qu'ils avaient sollicités. Ils ont alors pu rencontrer des personnes dans des situations similaires et accroître leurs connaissances sur le sujet grâce à des groupes de parole sur internet. D'une certaine manière, ces rencontres en ligne ont joué un rôle similaire aux GEM, dans un contexte de manque de visibilité du Covid long, et de dispersion géographique des malades (s'ajoutant à une dispersion temporelle liée à la latence de l'attribution des symptômes à cette forme du Covid) qui pouvait ainsi être contournée. Une autre personne appartenant à ce profil indique que son épouse a fait des recherches en ligne sur la dépression, et



rapporte qu'il a le premier évoqué la possibilité d'avoir un Covid long à son médecin traitant, sans préciser s'il a pris connaissance de cette notion en ligne ou via d'autres médias.

« J'ai commencé à chercher sur Internet pour avoir des solutions, en commençant à me dire qu'elle [sa fille] est malade depuis le Covid. Donc, j'ai découvert ce qu'était le Covid long via Internet. Des témoignages, des médecins qui en parlaient, etc. J'ai commencé à penser à ça. » (Inès, 55 ans)

« Évidemment, on va sur les réseaux sociaux, parce que par rapport au Covid long, il y a que là qu'on en parlait. On voit des gens qui sont dans le même cas que nous. On voit des gens qui pensent à se suicider [...] Attention, je sais très bien qu'Internet, surtout au niveau médical, c'est loin d'être une référence. Il y a de tout et de n'importe quoi. Au début, effectivement, premier réflexe, on va sur Internet. » (Arnaud, 45 ans)

Ainsi, d'une manière générale, « l'aller mieux » (Demailly, Garnoussi, 2016) s'appuie sur l'usage de différentes ressources pratiques, issues ou non du soin médical, telles que les pairs, les sociabilités ordinaires, numériques, la famille, les stimulations sociales, cognitives, corporelles, affectives, etc.

v. Un premier confinement vécu différemment

Les jeunes rencontrés exposent, au cours de l'entretien, des expériences variées des confinements. En particulier, le premier confinement présentait pour certains un aspect protecteur. Non seulement il apparaît comme une solution sanitaire à la crise, à un moment où une première réponse de grande ampleur était attendue des pouvoirs publics ; mais à un niveau individuel, il est aussi saisi comme une opportunité de connaître un rythme de vie différent et non inquiétant. Cette expérience positive n'a pas perduré lors des confinements suivants, comme souligné précédemment, et les souffrances sont (ré)apparues au cours de la crise sanitaire.

Les deux classes d'âge mentionnent des aspects positifs comme rester en famille dans une maison avec jardin, ou encore travailler dans un environnement dont certains aspects sont plus calmes.

« Il me semble que j'ai essayé d'apprendre l'anglais, j'ai essayé d'améliorer mon anglais. J'ai essayé d'apprendre plein de trucs, en fait, je crois » (Victor, 23 ans)

« Mais du coup tous les deux on s'est retrouvés en distanciel, donc dans l'appartement, parce que c'est en appartement qu'on vit, donc du coup j'étais dans le bureau et lui il était, bah dans le salon, 'fin le salon qui est plutôt une sorte de couloir. Mais bref on s'était organisés et puis au tout début ça se passait très bien parce que justement c'était nouveau, que ça changeait de devoir tout le temps aller sur place et tout, donc le premier pour nous ça s'était bien passé » (Lucile, 24 ans)

Il faut nuancer en précisant que le premier confinement a pu mêler aspects inquiétants et rassurants. Ainsi, Agnès, consciente d'être vulnérable du fait de problèmes de santé physique lourds, insiste sur le premier déconfinement comme point culminant de son mal-être, après avoir clairement identifié le premier confinement comme point de départ des troubles, en indiquant qu'il produisait cependant un sentiment de « protection » :

« À la limite, c'est le déconfinement qui a été le plus dur. Le confinement, je ne l'ai pas trop mal vécu dans le sens où je sentais une protection. » (Agnès, 69 ans)

Un aspect plus présent **parmi les 50-64 ans**, ayant rendu le confinement plus pesant, est l'intrusion des facteurs professionnels dans un rythme de vie encore en cours d'adaptation (horaires décalés au sein du couple, charge de travail importante), ce qui peut s'ajouter à des conditions de vie alors dégradées (espace restreint partagé, confinement solitaire, sentiment d'injustice lié aux restrictions sociales et des déplacements).

« J'ai reçu un message de ma cheffe qui m'a dit, « coucou, moi, ça va bien, je n'ai rien à faire. Il faudrait que tu finisses le rapport de XXX ». Quand j'ai reçu ça, je n'étais pas trop contente en même temps. Parce que c'est vrai qu'il fallait que je fasse l'école à la maison pour mon fils. Puis, j'avais proposé à la maîtresse de faire un blog pour l'école [...] Mais l'autre, elle m'a demandé de faire le rapport. Alors, du coup, on n'avait pas d'ordinateur, puisqu'on était partis sans ordinateur, et je me rappelle que l'administration, à ce moment-là, elle détestait le télétravail. [...] J'en pouvais plus de ce métier-là. J'avais un conflit de valeurs, vous voyez. » (Corinne, 52 ans)

« Mon travail était quasiment le même. Il était à peine plus faible mais quasiment le même. Par contre, un ennui terrible. Toutes les petites habitudes du village auxquelles je trouve un charme certain se sont envolées. Isolé, emprisonné, emmuré, angoissé, voilà en quoi se différenciaient les journées. » (Jérôme, 46 ans)

À l'inverse, **parmi les 18-24 ans**, la situation exceptionnelle de ce premier confinement s'est accompagnée parfois d'un élan d'enthousiasme et d'une volonté de profiter de ce « temps libre ». La limitation des interactions sociales a même été perçue comme un soulagement, notamment pour les jeunes souffrant de troubles anxieux. Grâce à ce confinement, il n'était plus nécessaire de « faire des efforts ».

« Dans les souvenirs que j'ai, je pense que ça s'était assez bien passé. Il n'y avait pas de difficultés à la maison. Les cours, je les suivais en ligne, donc ça allait. Je sais que pour beaucoup de personnes, le confinement a été très difficile. Il faut savoir que j'ai des difficultés en termes d'anxiété sociale. Donc côtoyer les gens, sortir, etc., c'est quelque chose d'éprouvant pour moi. Et donc, je me sentais un petit peu moins seul à être tout le temps chez moi. Il y avait un petit côté positif » (Arthur, 23 ans)

« L'un dans l'autre, ça m'a aussi... pas aidée, mais j'ai apprécié le fait qu'on puisse rester chez nous. C'était OK, il n'y avait pas besoin de forcément sortir. Je pense que ça m'a un peu reposé les confinements » (Pénélope, 22 ans)

« Je dirais qu'il y a eu une petite amélioration. J'étais toute seule, donc personne ne pouvait se moquer de moi. À part, quand on faisait des oraux en distanciel. À part ça, c'est resté à peu près pareil [...] J'étais seule et ça ne me dérangeait pas plus que ça. J'aurais quand même aimé avoir des amis » (Jade, 22 ans)



1. L'isolement-enfermement, source de mal-être des 18-24 ans

Les verbatims de Jade mettent en lumière le cercle nocif dans lequel se sont retrouvés certains jeunes : l'absence d'interaction les protégeant d'une part, et le manque de liens les isolant totalement socialement et détériorant leur santé mentale d'autre part. Jessica, quant à elle, présente le confinement comme une opportunité pour ne pas interroger ses symptômes et son mal-être, apparus quelques semaines avant le premier confinement.

« C'est arrivé rapidement. Après, le Covid est arrivé. C'était limite comme une opportunité. Du coup, je me suis retrouvée à rester dormir au lit, plus me lever, pas trop manger, pas trop me doucher non plus. C'était compliqué. » (Jessica, 19 ans)

Le sentiment de solitude ainsi que l'isolement géographique et social sont devenus sources de mal-être. Progressivement les interactions ont diminué et le cercle social s'est restreint, voire a disparu pour certains jeunes.

« Pendant le confinement, je suis restée chez moi. Après le confinement, quand il y a eu la période de présentiel-distanciel, ça m'arrivait d'y aller [chez ses parents], mais je n'y allais pas aussi souvent que la première année. En première année, je rentrais quasiment tous les week-ends. Dans cette période [Covid], je rentrais chez eux plutôt une fois par mois. Donc, je restais plus souvent seule. » (Emerline, 23 ans)

« En fait, j'étais beaucoup dans ma chambre et je sortais très peu. J'allais faire les courses parfois. C'étaient mes seuls moments où je sortais un peu de mon antre » (Elie, 18 ans)

« C'était toujours un peu pareil. Je mangeais, je dormais, j'allais aux toilettes. J'allais pas trop à la douche, mais quand même un peu. Des fois, si je n'étais pas dans le lit et que l'envie me prenait, je faisais des activités manuelles. » (Jessica, 19 ans)

Qu'il s'agisse d'Emerline et Maëlle qui restaient la plus grande partie de leur temps seules, de Victor et Elie qui ne sortaient presque pas et restaient dans leur chambre, ou de Malo et Jessica dont la routine quotidienne se limitait aux besoins primaires, l'on observe un renfermement à la fois physique – dans la chambre, l'appartement – et relationnel des jeunes durant l'épidémie de Covid. La proximité physique avec les proches – membres de la famille ou conjoint – n'a toutefois pas levé les difficultés à communiquer.

2. L'isolement-distanciation, source de mal-être chez les 50-64 ans

Si le confinement est source d'isolement aussi pour cette classe d'âge, les 50-64 ans insistent moins que les 18-24 ans sur la difficulté de cette dimension de la crise sanitaire. Chez les plus âgés, les situations familiales, et plus largement les modes de vie ont impliqué un isolement moins pesant que chez les jeunes, surtout associé aux restrictions sanitaires du confinement et moins à la rupture des liens sociaux. Ce constat semble lié à des sociabilités différentes, notamment du point de vue de leurs temporalités, des lieux fréquentés et moyens de communication mais également du fait que la majorité des enquêtés cohabitent au moment de l'entretien avec un partenaire de vie, etc.

Il est, en revanche, frappant de constater que si les mesures sanitaires ne sont pas systématiquement vécues comme participant significativement au mal-être, elles sont toutefois fréquemment citées comme marquantes, et suscitent un positionnement divers de la part des enquêtés :

- Les gestes barrières sont très fréquemment cités. Ils tendent à susciter une réaction forte de la part des personnes dont la santé (ou la santé au sein de leur foyer) est fragile, ce qui est plus fréquemment le cas que parmi les jeunes ; d'autres mentionnent l'altération durable des relations sociales, la distance étant maintenue à l'issue de la pandémie.

« puis surtout cette, oui, on peut dire, peur panique de ramener le Covid à la maison. Donc à tel point qu'une fois, alors ça devait être... je ne sais plus si c'était à la fin du premier confinement, mais je pense que ça devait être le cas. On a pris, bien sûr, l'habitude, par exemple, d'aller faire des courses dans un drive. Et quand, on va dire, l'étau s'est desserré, un jour, ma femme me dit, « je vais aller faire des courses demain ». Et c'est là où je lui dis, « mais non, tu ne peux pas faire ça. » Parce que je la voyais là-dedans, enfin, risquer d'attraper le Covid. Et elle s'est dit, « ouh là, il y a quelque chose qui ne tourne pas rond ». Et finalement, je l'ai accompagnée le lendemain et heureusement que je l'ai fait, parce que sinon, j'allais dire, je ne sais pas si ça se serait passé. J'étais vraiment, mais ouais, paniqué. Et alors qu'elle était plus...

Q : Confiante ?

Voilà, absolument, oui. Et oui, je crois qu'elle a eu un peu peur pour moi. » (Philippe, 63 ans)

« Vis-à-vis des autres aussi, ben... si, la chose qui m'a... enfin, qui ne m'a pas choquée, mais... c'est le fait de ne plus s'embrasser, et... même après, maintenant, on s'embrasse plus, quoi. C'est fini. » (Julie, 60 ans)

- En ce qui concerne la restriction des déplacements, les personnes déclarent dans l'ensemble l'avoir respectée. Une minorité de personnes reconnaissent n'avoir pas toujours respecté les conditions liées aux attestations ou avoir allongé leurs sorties – ce qui dans le verbatim de Catherine est explicitement associé à la préservation de sa santé mentale.

« Effectivement, les histoires de couvre-feu, moi je travaille jusqu'à 19h30, 20h. C'est ça aussi qui m'a mis dedans, qui m'a vraiment mis en colère, et un peu déprimée aussi, c'est que je finissais de travailler, et je n'avais pas le droit d'aller me promener. Donc bon, je l'ai fait quand même, je vous rassure, je... Ma santé mentale avant tout. » (Catherine, 61 ans)

« On part d'ici à 9h, on arrive à XXX à 17h30. Le temps qu'on aille à la location, il était 18h. On se dit : « est-ce qu'on ose aller voir l'océan qui est à 100 mètres ? » Vous vous rendez compte. On était terrorisés à l'idée de se faire gauler... On nous a plongés dans un climat de terreur. Quand je me rends compte aujourd'hui comme on a été des cons. On n'aurait jamais dû respecter ça. Je parle en étant seul. Je ne parle pas en allant voir les gens ou en allant faire des bringues. » (Jérôme, 46 ans)

« Ce qui nous a le plus manqué, c'était de passer à côté des parcs et de ne pas pouvoir y rentrer. Ça c'était une grosse connerie, franchement. Interdire aux gens de prendre leur voiture pour aller marcher, surtout qu'en plus, je me suis renseignée,



à la campagne, c'est comme dans 8, rue de l'humanité : en fait, ils faisaient des apéros, ils se mettaient à côté. Moi, j'ai un ami, il est agriculteur, il faisait ce qu'il voulait. » (Corinne, 52 ans)

3. Médias anxiogènes

Durant les confinements, l'actualité en lien avec l'épidémie de Covid-19, qu'elle soit télévisuelle, sur des chaînes d'information en continu, ou relayée par les réseaux sociaux – ce qui concerne davantage les jeunes – a été vécue comme particulièrement anxiogène.

Une partie des enquêtés des deux classes d'âge rapportent avoir arrêté de suivre les informations dans des médias trop concentrés sur la crise sanitaire. Une large proportion des personnes interrogées rapporte des effets négatifs sur leur humeur, liés à la sphère médiatique, notamment les chaînes d'information en continu ; et certains soulignent l'importance « de se protéger », ce qui semble représenter pour eux un enseignement valable au-delà de la crise sanitaire. Les aspects négatifs sur lesquels ils insistent sont :

- La focalisation sur le bilan humain – qui s'explique peut-être, du côté des médias, par un effet de réel, une illusion d'objectivité apportée par les chiffres dans un contexte d'incertitude généralisée ; mais qui est explicitement associée à l'anxiété :

« Quand on voit le graphique des morts sur BFM. Il y a un moment, comment et raisonnablement être heureux de vivre et ne pas être angoissé, anxieux, voire même, complètement paranoïaque à l'idée de se dire : un jour, je serai dans le décompte. » (Jérôme, 46 ans)

« On ne regardait pas l'espèce de guignol de la DGS qui disait tous les jours qu'il y avait des morts et qui tenait la comptabilité des morts. Parce que moi, je ne pouvais pas, ce n'était pas possible, cette idée de comptabilité morbide, j'ai trouvé que c'était une très mauvaise idée. » (Corinne, 52 ans)

« J'étais très inquiet au début. Parce que le fait de savoir que le virus se propageait... Au début, de ne pas savoir à quel point est-ce qu'il était létal... Au début j'ai suivi un petit peu l'actualité, puis après j'ai arrêté ou je me tenais juste au courant de l'actualité sur le plan des restrictions, des choses comme ça. Il y avait le décompte des morts aussi qui n'était pas très joyeux. Donc je me suis un petit peu coupé de l'actualité pour ne pas trop devenir anxieux par rapport à la situation. » (Arthur, 23 ans)

- L'aspect répétitif et confus des informations, ne favorisant pas une vision claire et mesurée de la situation et au contraire renforçant l'incertitude, notamment concernant la réponse politique à la crise sanitaire :

« C'est un tort. Mais encore maintenant, des fois je ferais mieux de ne pas allumer la télé, parce que c'est tellement anxiogène tout ce qu'on voit, tout ce qu'on entend. Pendant le Covid, c'était midi et soir, je revoyais toujours la même chose, mais j'allumais, et je regardais, j'écoutais. » (Marie, 64 ans)

« Bon, ça a été une période compliquée, mais on nous faisait passer ça comme si c'était l'apocalypse dehors. Du coup, ça nous faisait vraiment peur, en fait. Moi, personnellement, ça me faisait peur. Du coup, j'ai arrêté de suivre. Quitte à être dans le déni et ne pas regarder. C'était mieux. » (Maïssa, 18 ans)

Chez les jeunes, la volonté de s'informer peut prendre des formes plus spécifiques :

- Baptiste exprime un point de vue nuancé sur l'information, qui fait écho au verbatim de Maïssa trouvant le format journalistique inadapté. Il souhaite éviter les « intermédiaires » susceptibles de biaiser l'information, pour se construire sa propre opinion à partir de sources vérifiables.

« Le président Macron fait une déclaration, je vais le suivre, par exemple sur twitter. Enfin, j'évite de passer par les intermédiaires, notamment la télévision. J'aime bien avoir l'information à la source directement pour être sûr d'avoir la bonne information. » (Baptiste, 24 ans)

- À l'inverse de cette volonté de s'approprier l'information en s'en « rapprochant », certains jeunes se sont tenus informés uniquement par le biais de leurs parents. Cette stratégie, plus ou moins délibérée, visant à médier par un tiers la réception de l'information, pourrait d'ailleurs participer à canaliser les angoisses produites par l'actualité.

« Déjà les parents en parlaient, donc forcément de là, tu suis un peu. Et à la télé, quand j'allais manger, c'était tout.

Q : Mais vous, vous n'alliez pas spécialement chercher à suivre ce qui se passait ?

Non. » (Victor, 23 ans)

« Par contre, c'est mon papa qui me disait, par exemple, si tu dois sortir, il faut porter un masque, il faut écrire sur une feuille pourquoi vous sortez et tout. Après, on s'est vaccinés, donc c'est par lui aussi que je le savais. Tout passait par lui, en fait. » (Jessica, 19 ans)

On peut mettre en perspective cette préférence pour une information médiatique passant par l'intermédiaire d'autrui avec le propos de Bernard ci-dessous, qui semble sous-entendre qu'il a persisté à s'informer tout en constatant la confusion de l'information.

« Sinon, je ne peux pas avoir mon opinion, mais quelque part, je suis toujours en train d'écouter l'opinion des autres. C'est dans le flou, toujours, en fait. » (Bernard, 63 ans)

On peut supposer que ce que Bernard exprime, c'est que « l'opinion des autres » ne permet pas, durant la crise sanitaire, la construction son propre avis, ce qui alimente au contraire un état de confusion.

Ainsi, alors que la crise sanitaire a été un moment cristallisant de très grandes attentes vis-à-vis de l'information, les médias les plus accessibles ont à la fois renvoyé l'image d'une incertitude caractérisée et produit une profusion d'informations extrêmement répétitives car « actualisées ». Si l'on peut penser que le deuxième aspect visait à compenser le premier, cela semble tout à fait étranger à l'expérience des enquêtés, qui y ont plutôt vu une démultiplication de l'incertitude.



4. L'incertitude et la perte de repères

Au cours des entretiens, les enquêtés soulignent que ce n'est pas uniquement l'enfermement qui a été difficile à vivre (en particulier durant le premier confinement) mais également l'incertitude liée à la situation. La crise sanitaire est venue questionner leur rapport à l'incertitude et aux risques : combien de temps va durer la crise, quelle est sa gravité, comment évolueront gestes barrières et dispositifs Covid etc. Parmi les 50-64 ans, cette instabilité est parfois rapportée au contexte professionnel.

« Ce qui a fait peur aussi, c'est toutes les mesures mises en place, les discours... On suivait les discours présidentiels, etc. On était toujours dans l'attente. On ne savait pas, le fait de ne pas savoir, d'être dans l'ignorance de ce qui se passe, c'était un peu compliqué aussi. Les magasins dévalisés, le côté très apocalyptique de voir des rayons vides, des gens en panique, c'était anxiogène. » (Pénélope, 22 ans)

« La redondance des confinements, oui, ça m'a quand même bien – mais comme beaucoup de gens, là, je vais vous sortir des choses vraiment classiques. Oui, le fait d'être déconfiné, reconfiné, déconfiné... Reconfiné, reconfiné, hein ? C'était très, très pénible, oui. Bon, mais c'est une lassitude. Ça m'a pas... Je vous dis, ça m'a plus impacté professionnellement, parce que, du coup, je savais pas si mes patients allaient venir, donc, si j'allais aussi avoir du travail, tout en ne cherchant pas à avoir les aides de l'État, je vous ai dit tout à l'heure, je préférais travailler que de demander aux impôts 2 000 euros par mois. Donc, oui, ça m'a impacté à ce niveau-là. C'est la question de l'incertitude et puis, voilà ; de ne pas avoir quelque chose de stable, en fait. » (Catherine, 61 ans)

Chez les 50-64 ans, l'incertitude qu'apporte la crise peut aussi amplifier celle liée à une santé plus fragile, concernant les personnes elles-mêmes ou leur entourage – appréhension qui se prolonge dans l'après-Covid, puisque ces fragilités persistent.

« Dans ma tête, je me disais que ça ne finirait jamais. Et, on ne finit jamais, parce que là, ça augmente. » (Agnès, 69 ans)

Le témoignage de Catherine est intéressant car son métier de soignante la place dans une position de médiation entre des injonctions liées aux mesures sanitaires et les patients. Elle doit alors s'adapter aux prescriptions du gouvernement, mais constate que ses patients y perçoivent beaucoup d'instabilité et de contradictions, ce qui se traduit par une focalisation sur la crise sanitaire et en conséquence une altération de son propre rôle.

« Il y a eu une crise de... Oui, une crise de l'acceptation de ce qui était dit par le gouvernement, oui. Parce que les gens aussi se sont dit, mais pourquoi, il n'y a pas de masques, il n'y a pas besoin de mettre de masque ; et puis après, on nous dit qu'il faut tous aller se faire vacciner, et... Enfin, bref. [...] J'ai eu l'impression de ne plus faire vraiment mon métier de psychothérapeute-psychanalyste, mais plutôt d'être psy de soutien. Je n'ai pas fait mon métier comme d'habitude, j'ai fait de la thérapie de soutien tout le temps. Leurs troubles somatiques, leurs préoccupations anxieuses, les choses comme ça, tout tournait autour du Covid. Et donc, je procurais des consignes d'hygiène mentale, qui n'est pas psychanalytique du tout. On ne dit pas aux patients : « Faites ci faites ça. » » (Catherine, 61 ans)

Ainsi, certains soignants ont joué un rôle d'intermédiaire entre les patients et les institutions prescrivant les comportements sanitaires requis par l'épidémie de Covid (parmi lesquels figurent les

médias dont nous avons souligné la confusion plus haut). Pour autant, toutes les réponses attendues n'ont pu être apportées, face à une situation relativement nouvelle – comme nous l'avons décrit au sujet du Covid long⁵¹, qui ne constitue qu'un cas particulier dans un contexte généralement marqué par l'incertitude. Le discours scientifique lui-même a fait l'objet de questionnements profanes, voire même de questionnements émanant des soignants eux-mêmes, notamment concernant la vaccination, elle aussi marquée par la nouveauté, la temporalité courte de la mise à disposition des vaccins, et par la prévalence d'effets secondaires somatiques inquiétants.

« Ce n'est pas que le Covid qui m'a donné mon mal être. J'étais déjà souffrant avant, mais ça ne m'a vraiment pas aidé. Les vaccins aussi. Je vous l'ai dit tout à l'heure, quand j'interroge le médecin de l'hôpital, mon médecin traitant, le pharmacien, l'ophtalmologue pour leur dire : C'est quoi le Covid ? Il est provoqué par quoi ? C'est quand même une maladie dont on parle. Qui a semblé grave, parce que ça a tué beaucoup de monde. Et, maintenant, on te dit : avec un simple doliprane, on guérit. Je ne comprends pas.

Q : Est-ce que le fait de ne pas comprendre, ça joue ?

C'est possible. Parce que je me demande pourquoi. Si c'est ça, pourquoi j'ai mes symptômes ? Pourquoi, au début, on ne m'a pas dit : ne faites pas les vaccins et prenez juste un doliprane. On ne savait pas, c'est vrai. [...] Moi, comme l'a dit ma compagne, le premier vaccin, j'ai dit : je m'en fous, je le fais. Si ça peut aider des gens, je le fais. Jusqu'au cinquième, j'ai dit : ça peut aider. Mais, il m'a tellement fait mal. J'ai tellement eu mal avec celui-ci que je n'en referai plus, même avec le couteau sous la gorge. » (Bernard, 63 ans)

« Ben si c'est quand même inquiétant quand on écoute des informations qu'il y a des médecins qui sont contre le vaccin, etc. Oui, c'est inquiétant. Si vous n'écoutez pas ça, non, ce n'est pas inquiétant et malheureusement, l'interview des médecins, le corps médical, ils disaient « oh, on ne sait pas ce qu'ils vont mettre dans le vaccin, attendez, il ne faut pas se précipiter. » C'est quand même assez... Des médecins qui disent ça ? Wahou ! Finalement, il ne s'est rien passé hein. » (Etienne, 62 ans)

A l'inverse, la décision de ne pas se vacciner a pu faire l'objet d'une condamnation, là aussi tant profane que professionnelle, qui sans empêcher la prise en charge ni la vie sociale, constitue un élément négatif qui s'ajoute à la modification des conditions de vie et aux difficultés psychiques rencontrées durant la période.

« Q : Le soutien des professionnels que vous avez reçu, c'était dans de bonnes conditions, vous diriez, de manière générale ? Ça s'est bien passé ?

Globalement, oui, quand même. Ça dépend lesquels, parce que pendant cette période-là, euh... Mon médecin traitant a pu avoir eu des propos déplacés envers moi.

Q : Ah, d'accord. Lorsque vous abordiez vos troubles psychiques ?

Non, mon statut vaccinal. Il a été très désagréable, grossier.

Q : D'accord. Mais spécifiquement envers vous, envers les gens qui ne se vaccinaient pas en général ?

⁵¹ Cf. p.99 et p.107



Euh... Les deux. Ça m'était adressé, du coup. Et bon, c'est pas forcément ce qu'on attend d'un médecin, quoi. Enfin, vu qu'il n'y avait pas d'obligation, on n'est pas obligé, quoi. Après, on assume les conséquences, nous-mêmes, mais c'est pas... Enfin, vu que c'est pas obligé, on a le droit de faire notre propre choix, quoi. » (Baptiste, 24 ans)

Enfin, durant les confinements et plus largement durant l'épidémie de Covid, plusieurs jeunes racontent avoir connu une altération de leur rapport au temps. Il semble qu'une constriction du temps se soit accompagnée de la perte des repères temporels, voire de troubles de la mémoire.

« Aussi, pendant le Covid, j'ai eu une perte de mémoire. Je ne sais pas comment expliquer. [...] Et puis, en fait, avant, j'avais une super mémoire. Je pouvais tout retenir. Même les rendez-vous, je n'avais pas besoin de noter sur un papier. Aujourd'hui, je dois marquer sur un papier et même le marquer en grand devant la porte parce que sinon, après, je ne me rappelle pas. [...] En fait, dans ma tête, j'ai toujours 16 ans mentalement parce que ma vie s'est un peu arrêtée là. Et quand j'ai repris, par exemple, quand je suis retournée chez ma mère, il fallait tout que je redécouvre ce qui se passait dehors et tout. » (Jessica, 19 ans)

« Du coup, je ne sais pas vraiment, les confinements, comment ça s'est passé après. Parce que comme j'étais rarement à l'école et que j'étais très enfermée dans ma chambre, je ne sais pas vraiment comment ça s'est passé. On me parle de deuxième confinement, de troisième confinement mais franchement, je ne sais pas du tout quand ils étaient. Je n'ai pas suivi. » (Elie, 18 ans)

Il est d'ailleurs important de noter que si les enquêtés, et ce quelque que soit l'âge, ont tous bien en tête les dates et circonstances du premier confinement « strict », les restrictions suivantes, les confinements et les différents couvre-feux semblent s'intégrer dans une temporalité beaucoup plus floue dans laquelle le temps vient s'étirer. Au moment des déconfinements, la vie sociale, la vie professionnelle reprennent petit-à-petit leurs cours mais dans une nouvelle forme de « normalité », avec l'intégration de nouvelles contraintes, de nouvelles incertitudes toujours reliées au virus et à sa gestion collective.

VI. Cohabitations

La question de la cohabitation semble se poser très différemment entre les deux classes d'âge : elle apparaît beaucoup moins problématique chez les 50-64 ans, dont la vie familiale est plus stabilisée et dont les relations parentales ne constituent pas un point de crispation important. Les jeunes rapportent une très nette augmentation du temps consacré aux écrans, ce qui au-delà des nécessités du distanciel, reflète l'importance de ces outils et pratiques, notamment concernant leur vie sociale. Une altération des rythmes de vie y est associée – les 50-64 rapportent quelques autres comportements addictifs renforcés à la faveur du confinement, mais peu liés aux écrans.

1. Vie commune inédite : tensions et ajustements

Au cours des confinements, de nombreux enquêtés des deux classes d'âge ont fait l'expérience d'une cohabitation prolongée avec les membres de leur famille ou leur conjoint. Pour certains, la

cohabitation avec ces proches a été source de conflits et de tensions, notamment pour les jeunes dont les souffrances sont apparues pendant la crise sanitaire, et plus spécifiquement pour les filles.

« Entre ma mère et moi : oui. Enfin, on ne s'entendait plus vraiment. En vrai, on n'a jamais été très, très proches. Mais ça, je pense que ça a été un petit peu le... Même si on n'a jamais été proches, le fait que je ne sois pas tout le temps avec elle, que je sorte beaucoup, ça faisait que je ne la voyais que le soir. Mais du coup, là, vu que je la voyais beaucoup plus, on devait plus se confronter. Et on ne s'entendait plus, quoi. » (Maïssa, 18 ans)

« Si tu ne te fais pas soigner, je t'enlève les petits, parce que je ne veux pas que les petits ils deviennent aussi fous que toi ». Il [conjoint] m'a dit : « donc c'est soit tu vas te faire soigner et tu penses à tes petits derrière, soit moi je te les enlève et tant pis pour toi quoi ». » (Maëlle, 22 ans)

« On a pu prendre du temps pour nous, mais aussi, être tout le temps ensemble 24 heures sur 24, c'est normal qu'il y ait aussi certaines tensions qui se créent parfois » (Pénélope, 22 ans)

La cohabitation avec les proches s'est souvent accompagnée de pressions intra-familiales, notamment au sujet des activités scolaires.

« Déjà, au niveau des cours. Ma mère me mettait vraiment la pression, parce que je passais le brevet à la fin de l'année » (Maïssa, 18 ans)

« Oui. Mais en même temps, elle me mettait beaucoup de pression. Du coup, ça m'insupportait. Pour moi, j'avais l'impression que ça me faisait encore aller plus mal que ce que c'était déjà. » (Elie, 18 ans)

Elle a également été vécue comme une perte d'intimité qui a contribué au repli sur soi de certains jeunes. Cette dimension est nettement moins répandue parmi les 50-64 ans, dont les enfants résident souvent en dehors du foyer, et qui lorsque ce n'est pas le cas rapportent des situations positives ou nuancées. Néanmoins, elle peut se manifester, comme dans le cas de Nadège, si la cohabitation, imprévue, apparaît dédoubler la rupture du quotidien qu'introduit le confinement.

« Enfin, par rapport à mes frères et sœurs, pas spécialement, mais le fait d'être tout le temps avec mes parents, j'avais l'impression de ne plus avoir d'intimité. Parce que même si en dehors du confinement, je vivais chez eux, donc j'étais souvent avec eux, mais là, je trouvais que ce n'était pas pareil. Du coup, ça me faisait un peu une pression mentale » (Maïssa, 18 ans)

« je me suis retrouvée avec ma fille, confinée, qui, elle, n'était plus chez moi depuis 14 ans. Vous voyez ? Et là, on était deux adultes, l'une en face de l'autre, elle, avec son problème, et moi, avec le mien, qui en était un autre. Et là, il a fallu qu'on cohabite. Et, ouais, ça a été bien, mais il y a eu des moments difficiles. Moi, il y a eu des moments où... parce qu'on ne pouvait pas sortir. Donc, je m'en allais dans mon garage, je m'enfermais dans ma voiture et j'écoutais de la musique, parce que j'avais besoin... » (Nadège, 67 ans)

Pour d'autres, plus notablement celles et ceux dont les souffrances psychiques sont antérieures à l'épidémie, la cohabitation ne s'est pas accompagnée de changements importants, voire constituait même parfois une protection : « être ensemble » pour contrebalancer les angoisses liées à la crise sanitaire.



« Moi, il n'y a pas eu... Bah, pour moi ça s'est passé normalement, il n'y a pas eu de changement. Après, ça criait beaucoup pour plein de raisons, par rapport aux choix politiques et tout ça [rires]. » (Victor, 23 ans)

2. Un espace à soi ?

Les discours des jeunes enquêtés montrent l'importance d'un espace à soi et particulièrement durant le premier confinement. En effet, nombreux sont les 18-24 ans qui ont investi de manière plus intense leurs chambres, en y restant parfois toute la journée et n'en sortant que pour les besoins primaires, contribuant par là à bouleverser les repères temporels mais également sociaux. La chambre apparaît comme un lieu sécurisant, qui échappe aux autres habitants du logement mais également, parfois, comme un endroit de renfermement sur soi et d'aggravation des symptômes psychiques.

« En fait, j'étais beaucoup dans ma chambre et je sortais très peu. J'allais faire les courses parfois. C'étaient mes seuls moments où je sortais un peu de mon antre. » (Elie, 18 ans)

Lorsque les jeunes n'étaient pas chez leurs parents, le logement et la question de l'espace sont marqués par le fait que la frontière entre espace de vie personnel et professionnel semble se brouiller du fait des activités en distanciel. Ce mélange favorise le bouleversement des repères temporels. Certains jeunes évoquent également des logements exigus et/ou sans espaces donnant sur l'extérieur ou aménagés pour pouvoir travailler en distanciel de manière optimale ; éléments qui ont eux aussi contribué aux troubles.

« C'était pas forcément la connexion qui me posait problème, c'était l'aménagement de l'appartement, parce qu'on n'avait qu'un seul bureau pour deux. On avait un 35 mètres carrés avec une chambre, mais il n'y avait pas de la place pour un bureau. Il y avait la pièce principale avec une table, on allumait l'ordinateur, donc on mangeait sur le canapé. Mais... En fait, on avait un bureau sur deux, donc, en fait, c'était vraiment... On se disait, « OK, tu travailles quelle matière, toi, aujourd'hui ? OK, c'est ta matière principale. Alors que moi, j'ai que anglais, du coup, je vais me mettre sur le canapé ou dans le lit. Pendant que toi, tu utilises le bureau pour la matière importante. Ah, et puis là, moi, j'ai psychologie, il faut vraiment que je sois très, très attentive. Donc, je prends le bureau, pendant que toi, tu vas dans la chambre travailler autre chose, en fait. » On devait se partager, savoir qui méritait plus selon la matière qu'on travaillait. Donc, c'était ça qui était, surtout pas idéal, en fait. C'était l'aménagement de l'appartement qui n'avait pas été pensé pour ça, en fait. » (Johanna, 24 ans)

3. Importance des écrans chez les 18-24 ans

Singulièrement, chez les jeunes, l'isolement produit par les confinements s'est accompagné d'une augmentation globale du temps passé devant les écrans. L'usage des écrans était diversifié : pour jouer et se divertir, pour rester en contact avec ses amis et ses proches ou encore pour travailler.

« C'était un peu tout le temps pareil. Un peu plus que d'habitude vu qu'on ne pouvait pas sortir. C'était un peu de travail sur l'ordi toute la journée avec les pauses repas et aller se coucher après. [...] Oui. Après, sur l'ordinateur, je n'étais pas tout le temps en train de bosser. C'était pas mal : ordi, manger, ordi, dormir. » (Malo, 22 ans)

« La télé ouais bah après on regardait pas trop la télé en tant que télé ; moi j'ai joué, je joue toujours, mais ça m'aidait quand même un tout petit peu c'était – bah en fait plutôt, je me réfugiais dans les jeux vidéo, moi je faisais beaucoup ça parce que je voulais pas affronter la vie réelle, quoi. Pour le coup ça m'avait fait du bien de jouer. » (Lucile, 24 ans)

« Je me levais en fonction de l'heure à laquelle j'avais cours. Je déjeunais. Après, j'allais tout de suite sur l'ordinateur et je commençais tout de suite à travailler. Si j'avais cours, je me préparais, je mettais mon casque pour ne pas faire de bruit. Et quand j'avais des journées de libres, comme on en a souvent à la fac, je travaillais quand même sur mes cours, mes devoirs à faire. » (Jade, 22 ans)

Les écrans étaient à la fois protecteurs et loisirs, et à la fois symptômes d'enfermement, aussi leur usage s'est intensifié et s'est avéré difficile à résorber post-confinement.

« Le problème, c'est que j'ai découvert que j'étais un peu addict aux écrans. Parce que pendant le confinement, j'avais fait que ça. Avant, j'éteignais tout le temps mon téléphone quand je rentrais en cours. Là, il était juste en mode avion dans mon sac. Dès que je sortais, je le prenais et j'allais sur les réseaux. Ça, je l'ai remarqué très vite. Et j'ai essayé de me restreindre, tout ça, pour ne pas que ça aille plus loin parce que je n'avais vraiment pas envie. Je déteste avoir des addictions, vraiment. » (Elie, 18 ans)

« Surtout le téléphone pour lire. Je peux y passer une journée entière. Ben, d'ailleurs, j'y passe une journée entière. Quand on m'enlève le téléphone, je deviens très énervée, en fait. [...] Ma mère me fait des reproches que je suis trop sur le téléphone. Mais du coup, elle accepte parce que je lis beaucoup. Elle comprend et elle veut bien que je lise et tout. Après, elle me dit de switcher à chaque fois, parce que par exemple, de regarder les vidéos ou de regarder autre chose ça tire trop sur mes yeux. Je reste trop fixée sur l'écran. Après, elle me demande de regarder sur la télé au lieu de regarder sur le téléphone parce que la télé, je suis plus loin, donc ça fait moins mal aux yeux que sur le téléphone » (Jessica, 19 ans)



4. Changements de rythmes différenciés entre les classes d'âge

L'augmentation du temps passé devant les écrans et le contexte de crise sanitaire ont entraîné des changements de rythmes chez les jeunes. Ces changements concernaient notamment l'alimentation, le sommeil et les addictions (écrans, tabac). Il est particulièrement intéressant de noter que ce sont davantage les jeunes dont la souffrance psychique est apparue durant l'épidémie qui ont évoqué des changements de rythmes, néfastes ou positifs.

« Oui bah ça je mangeais, mais c'est vrai que quand mon copain était en déplacement moi je mangeais pas trop, 'fin je le faisais quand même parce que ma mère m'a toujours dit de manger parce que sinon après on n'est pas bien, mais... non je le faisais pas trop. Pareil pour dormir des fois je me couchais à pas d'heure parce qu'il était pas là. [...] ouais j'étais hantée par l'ordinateur, le fait des études tout ça. Et puis ben en fait je dormais pas parce que je sais même pas en vrai si je dormais, je – tout le temps que je dormais entre parenthèses je pensais à ça tout le temps en boucle, tout le temps, tout le temps, tous les jours, toutes les nuits, tout le temps. » (Lucile, 24 ans)

« Pendant le confinement, j'ai développé des problèmes par rapport à la nourriture et des trucs comme ça. [...] pareil, au début, je prenais mes repas à l'heure, comme d'habitude. Puis après, enfin, je sais que ce n'est pas que chez moi, quand on s'ennuie, on grignote, etc. Du coup, ça a commencé comme ça. Et puis après, plus j'étais mal et plus je mangeais. Je cachais mon mal-être dans la nourriture. Dès que j'étais mal, je mangeais. C'était n'importe quoi. Je n'avais plus de rythme alimentaire. » (Maïssa, 18 ans)

« Au début, j'avais un putain de rythme scolaire. Et puis, plus le temps passait et plus je me couchais très tard et je me réveillais tard. Du coup, ma journée n'avait plus du tout aucun sens pour moi. Et c'était ça en boucle. » (Maïssa, 18 ans)

L'altération des comportements alimentaires dont nous venons de citer quelques exemples, est une catégorie large qui comprend notamment les accès boulimiques, dont l'étude Epicov⁵² rapporte une importante prévalence générale en juillet 2021, en particulier chez les jeunes femmes de 16 à 24 ans.

À l'inverse, les jeunes dont la souffrance psychique est antérieure à l'épidémie de Covid-19 n'ont pour la plupart pas relevé de changement dans leurs rythmes alimentaire, de sommeil, ni de consommation de produits.

L'enquête Epicov (id.), qui étudie diverses classes d'âge de 16 à 75 ans et plus, souligne en outre que parmi les personnes en emploi, les personnes rapportant travailler « en horaires décalés » en 2021 sont légèrement plus concernées que celles ne rapportant pas travailler selon cette modalité par les

⁵² Hazo J-B, Boulch A, et al. Santé mentale : une amélioration chez les jeunes en juillet 2021 par rapport à 2020 mais des inégalités sociales persistantes. (DREES), Études et résultats N°1233, 22/06/2022.

Une étude citée parmi les sources d'Epicov rapporte, parmi les femmes de moins de 30 ans d'un échantillon de millions de patients résidant majoritairement aux Etats-Unis, une nette augmentation des troubles alimentaires en 2020 : Taquet, M., Geddes, J.R., Luciano, S., Harrison, P.J. (2021, juillet). Incidence and outcomes of eating disorders during the COVID-19 pandemic. The British Journal of Psychiatry, pp. 1-3.

Or la première vague de l'étude Epicov (Hazo J.-B., Costemalle V., 2021 : « Confinement du printemps 2020 : une hausse des syndromes dépressifs, surtout chez les 15-24 ans Résultats issus de la 1re vague de l'enquête EpiCov et comparaison avec les enquêtes de santé européennes (EHIS) de 2014 et 2019 ») n'avait pas détecté de variation, en mai 2020, de l'incidence des troubles de l'alimentation – ce qui pourrait suggérer, à supposer que la tendance observable en France soit comparable à celle de l'étude sus-citée, que ces troubles ont varié surtout à mesure que la crise sanitaire s'installait dans la durée.

troubles dépressifs et anxieux, les troubles alimentaires et les consommations problématiques d'alcool.

Si les entretiens confirment que l'appétit est assez souvent affecté par les troubles psychiques, les 50-64 ans ne mentionnent pas beaucoup de modifications de l'alimentation liées au confinement : la pratique des courses alimentaires, modifiée par les mesures sanitaires, n'a posé problème que marginalement, puisque les courses sont restées une des rares activités en lien avec l'extérieur accessibles pendant le confinement. Leur sommeil a été altéré, mais là aussi la part réellement imputable au contexte sanitaire n'est pas considérée comme importante dans la majorité des témoignages, qui insistent à cet égard sur l'impact des troubles eux-mêmes. Enfin les addictions ont été peu mentionnées par les enquêtés : une personne insiste sur l'intensification de sa pratique de jeu qu'elle tente de maîtriser en réalisant elle-même un site internet consacré aux pronostics sportifs.

« On ne peut rien faire, donc, on cherche des autres activités. Je commence à faire des paris sportifs. Je perds des milliers d'euros au tiercé. [...] addiction au jeu certes, mais aujourd'hui, j'ai surtout une addiction aux erreurs qu'ils font parfois de cotation et de pouvoir les prendre à leur propre jeu. J'ai donc monté un site internet de pronostics qui ne marche pas trop mal. J'ai 50 abonnés qui me suivent. C'est une communauté. » (Jérôme, 46 ans)

Une autre rapporte une reprise de la consommation de tabac arrêtée depuis longtemps, ainsi qu'une consommation modérée d'alcool ; une dernière personne mentionne un comportement alcoolique qui a persisté durant le premier confinement malgré sa prise de conscience du problème mais qu'il a ensuite pu soigner avec ses autres troubles.

« Depuis que je suis en dépression, disons plutôt, je me suis remise à fumer. Et je bois aussi un petit peu d'alcool, tous les jours, toute seule. » (Inès, 55 ans)

« La consommation d'alcool a continué. Avant, j'avais commencé à aller voir ma toubib. Je voulais calmer. Elle m'avait filé des médocs : du [Temesta ?]. C'est pour le traitement alcoolique, ça aide à dormir aussi. Mais j'ai continué, l'alcool et le [Temesta ?]. C'était pas terrible. Je me suis sevré de l'alcool quand j'ai été hospitalisé. De toute façon, on n'a pas le droit avec les médocs. Mais je me suis sevré du jour au lendemain et il n'y a pas eu de problème. Et là, aujourd'hui, de temps en temps, je recommence, mais ça n'a rien à voir avec ce que c'était avant. C'est vraiment convivial. » (Henri, 64 ans)



VII. Impact délétère des relations et activités en « distanciel »

Le distanciel, s'il concerne les deux classes d'âge, semble plus marquant dans l'expérience de la crise sanitaire des **jeunes** puisqu'il concerne un moment souvent vécu comme décisif et charnière : les études et le début de la vie de jeune adulte⁵³. À l'inverse, du côté des 50-64 ans il ne concerne qu'une partie des personnes encore en activité, dans un contexte d'incertitude n'ayant pas favorisé un encadrement strict de leur travail à distance, et où les éventuelles difficultés d'adaptation ne menaçaient pas l'emploi.

Les jeunes rencontrés ont tous été très impactés par le suivi scolaire à distance. Nombre d'entre eux ont rencontré des difficultés à suivre les enseignements et à rester investis de la même manière que lorsque les cours se déroulaient sur site. Ces difficultés ont en parallèle alimentés les angoisses d'échec scolaire de certains jeunes et renforcé leurs troubles.

« Je préférais quand c'était en présentiel, parce que c'était beaucoup plus simple de participer en cours. Quand c'était en distanciel, j'étais là, mais sans vraiment suivre le cours. Je mettais le cours, je m'asseyais à côté et j'écoutais. Quand on est en distanciel, on n'a pas ce sentiment de devoir participer. Quand on est présentiel, on est plus dedans et ça donne envie de participer [...] Toute l'année en distanciel, je l'ai ratée et je l'ai redoublée. Donc, il y a l'effet du redoublement. C'était la première fois que je redoublais, donc ça m'a un peu impactée » (Emerline, 23 ans)

« Et à la fin de l'année, du coup, il y a eu le Covid. Donc là, j'ai complètement décroché l'école. De toute façon, les profs savaient que j'avais des difficultés chez moi à rester concentrée. Encore plus que quand j'étais à l'école. Donc, ils savaient très bien que je n'allais pas vraiment faire d'efforts par rapport à ça. » (Elie, 18 ans)

Outre les difficultés de concentration occasionnées par un enseignement exclusivement à distance, le « distanciel » influait également, selon les jeunes rencontrés, sur les attentes des enseignants et les résultats scolaires, et donc sur leur mal-être. Ces difficultés ont produit, dans certaines situations, des changements dans le rapport à l'école, comme le raconte Maïssa, initialement « bonne élève » avec une appétence et une curiosité d'apprendre avant le Covid, et qui rapporte des difficultés persistantes d'apprentissage lors de l'entretien.

« Ça a été très rapide. Au bout de vraiment quelques semaines du premier confinement. Et puis même après, en étant retournée en cours, c'était dur... Enfin, j'avais complètement perdu le... C'était vraiment un décrochage scolaire. J'avais

⁵³ Olivier Galland, dans *Les jeunes* (2009), Ch. V. Les jeunes dans la société (p. 78-114), La Découverte, parle de la jeunesse en ces termes : « la jeunesse se découpe dorénavant en plusieurs phases durant lesquelles les instances de socialisation interviennent de façon plus ou moins intense, tout en voyant leur rôle évoluer au fur et à mesure que les jeunes franchissent les étapes dorénavant déconnectées qui les conduisent vers les statuts adultes. La socialisation de la jeunesse doit donc être considérée sous plusieurs angles à travers les rôles spécifiques qu'y jouent l'école, la famille, la transition professionnelle et, de façon de plus en plus importante, le groupe des pairs. »

Plus loin dans ce même chapitre, il insiste particulièrement sur la socialisation scolaire, qui se prolonge dans les études et leur confère un rôle d'épreuve dans leur construction individuelle : « tous ceux qui ont des doutes sur la valeur de leur certification scolaire peuvent penser que ce doute les atteint personnellement et met en cause leur valeur individuelle et leur place dans la société. La survalorisation scolaire a ainsi pour conséquence, quand elle ne débouche pas sur une pleine réussite académique, d'entamer l'estime de soi et de produire des jeunes frustrés ou résignés. »

L'impact sur la santé mentale de la pression associée aux enjeux scolaires est aussi étudié par Brossard B. « Quand la scolarité dépasse la scolarité. Etude des pratiques d'automutilation au prisme de l'expérience scolaire », *Agora débats/jeunesses*, vol. 55, n° 2, 2010, pp. 35-47.

perdu le rythme. Enfin, je n'arrivais plus à apprendre. Je n'étais plus du tout dans les cours. Alors qu'à la base, j'aime vraiment bien l'école » (Maïssa, 22 ans)

« C'était par des conférences Teams. C'était des cours normaux, juste à distance. C'était assez étrange comme façon d'apprendre. Ça ne vaut pas une salle de classe.

Q : Qu'est-ce qui vous a manqué ?

Le contact, je pense. C'était tout à distance, donc il n'y avait pas ce contact. Par exemple, si on avait une question à la fin des cours, on ne pouvait pas vraiment. Enfin, on pouvait, mais c'était compliqué » (Jade, 22 ans)

« On était 300 dans la promo, donc, à chaque fois, ça beuguait, ça marchait pas. Les cours, les TD, c'était demi-groupe, des demi-groupes. Enfin, c'était n'importe quoi. Et puis, en fait, ils nous donnaient quand même des travaux de groupe à faire, donc, il faut s'organiser à distance avec des gens que tu n'as jamais rencontrés pour travailler et faire un oral sur un logiciel de visio. Enfin, c'était... ouais, c'était mal organisé, c'était pas l'idéal non plus » (Johanna, 24 ans)

Le « distanciel » a eu des effets délétères sur les jeunes : il a participé à les plonger progressivement dans un sentiment de solitude et a accentué leur isolement social. Un clivage apparaît entre les étudiants suivant les cours en distanciel et les autres, ce que l'on ne retrouve pas dans les autres usages des outils numériques.

« [Lucile a fait le choix d'être à 100% en distanciel] Pour le côté pratique puisque du coup comme j'avais le code 'fin le permis plutôt à passer, bah du coup c'était plus pratique. Mais... non c'était galère. Et surtout parce qu'à un moment donné, ben forcément ça commence à déprimer, logique et en plus tous bah ceux qui étaient en distanciel au départ bah on n'avait ni casque ni... tout ce qu'il fallait, donc on n'avait pas de micro, donc on pouvait juste écrire ; souvent le prof il nous oubliait totalement, y'a certains élèves qui disaient « eh mais regardez ils ont écrit un truc... » si ils disaient pas les élèves qu'étaient là-bas sur place, ils nous ignoraient totalement puisqu'ils avaient même pas vu ; souvent ils nous oubliaient pour les devoirs, heureusement qu'il y avait quelques élèves qu'étaient là pour dire qu'il y avait quelqu'un qui avait posé une question ou quoi que ce soit, ou même des fois ils oubliaient nos exercices – donc on peut rien faire » (Lucile, 24 ans)

« Après, c'est vrai que je me souviens d'un sentiment où j'étais énervée contre les gens de ma promo parce que la plupart voulaient qu'on reste... Encore après, on avait le choix, les profs nous avaient demandé si on voulait qu'on continue en distanciel ou revenir en présentiel partiel. Et la plupart, en fait, ils disaient « non, non, on reste en distanciel » parce qu'eux, c'était confortable, ils étaient rentrés chez leurs parents et c'était bien. Mais moi, vu que j'avais un boulot, je ne pouvais pas rentrer chez mes parents, donc, j'étais toute seule toute la journée dans un appartement. Et je me souviens d'avoir un sentiment d'énervement contre les gens, en mode « mais vous ne comprenez pas qu'il y en a, en fait, qui souffrent d'être seuls dans leur appartement, vous ne pensez qu'à vous ; et c'est dur pour certaines personnes. » » (Johanna, 24 ans)



Parmi les 50-64 ans, Philippe rapporte ne pas avoir été mis en difficulté par l'adoption du distanciel dans son travail, expliquant que son entreprise avait commencé à implanter des solutions pour adapter les postes au distanciel avant la crise sanitaire, qui n'a donc pas, sur ce sujet, pris les salariés au dépourvu.

Etienne rapporte au contraire avoir été affecté du fait de l'intérêt qu'il porte à la dimension sociale de son métier, et à cause d'un manque de familiarité avec les modalités du télétravail l'ayant amené à se concentrer sur certaines tâches uniquement par téléphone, ce qui a impliqué une charge de travail plus importante lors du déconfinement.

*« Je suis quelqu'un qui travaille en équipe, qui aime bien avoir des collègues à qui parler, qui aime bien avoir des... En équipe quoi, j'ai toujours été responsable du service, donc avoir des collègues, avoir une équipe, tout seul chez soi, je n'avais pas trop envie, je ne vais pas vous cacher qu'en fin d'après-midi je lâchais prise. »
(Étienne, 62 ans)*

Globalement, l'expérience du distanciel par les 50-64 ans appréhender puisqu'une partie importante de la classe d'âge est retraitée. Les personnes en emploi au moment de l'entretien rapportent néanmoins des ajustements de leur manière de travailler, impliquant un stress additionnel qui n'est cependant pas exclusivement déclencheur des troubles lorsque le travail est identifié comme cause (les problèmes d'ordre professionnel se sont souvent amorcés avant la crise sanitaire, des personnes ont également changé de poste durant la crise). Parmi les personnes en emploi, certaines sont concernées par le distanciel, et rapportent des conditions de travail légèrement à considérablement dégradées (ce qui pour Corinne sera le déclencheur d'une crise avec hospitalisation). Les causes sont diverses : cohabitation mêlant heures de travail⁵⁴ et tâches domestiques plus importantes, manque de matériel informatique à la maison, difficultés de concentration liées au changement des habitudes de travail.

« J'ai eu un ordinateur qui est tombé en panne. Donc, on avait un ordinateur, disons, pour deux, pour ma fille et moi. Donc, on s'organisait avec les horaires, etc. pour se le partager. Une connexion qui n'était pas forcément d'un assez bon débit, donc, c'était parfois un peu compliqué. Mais bon, globalement, ça allait quand même. Après, effectivement, la nouveauté aussi, comment on s'organise, envoyer des messages. Moi, je n'avais jamais fait des cours entièrement par mail, par ce support. Donc, c'était un petit peu compliqué. C'était une charge de travail, d'inquiétude. Voilà. Mais bon, c'est quelque chose qui était encore supportable, disons. » (Inès, 55 ans)

« Mon mari, lui, comme il était sérieux, il travaillait en journée. Les femmes, elles ne sont pas sérieuses, elles ne travaillent pas en journée : elles entretiennent le linge et tout. Et puis, moi, le seul créneau qui me restait pour travailler, c'était le soir ou la nuit. Très bonne idée pour un bipolaire de travailler le soir et la nuit sans dormir. Donc, j'ai commencé à dormir 5 heures, puis 4 heures, puis 3 heures. Puis rien du tout. Alors, ça, ça n'a pas été bon. » (Corinne, 52 ans)

⁵⁴ Ce qui fait écho au résultat de l'enquête Epicov DREES Études et Résultats n° 1233. Santé mentale : une amélioration chez les jeunes en juillet 2021 par rapport à 2020 mais des inégalités sociales persistantes. juin 2022 – que nous avons cité au sujet de la perturbation des rythmes quotidiens p.159 de ce rapport.

VIII. L'après-Covid

1. Déconfinement : une amélioration des symptômes ?

Pour les deux classes d'âge, l'après-crise sanitaire représente une période nouvelle, marquée par la sortie du confinement (et plus généralement d'une temporalité de crise marquée par une forte incertitude), qui n'implique pas une amélioration des troubles pour toutes les personnes.

Il faut préciser que la perception de l'amélioration des troubles est liée en partie à des facteurs sociaux concernant les conditions de vie : liens sociaux, études, emploi ou retraite... Ces facteurs, s'ajoutant aux dispositions sociales à s'approprier le diagnostic et apprendre à connaître les troubles pour les gérer, expliquent que les personnes prêtent, dans les entretiens, une attention variable à l'évolution de leurs troubles. Cela rejoint des représentations du rétablissement en santé mentale que la littérature décrit également comme variées⁵⁵.

La question de la reprise de la vie sociale est importante pour l'ensemble des personnes, mais les 50-64 ans y associent plus fréquemment un regard de long terme, portant sur l'ensemble de la société, concernant l'évolution des liens sociaux et la question des violences intrafamiliales.

Le déconfinement peut aller de pair avec une réduction des symptômes pour certains et ce plus spécifiquement pour les jeunes dont la souffrance psychique est apparue pendant le Covid.

« Nan, je les prenais pendant le premier confinement, pendant qu'on n'avait pas le droit de sortir je les prenais. Après, quand on a commencé à pouvoir ressortir, c'est là que j'ai commencé à diminuer les médicaments. » (Maëlle, 22 ans)

« Là, maintenant ! Ben oui, je récupère toute ma jeunesse parce que ! Enfin ma jeunesse... Je suis pas vieux mais... J'étais en formation de mes 17 ans à mes 19 ans. Du coup cette période-là, ben j'étais, c'était le train, je vais en formation, je rentrais puis le train, je rentrais et c'était juste ça. Du coup bon ben, y'avait pas de fêtes, y'avait rien. Après ça bon ben... il y a eu... un petit moment où je commençais à sortir tout ça. Et là il y a eu le Covid. Du coup je n'ai rien fait de... En gros de mes 17 ans jusqu'à mes... récemment 22 ans quoi ! Parce qu'il y a eu le Covid et tout, je n'ai rien fait. Du coup, là ben on récupère ! [rires] » (Victor, 23 ans)

Parmi les 50-64 ans, la plupart des personnes rapportant une amélioration significative de leurs symptômes ne sont plus en activité, mais à la retraite, ou en arrêt de travail préfigurant la retraite. Ainsi, Marie, qui a souffert d'un burn-out en 2021, lie particulièrement son rétablissement à son passage à la retraite, ce qu'elle compare rétrospectivement à une précédente expérience où le rétablissement n'avait pas pu bénéficier d'un tel changement de conditions de vie.

« quand je n'étais pas bien en 96, je n'avais pas un boulot fixe. Mais, là, c'est comme si vous avez une épée au-dessus de la tête. Même si je pouvais sortir comme je voulais, faire ce que je voulais, vous pensez au boulot, vous pensez aux collègues... Enfin, vous culpabilisez. Depuis septembre où je suis en retraite, c'est une bouffée d'oxygène. Je fais ce que je veux de ma vie. Je me lève quand je veux. Je n'ai de

⁵⁵ on peut citer sur cette question Roelandt Jean-Luc, « 7. De la psychiatrie à la santé mentale, de la guérison au rétablissement », dans : Catherine Déchamp-Le Roux éd., *Santé mentale : guérison et rétablissement. Regards croisés*. Montrouge, JLE Editions, « L'Offre de soins en psychiatrie », 2015, p. 63-77 – en particulier pp.72-74



compte à rendre à pratiquement personne. Franchement, je me sens très bien. Vraiment. » (Marie, 64 ans)

La question du retour au travail se pose aussi pour Patricia, également en arrêt pour burn-out mais un peu moins proche de l'âge de la retraite, qui constate, confirmant l'avis de son psychiatre, que l'amélioration de son état psychique n'est pas suffisante pour permettre de bonnes conditions de travail puisque des problèmes de santé physique subsistent. Le temps précédant la retraite doit donc être repensé par rapport à la situation antérieure aux troubles.

« Oui, ça s'est atténué. Mais, il a fallu un an quand même pour que ça arrive un petit peu à se stabiliser. En réalité, il [le psychiatre] m'arrêtait régulièrement. Après, on est passé en longue maladie. Du coup, là, je suis en congé longue durée. Normalement, c'est pour 3 ans. J'ai revu le psychiatre en mai. Je suis prolongée à nouveau jusqu'au mois de décembre. Ça fera 2 ans au mois de décembre. Là, il me revoit juste pour me faire les prolongations des arrêts, parce que ça va mieux. J'ai repris du sport. Mes cheveux ont repoussé. C'est pour ça que lui il n'est pas pour que je reprenne. Alors, après, il va se poser la question : qu'est-ce que je vais faire ? Parce qu'après, ça veut dire que c'est de l'invalidité en attendant la retraite. » (Patricia, 57 ans)

Ainsi, réduction des symptômes ne signifie toutefois pas leur disparition, ce qui dans le cas des personnes de 50-64 ans peut s'expliquer par le croisement des troubles psychiques et de problèmes de santé physique (qui concernent parfois aussi leur entourage), ce qui est aussi la situation de certains patients atteints de Covid long.

Mais l'extension des souffrances au-delà de la crise sanitaire ne peut être réduite à cette dimension, puisque la plupart des jeunes rencontrés font également face à des souffrances psychiques persistantes, et ce même lorsque celles-ci sont en lien avec la crise sanitaire et les confinements.

« Et du coup, pendant le confinement, ça n'allait pas trop. Et à la sortie, ça allait un petit peu mieux, parce que je revoyais mes amis, ma famille, etc. Donc, du coup, c'était un petit peu mieux. Mais c'est vrai que j'avais toujours un petit peu cette impression d'être enfermée. C'est peut-être bizarre à dire, parce qu'on n'était plus vraiment confinés, on avait le droit de sortir, mais, j'avais toujours l'impression d'être chez moi. Parce que même en dehors du confinement, ça faisait quand même : maison-école, école-maison. Du coup, je n'avais pas vraiment l'impression de vivre comme avant » (Maïssa, 18 ans)

« Moi et mon père, on ne parlait pas beaucoup. Mais je pense que je l'ai vécu un peu mal, sans le savoir. J'étais déjà dans un environnement toxique, puis avec le COVID, ça s'est aggravé. Et aujourd'hui, il y a des répercussions parce que comme ça, je suis un peu triste. Peut-être que j'aurais bien aimé être comme avant » (Jessica, 19 ans)

2. La difficulté à recréer du lien

Lors du troisième déconfinement et de la « sortie » de la crise sanitaire, certains jeunes dont les contacts avec les amis avaient été amenuisés jusqu'alors, ont réinvesti leur réseau amical.

« mes amis un petit peu, après... c'est parce que je les avais un peu... on se voyait pas beaucoup, mais après le Covid, non, c'est reparti, mais c'est parce que, ben après on n'ose pas forcément s'appeler, ou ce genre de choses, des fois. Mais non,

pendant le premier, pas trop, pas trop eu de contact, mais c'était, bah après souvent c'est surtout la famille le premier truc qui revient ; puis après... » (Lucile, 24 ans)

Pour autant, ils et elles sont nombreux à avoir rencontré des difficultés à tisser à nouveau des liens, à entrer en interaction et à reprendre des activités à l'extérieur, après l'épidémie de Covid. Une timidité pré-existante est parfois évoquée et a été renforcée par le manque, voire l'absence, d'interactions durant le Covid, entravant alors la dynamique des liens. Jessica explique avoir développé des problèmes d'élocution du fait de l'absence quasi-totale d'interactions.

« Au niveau social, il n'y a quasiment plus rien. À part mes amis de première année que je vois de temps en temps. Sinon, rencontrer de nouvelles personnes ou même parler avec des gens de mon groupe de TD, ça me dépasse. C'est au-dessus de mes forces d'avoir de nouvelles relations et de connaître de nouvelles personnes. Chose que je faisais facilement avant. Maintenant, je n'y arrive plus du tout. » (Emerline, 23 ans)

« Et... moi pareil, j'avais du mal à me remélanger avec les gens à cause de... après le Covid. Parce que justement à force d'être à distance 'fin... puis en plus de base c'est pas que je suis méchante ou quoi que ce soit, mais j'ai du mal à aller vers les autres puisque je suis très timide à la base. Donc ça a remis en fait, ça a cassé des trucs que j'avais réussi à obtenir d'aller plus vers les autres et tout, ça a tout recassé. J'avais réussi à me rouvrir et tout... » (Lucile, 24 ans)

« Pas vraiment. Pas vraiment. Genre, je crois que je ne suis même pas sorti, je ne suis même pas ressorti après [rires]... [...] Parce que je n'avais personne à voir à l'extérieur, j'étais euh voilà, en restant chez moi, ben... » (Victor, 23 ans)

« Je ne parlais pas trop bien. Je ne sais pas comment expliquer. Ça faisait trois ans que je ne parlais plus à personne. Je parlais avec mon papa, mais ce n'était pas assez. Toute la journée, je ne parlais pas. Et quand je suis arrivée chez ma maman, j'ai eu du mal à retrouver mes mots, à faire une phrase sans bégayer » (Jessica, 19 ans)

Ainsi, de manière générale, les jeunes parlent de la réduction des liens sociaux d'un point de vue individuel, et souvent comme une compétence qu'il leur incombait de développer et qu'ils auraient affaiblie voire perdue à l'issue de la crise (Amsellem-Mainguy et Lardeux, 2022).

3. L'après-Covid des 50-64 ans : un rapport au monde troublé

Du côté des 50-64 ans, il est frappant de constater une certaine méfiance à l'égard des institutions dirigeantes exacerbée par la crise sanitaire. Contrairement aux jeunes, la réduction drastique des liens sociaux occasionnée par la crise semble moins productrice de souffrance toutefois, certaines personnes rapportent une vision durablement altérée suite au Covid-19, en particulier concernant la vie sociale.

Si comme les 18-24 ans, certains enquêtés rapportent des difficultés à renouer des contacts sociaux après la crise, il est intéressant de constater que les deux personnes citées ci-dessous insistent spontanément sur cette dimension, en adoptant une approche généralisante de la question, qui réapparaît à des moments distincts de l'entretien. De leur point de vue, la crise a été pour la société



un élément déclencheur, ou du moins amplificateur, d'un repli identitaire, de la transformation de représentations et de pratiques individuelles, qui constitueraient de leur point de vue une évolution délétère.

« Avant, [des amis] j'en avais beaucoup plus. C'était, comme moi, des grands bringueurs. Aujourd'hui, ils préfèrent rester chez eux. Encore une fois, il y a ce processus d'isolement, de repli sur soi. Je vais vous donner un exemple très simple. J'aime beaucoup aller dans les PMU [...] Aujourd'hui, au bout de 10 minutes, ça me fait chier, parce que je ne supporte plus, parce que les discussions ne sont pas intéressantes, parce qu'il y a quand même très peu de gens qui sont intéressants, parce que tout le monde condamne l'autre. Mais il y a encore 4 ans, il n'y avait pas ça. [...] on ne va plus dans les endroits où nous adorions aller. Par exemple, dans les PMU, mais dans les soirées, se faire un casino à XXX, se faire un restaurant... On n'y va quasiment plus, parce que c'est plus intéressant, parce qu'on sait qu'on va se confronter à des humains qui ne sont pas forcément de bonne compagnie, parce qu'on est tout de suite dans le clivage, dans la fracture sociale, sociétale. Les revendications : c'est les écolos contre les chasseurs, les féministes contre les masculinistes, le gentil contre le méchant. C'est insupportable. C'est la guerre partout, à tous les étages... » (Jérôme, 46 ans)

« j'insiste, c'est le contexte sociétal. Par contre, ça, ce n'est toujours pas parti à l'heure où je vous parle. Encore une fois ce sont des fractures entre les gens, tous ces faits divers, qui deviennent d'un banal affligeant avec cette espèce de fatalisme devant des choses qui devraient nous révolter. Réveillez-vous un peu. » (Jérôme, 46 ans)

« Mais je serais tentée de dire qu'aujourd'hui, ça dévie plutôt sur le monde aujourd'hui. Et puis, les gens ont changé, c'est d'un égoïsme. Et puis, tous ces écrans, les gens ne se parlent plus. Je n'arrête pas de dire, « mais arrêtez, arrêtez. Vous êtes au resto, vous avez vos trucs. Pourquoi vous y allez ? » On emmène les gosses quelque part, on se balade, on a le portable à la main, on s'occupe même pas des gosses. Moi, je ne peux plus. Je n'en peux plus » (Nadège, 67 ans)

« comme on disait un jour avec des bénévoles, en fait... À la suite du Covid, chacun s'est réinventé une vie, a repris des marques différentes. Et ils ne les quitteront pas, comme si c'était un confort, de peur que ça arrive à nouveau. Donc, on va... Comme ça, ça nous va bien. Parce que là, du coup, on avait perdu des marques, on en a retrouvé des nouvelles, on va les garder. Et ils ont du mal à s'en sortir. Je vois ça, moi. Et ça a été évoqué parfois entre nous. Chacun fait son truc, quand il rentre chez lui, voilà » (Nadège, 67 ans)

Pour Jérôme et Nadège, la crise sanitaire lie symboliquement l'expérience individuelle de la difficulté à rétablir les liens sociaux et des évolutions sociales et culturelles de long terme (concernant les discours et l'engagement/les solidarités pour Jérôme, l'« égoïsme » et la consommations d'écrans pour Nadège). Si cette attitude évoque l'« effritement des supports sociaux » comme facteur de souffrance psychosociale⁵⁶, elle peut être expliquée plus précisément par une prise de conscience et un positionnement sur ce que Lise Demailly nomme « des mutations spécifiques du régime symbolique,

⁵⁶ que nous citons dans notre partie 1. II. Origine des souffrances, p.100, présentée par Demailly, 2011 (Ch. 2 Les dimensions sociales du trouble mental) en ces termes : « absence des relations humaines qui font que l'on peut se sentir appartenir à l'humanité ou à un groupe humain, isolement, anomie, rupture des civilités, abandon ».

modifiant les conditions sociétales du malheur psychique », qui s'incarnent principalement dans trois tendances « les modifications des institutions centrales du vivre-ensemble », « les modifications du langage », « la valeur dominante de l'efficacité »⁵⁷.

Un autre aspect propre aux personnes de 50-64 ans, qui symbolise la difficulté du « retour à la normale » est qu'ils rapportent une persistance de l'intégration des mesures de distanciation sociale dans leur quotidien (salutations, port du masque, altération de la fréquentation des transports en commun), pour se protéger, soi ou un membre du foyer, des patients, etc.

Or cette altération des pratiques est vécue de manière diverse : pour certains, elle ne semble pas avoir de lien avec la santé mentale ou est pleinement expliquée par la prise en compte des pics viraux saisonniers ; mais pour d'autres au contraire, le maintien de la distanciation sociale est associé à une persistance des troubles psychiques. Cette situation concerne principalement Catherine et Philippe, et dans une moindre mesure Inès – pour qui elle s'ajoute à d'autres symptômes plus prégnants.

« Le métro, bondé le soir, ce n'est pas non plus ma tasse de thé. Donc, là, le Covid n'a rien arrangé, mais j'avais déjà une prédisposition. Maintenant, la différence, c'est que je mets le masque au milieu de tout ce monde quoi. Et ça m'arrive, pour vous donner l'exemple avec le métro, ça m'arrive de descendre d'une rame quand elle devient trop bondée. Et j'attends le suivant.

Q : Ce que vous ne faisiez pas avant la crise sanitaire ?

Non. Non, non. » (Philippe, 63 ans)

L'exemple de Catherine est intéressant : psychanalyste, elle associe le contexte sanitaire et sa propre anxiété à la période où elle a porté le masque, soit jusqu'en 2023, période dépassant de plus d'un an la délimitation de la crise sanitaire que nous avons admise dans cette étude. Elle explique qu'elle questionne ce port qu'elle intègre encore à sa pratique professionnelle, sans l'imposer à ses patients, dans les périodes favorables aux infections microbiennes – et ce précisément parce que, sa spécialité étant moins liée à la santé physique, ce geste barrière serait moins nécessaire d'un point de vue médical.

« J'ai mis mon masque pendant 3 ans. Donc, vous voyez, moi, le repère, c'est le masque. De 2020 à 2023, j'ai tout le temps consulté avec un masque. Même si, voilà, je n'obligeais pas les patients. À partir du moment où ça a plus été vraiment obligatoire, j'ai pas obligé les patients à en mettre un. [...] C'est quand même connecté à de l'anxiété, sinon, vous ne mettez pas un masque pour... Vous voyez ? C'est parce que vous avez peur d'attraper un truc. [...] C'est pas plus rationnel que ça quand on est... Quand on est soignant aussi, enfin, pour la santé mentale, un soignant physique, vous voyez, avec une pathologie, des risques de bactéries, machin, de transmission, comme des infections nosocomiales, oui, c'est plus – ça paraît plus understandable. Quand on fait un métier avec des éléments qui sont moins tangibles, moins... Ça ne va pas de soi de mettre un masque, hein. » (Catherine, 61 ans)

En outre, le port du masque peut dans une certaine mesure contribuer à l'isolement social dans des situations où les personnes tentent précisément de le modérer. C'est particulièrement le cas dans un contexte post-Covid où la majorité des personnes ne s'attendent plus à le voir, voire y associent un contenu moral négatif, le jugeant opposé au retour à la normale dont ils se réjouissent et face auquel le masque fait tache.

⁵⁷ Demailly, 2011, p.47 (Ch. 2 Les dimensions sociales du trouble mental)



« Les médecins me rient encore au début dans les hôpitaux disant « pourquoi vous portez un masque ? », hum du coup enfin... [...] Je me suis fait agresser une fois au théâtre, j'avais un masque au théâtre, il y a des gens qui m'ont regardé qui ont dit, « ben pourquoi vous avez un masque – j'ai quelqu'un à protéger » mais enfin, j'ai des remarques comme ça encore. » (Inès, 55 ans)

D'autres éléments apparaissent dans les discours des personnes de 50-64 ans au sujet de l'après-Covid : des préoccupations exprimant leurs valeurs personnelles, dans les registres éthique, politique, citoyen concernant d'autres qu'eux-mêmes, des personnes dont elles entrevoient les souffrances psychiques causées par la crise sanitaire, s'étendant dans une temporalité ultérieure à celle-ci, et donc potentiellement hors de l'attention des médias et autres institutions politiques. Ainsi, certains profils « Covid long » s'interrogent sur la prise en compte de leur maladie, en reliant plus ou moins implicitement l'après-Covid à leur propre expérience de la difficulté à faire reconnaître la forme longue de l'affection virale durant la crise.

« En fait, je pense qu'à un moment, dans le Covid long, il va y avoir vraiment un tsunami de gens qui vont se foutre en l'air. Parce qu'ils n'auront pas été pris en charge. Et ça va être mis sous le tapis. Pour moi, c'est une injustice. » (Arnaud, 45 ans)

Ici, c'est bien d'invisibilisation des souffrances, notamment de souffrances psychiques, qu'il est question. Dans une attitude similaire à celle de Nadège et Jérôme au sujet de l'évolution des sociabilités, la société post-Covid est représentée comme suffisamment proche pour que certains de ses traits soient d'ores et déjà descriptibles, constituant un impensé « sociétal » menaçant la santé psychique d'autrui. Un autre thème des représentations exprimées sur l'impact de long terme de la crise est le sujet des violences intrafamiliales⁵⁸.

« Les conséquences du confinement, on va les payer pendant 10, 15, 20 ans. Il y a des enfants qui ne s'en remettent pas. Il y a des enfants qui ont été abusés. Il y a des enfants qui ont été battus. Il y a des femmes qui ont été battues. [...] moi, je les ai lues, les tribunes dans Le Monde, hein : il y a des enfants qui ont été hyper violentés, qui ont été... Vous savez, les bas instincts, ils existent. La libido, elle n'était pas assoupie. Déjà, il y a trois enfants sur trente qui sont abusés par classe. Là, on a enfermé des enfants. On leur a pas permis d'aller à l'école. On les a laissés avec leurs bourreaux, vous voyez » (Corinne, 52 ans)

« Après, moi, je pense qu'il y a des gens qui vont passer complètement à la trappe, mais qui ressurgiront dans des années. Je vous dis, pour l'avoir vu en tant que prof, c'est toutes les petites jeunes filles qu'on a retrouvées qui avaient été victimes d'inceste pendant le Covid long. Et il y en a eu, il y en a eu beaucoup. Nous, on en a récupéré pas mal au collège, entre un grand frère ou le beau-père ou je ne sais qui – enfin bref, quand ils étaient enfermés. Et ça, vous ne les voyez pas encore, mais vous les aurez dans des années. Et c'est clairement lié au confinement. [...] Puis tous ceux qu'on n'a pas su, plus voilà. Ça, il y en a eu. Ça ressurgira, ça ressurgira dans

⁵⁸ Les trois personnes, Corinne, Inès et Marie sont des mères. Une seule d'entre elles rapporte avoir connu des violences au sein de sa famille (violence physique du père), la sensibilisation à la question des violences intrafamiliales n'apparaît pas nécessairement liée à une expérience directe de celles-ci – bien qu'on puisse aussi s'interroger sur la possibilité qu'elles soient sous-déclarées au sein de nos entretiens.

des années. Là elles sont pas en traitement pour l'instant. Ça, c'est clair. » (Inès, 55 ans)

Là aussi, Corinne et Inès insistent sur l'invisibilité de violences vouées à provoquer des souffrances psychiques à moyen et long terme. Dans ces cas comme sur le sujet du Covid long, on peut se demander si ce positionnement éthique des personnes ayant traversé des souffrances psychiques n'est pas le reflet de leur propre expérience, où l'isolement produit par le confinement s'est vu augmenté de celui produit par leurs souffrances (dans un contexte de confusion médiatique et de défiance envers les institutions), ayant ainsi favorisé une plus grande sensibilité à l'invisibilisation de la souffrance d'autrui. Un autre aspect de ces discours, que nous relevons parce qu'ils sont spontanément sortis de la conception initiale de nos grilles d'entretiens⁵⁹ est *a contrario* qu'ils pourraient refléter une dimension de leur rétablissement, la possibilité de produire un discours au-delà de sa propre situation étant un signe possible du retour de la puissance d'agir, d'une forme d'autonomie subjective. Dans cette conception, la souffrance psychique est un moment de crise de cette puissance et de crise des liens entre l'individu et la société, tandis que l'expression éthique est une réaffirmation possible de cette puissance, une reconstitution potentielle de ces liens⁶⁰.

⁵⁹ Les deux questions, volontairement ouvertes, qui ont pu susciter de tels propos sont relativement éloignées d'une telle expression : « Comment vous sentez-vous aujourd'hui ? » et « Rétrospectivement, qu'est-ce qui, selon vous, aurait pu permettre d'éviter cette situation de mal-être psychique ? »

⁶⁰ Nous pensons ici à la notion d'« *empowerment* » qui fait partie intégrante des discussions internes du champ psychiatrique contemporain, notamment sous l'impulsion de l'OMS, faisant du malade un acteur du soin, apte à s'engager pour son propre parcours et en faveur d'autrui, par la pair-aidance et plus largement la capacité d'agir sur les politiques du soin. Dominique Peljak cite par exemple « la déclaration du 9 novembre 2010 sur l'empowerment des usagers en santé mentale [qui] propose des actions selon cinq idées-clés : la protection des droits de l'homme et la lutte contre la discrimination et la stigmatisation ; l'assurance de la délivrance de soins de qualité et la surveillance des pratiques des services ; l'accessibilité à l'information et aux ressources financières ; la participation aux processus de décision ; la présence d'une organisation locale qui offre la possibilité d'avoir une voix dans les institutions et de gouverner les structures », Peljak, D. (2016). *Empowerment en santé mentale : pour une évolution du droit sanitaire français*. *Revue française des affaires sociales*, (2), 75-88. Considérant que la conception de la santé de l'OMS implique le « bien-être [...] social », le pouvoir d'agir des personnes souffrant de troubles psychiques peut également concerner d'autres champs, au-delà de la seule organisation des soins. Une conception de la santé comme inclusion de la personne garantissant sa capacité à produire sa propre vision des normes qui encadrent sa vie, soit des normes sociales, n'est pas étrangère à la philosophie du soin, comme le montre Céline Lefève au sujet de la pensée de Georges Canguilhem : « la thérapeutique comprend la restauration de la normativité sociale du sujet, elle le réinscrit dans des relations que la maladie avait altérées ou défaites. La philosophie du soin souligne que cette inclusion permet la création de nouvelles relations d'accompagnement et d'individuation. La santé selon Canguilhem consiste dans la capacité du sujet d'instituer ses normes de vie, au plan physiologique comme aux plans psychologique et social, au lieu de se conformer à des normes imposées. L'homme sain est celui « qui vit sa vérité d'existence dans la liberté relative de ses choix [G. CANGUILHEM, « La santé : concept vulgaire et question philosophique », *Cahiers du séminaire de philosophie*, 1988] ». La thérapeutique vise la restauration – ou l'instauration – de normes de vie dont le patient se sent le sujet, qu'il éprouve et évalue par lui-même et pour lui-même comme normales. », Lefève, C. (2014), *De la philosophie de la médecine de Georges Canguilhem à la philosophie du soin médical*. *Revue de métaphysique et de morale*, N° 82(2), 197-221



Synthèse des résultats qualitatifs

Pour les deux classes d'âge étudiées dans cette approche qualitative, la crise sanitaire a constitué un moment inédit de déclenchement ou d'intensification des troubles psychiques. Un tel constat s'inscrit cependant dans une variété marquée des conditions de vie individuelles représentées dans nos entretiens, et des situations regroupées dans le terme « troubles psychiques ». Aussi ce sont à la fois des expériences similaires et contrastées que nous avons analysées, tant du point de vue de la comparaison des deux classes d'âge qu'au sein de chacune d'entre elles.

Les souffrances sont apparues à divers moments : dès le premier confinement pour certains, et pour d'autres à des moments ultérieurs de la crise sanitaire, ce qui atteste du caractère diffus de son influence, ainsi que de l'importance des nombreux autres déterminants. Si cet aspect n'est pas forcément mis en avant par tous les témoignages, dans de nombreux cas les souffrances vécues durant la crise sont le prolongement d'expériences antérieures, ou du moins celles-ci constituent un repère permettant de mieux décrire et de mieux connaître les souffrances récentes. L'importante représentation des personnes ayant des antécédents de troubles psychiques parmi les plus âgés suggère que ces antécédents pourraient être un facteur favorisant l'apparition de nouveaux troubles – à moins qu'il ne s'agisse que d'un facteur favorisant l'intérêt porté aux questions de santé mentale, soit un biais de recrutement.

Les causes identifiées du déclenchement des troubles sont l'isolement, produit notamment par le confinement, l'appréhension causée par le virus et la situation de crise, et l'altération souvent négative des conditions de travail et d'études. Sur ce point, il faut cependant préciser que des indices d'une influence négative sur la santé mentale du travail préalablement à la crise sont assez apparents chez les plus âgés.

Il est frappant de constater des tendances assez comparables entre les classes d'âge concernant l'expression des troubles psychiques rencontrés. Le vocabulaire des professionnels de la santé mentale est présent même s'il n'est pas approprié uniformément ; plus généralement, le diagnostic permet une compréhension et une acceptation des troubles, il est même porteur d'une certaine légitimité, c'est-à-dire qu'il est en jeu de la reconnaissance sociale de la situation des personnes en souffrance, souvent nouvelle et peu associée à des représentations positives. Une autre tendance partagée réside dans une mise à distance, voire une euphémisation des troubles rencontrés, qui peuvent être également (mais pas exclusivement) reliées à la dimension sociale du parcours des personnes.

Les gestes auto-infligés sont présents chez une minorité d'enquêtés ; ils participent généralement à une prise de conscience de la gravité des troubles rencontrés. Néanmoins il apparaît, au regard des témoignages des plus âgés, que des expériences préalables ne sont pas un frein systématique à ces gestes.

Les représentations associées à la prise en charge en santé mentale semblent plus contrastées entre les classes d'âge, ce qui peut, là aussi, s'expliquer par des effets de socialisations plus complexes et marquées par l'expérience chez les plus âgés. En effet, l'appréhension vis-à-vis de cette prise en charge semble plus marquée chez les plus jeunes, alors que les 50-64 ans semblent présenter un regard plus détaché – ou du moins, moins confier leurs appréhensions à ce sujet s'ils en ont, puisqu'une minorité s'est néanmoins volontairement mise à l'écart des professionnels du soin. Si les représentations négatives pourraient être associées à des expériences négatives au contact de ces derniers, il semblerait que pour les deux classes d'âge, elles n'aient pas empêché la prise en charge, face à des troubles importants.

La discontinuité des prises en charge semble également au moins en partie corrélée à l'âge : les plus jeunes ont connu, pour ceux dont les troubles précédaient la crise sanitaire, plus de difficultés à assurer un suivi continu, et ceux dont les troubles se sont déclarés durant la crise ont été plus nombreux à ne pas consulter ou à consulter à son issue. À l'inverse, les plus âgés se divisent plus nettement entre ceux

n'ayant pas consulté et ceux qui ont été suivis. On remarque néanmoins des discontinuités dans deux cas d'hospitalisation, ce qui s'explique en partie par les difficultés rencontrées par les établissements de soin durant la crise.

Un effet, lié aux spécialités des professionnels sollicités, semble également observable parmi les jeunes : ceux dont les troubles sont apparus pendant la crise n'ont pas sollicité de psychiatres, ce qui est peut-être lié à des représentations plus négatives associées à cette spécialité. Dans l'ensemble, les médecins généralistes, les psychologues et les psychiatres ont été sollicités, mais les jeunes semblent moins concernés par des suivis longs, ce qui s'explique notamment par un accès aux soins conditionné par les moyens financiers – ce qu'on retrouve aussi chez une minorité des 50-64 ans. Ces derniers semblent plus enclins à consulter des praticiens de médecines complémentaires ou alternatives, ces consultations étant souvent associées à des problèmes de santé physique. On doit mentionner que ces recours, plus onéreux, sont conditionnés par les ressources financières des personnes.

La médication, en réponse aux troubles, est assez répandue, mais ses effets ne sont pas toujours immédiats ou efficaces : chez les plus âgés on remarque l'importance de la recherche du bon traitement, des problèmes suscités par l'évolution du traitement sont également cités. Les plus jeunes font montre d'une appréhension liée au caractère plus fréquemment nouveau de la prise de médicaments – les plus âgés présentent une attitude là aussi plus « clivée », mais ceux qui rejettent totalement les médicaments restent cependant minoritaires.

L'hospitalisation semble vécue différemment selon la classe d'âge, mais comme elle reste rare à l'échelle de nos entretiens, ces différences pourraient être fortuites. Les jeunes ont davantage eu recours aux urgences psychiatriques, et leur hospitalisation semble être l'amorce d'un suivi plus attentif de leurs troubles ; les 50-64 ans rapportent plus fréquemment des expériences négatives dans ce contexte.

Les ressources sollicitées par l'ensemble des personnes interrogées sont similaires : la famille et l'entourage proche sont une ressource importante, quoique parfois d'une aide inégale ; on remarque que les troubles sont plus souvent acceptés et accompagnés lorsqu'ils se sont manifestés sur un plus long terme. Ce sont en particulier les plus jeunes qui semblent faire plus fréquemment l'expérience des situations les plus difficiles au sein de leur foyer, les 18-24 ans devant bien plus souvent composer avec l'autorité parentale (dans leur rapport au soin, à la scolarité, voire à leur propre parentalité). Les jeunes citent également davantage des travailleurs sociaux, les missions locales comme ressources mobilisées, alors que les plus âgés citent moins fréquemment des personnes plus distantes de leur entourage proche.

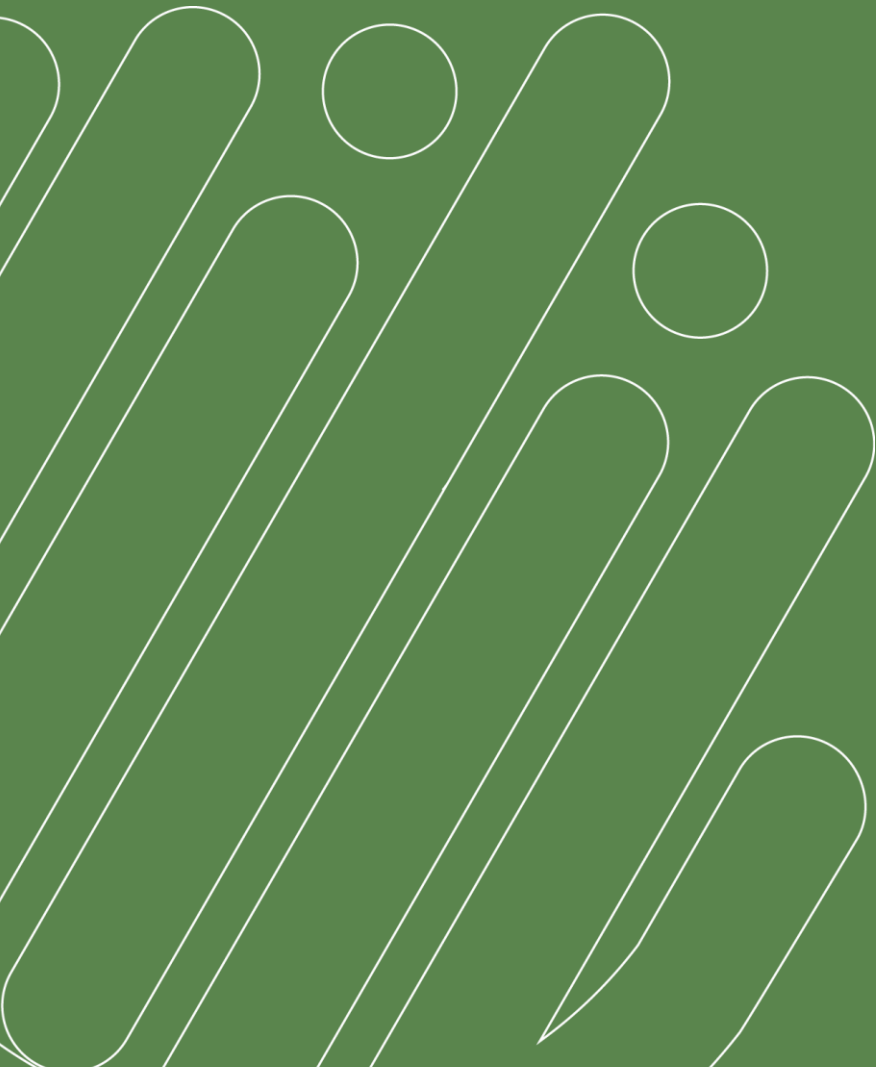
Le numérique est plus important pour les jeunes, il a été un outil ressource pour maintenir des liens sociaux, ce qui est semble-t-il moins le cas pour les plus âgés, qui parfois manifestent explicitement avoir pris leurs distances vis-à-vis de ces outils du fait même de la crise sanitaire et du rapport à l'information qu'elle a induit. Le distanciel a impliqué des ajustements dans les quotidiens de l'ensemble des personnes concernées par ce mode de travail, mais ces conséquences semblent plus fréquemment affecter négativement les plus jeunes. Le caractère changeant et incertain des nouvelles modalités d'enseignement a pu renforcer dans certains cas, ou a été le déclencheur de souffrances.

Si le confinement a pu être vécu de manières assez différenciées pour l'ensemble des personnes interrogées, notamment le premier confinement qui a pu être vécu positivement, au moins en partie ; il est inévitablement associé à l'isolement et à la diminution des contacts sociaux, qui parfois persistent après la crise, comme une partie des troubles. Le confinement a généralement un effet ambivalent : chez les jeunes il protège d'interactions sociales parfois angoissantes, et chez les plus âgés, du risque de contamination, mais dans la durée il devient un enfermement qui marque durablement l'esprit et la vie quotidienne. Les plus âgés semblent davantage insister sur la permanence d'une vision du monde rendue plus négative à l'occasion de la crise ; vision plus centrée sur l'expérience individuelle directe chez les jeunes, qui semblent assez inquiets d'avoir vu se réduire leurs dispositions à l'interaction sociale. Dans l'ensemble, les médias ont été perçus comme une



influence anxiogène, et leur consommation, devenue excessive, a suscité des démarches de limitation. Les jeunes insistent davantage sur l'incertitude et la perte de mémoire et de repères temporels, tandis que les plus âgés pointent plus fréquemment l'importance des gestes barrières, dont l'application s'étend au-delà de la crise.

Conclusion



La crise sanitaire du Covid-19 et les différentes périodes de confinement ont modifié l'épidémiologie de la santé mentale et bouleversé l'organisation des soins en psychiatrie, déjà complexes en temps normal : diversité des acteurs de la prise en charge, répartition inégale sur le territoire national, hétérogénéité des trajectoires de soins selon les patients, leur(s) pathologie(s), leur lieu de résidence, etc.

Dans le champ de la psychiatrie plus spécifiquement, la cellule de crise nationale de psychiatrie, mise en place au début de la période de confinement, alertait sur les conséquences psychologiques susceptibles de toucher non seulement des personnes fragiles déjà connues des services de psychiatrie, mais aussi de nouveaux patients en situation de souffrance psychique en raison de l'impact du confinement.

Partant de ces constats, la présente étude s'est donnée pour objectifs d'interroger particulièrement deux points :

- En quoi la période d'urgence sanitaire a provoqué des modifications dans les prises en charge des patients ?
- Les caractéristiques des patients présentant, au cours de la crise sanitaire et/ou avant celle-ci, des problèmes de santé mentale ont-elles évolué ?

Pour répondre à ces objectifs, nous avons axé nos analyses quantitatives et qualitatives sur deux tranches d'âges, 18-24 ans et 50-64 ans, à la suite d'une phase d'exploration des données du Système National des Données de Santé (SNDS) ayant souligné la particularité de ces profils. En effet, les 50-64 ans ont le niveau de recours aux soins le plus élevé de l'ensemble, et les 18-24 ans se distinguent par le plus fort recours à l'hospitalisation.

Nous avons par la suite scindé ces deux classes d'âge en deux sous-groupes :

- Ceux présentant des antécédents de prises en charge en santé mentale survenus avant l'épisode d'urgence sanitaire lié au Covid-19 et sa gestion ;
- Ceux ayant consulté pour la première fois dans le courant des différents confinements.

La partie quantitative, à partir des chiffres du SNDS, a caractérisé les parcours grâce aux données d'hospitalisation, de recours aux professionnels de santé libéraux (médecins généralistes et psychiatres) et de la consommation de psychotropes. Ces éléments des parcours de soin sont des étapes médicales saillantes de la prise en charge ; ainsi la consommation de psychotropes, exemple le plus important quantitativement, concerne au moins 93 % des personnes et au plus 99 %.

Toutefois, cette analyse quantitative occulte d'autres éléments des parcours, notamment les recours aux psychologues ou encore à d'autres professionnels (psychanalystes, sophrologues, etc.), mais également les ressources « profanes » mobilisées par les personnes.

L'analyse qualitative s'est alors attachée à explorer certains angles morts des parcours des personnes en lien avec leur santé mentale que l'analyse quantitative n'a pas pu mettre en lumière.

Nous nous sommes intéressés aux différents épisodes de mal-être identifiés par les personnes mais aussi aux symptômes associés à ceux-ci, au sens qu'ils donnent aux souffrances, aux ressources profanes et/ou professionnelles qu'ils mobilisent, à leurs représentations de la santé mentale et bien sûr à l'impact des confinements et plus globalement de la crise sanitaire sur l'apparition des troubles, leur réactivation et leurs prises en charge.

À l'issue de la partie qualitative, pour laquelle les entretiens se sont déroulés de mars 2022 à mars 2024, nous pouvons ajouter aux deux points définis plus haut une troisième interrogation : comment la prise en charge des patients, et plus généralement leurs conditions de vie ont-elles évolué depuis la fin des confinements ?

Les résultats saillants, présentés dans les synthèses de chaque partie, quantitative et qualitative, ne sont pas ici repris. Il s'agit plutôt de réaliser une mise en lien de ces deux analyses, d'en proposer une lecture située dans le contexte des objectifs de l'étude et d'en extraire des éléments de réflexion. La temporalité du recours aux soins est difficile à observer d'une manière précise dans les entretiens mais certains éléments des parcours des enquêtés peuvent être mis en perspective avec les résultats de l'enquête quantitative.

Tendances concernant l'ensemble de la population d'enquête

Points saillants de la temporalité des recours aux soins

Les tendances mises en évidence par l'analyse quantitative témoignent d'une augmentation des consommations relevant de pathologies ou de prescriptions liées à la santé mentale jusqu'en 2019, après cette date, on observe une diminution globale pour les deux classes d'âge.

Indépendamment de l'âge, les données analysées révèlent un pic de prescriptions de psychotropes pendant le premier confinement, une chute des hospitalisations (en psychiatrie et en médecine, chirurgie et obstétrique) ainsi qu'une chute des recours aux psychiatres libéraux.

Concernant les hospitalisations en Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO) pour diagnostics psychiatriques et tentatives de suicide, les données quantitatives montrent que le recours a été très impacté par les fermetures de lits, en lien avec la crise, pour les deux classes d'âge et particulièrement pour les plus âgés.

Aussi la perception des personnes concernant la discontinuité des soins a pu être d'autant plus exacerbée qu'elle était intensifiée par le contexte. En pratique, cette discontinuité implique par exemple qu'à la sortie d'une hospitalisation, ce sont souvent les patients ou leur famille qui doivent trouver un accompagnement social et parfois médical. Cette difficulté est rendue plus prégnante par le fait que la transmission d'informations entre le secteur sanitaire et le secteur social est insuffisante, cette défaillance étant dénoncée de longue date par les associations d'usagers en santé mentale (Demailly, 2011).

Face au contraste entre le pic des prescriptions de psychotropes et la chute des hospitalisations et consultations de psychiatres libéraux que donne à voir la partie quantitative de l'étude, il semble que les personnes ayant des antécédents de prise en charge ont pu, durant le premier confinement, compter davantage sur leurs traitements médicamenteux et quoi qu'il en soit, ont moins eu recours aux hospitalisations.



Des expériences contrastées des mesures sanitaires

Pour une partie des enquêtés ayant participé aux entretiens, le premier confinement a parfois été vécu, d'abord, comme un temps de pause salubre donnant l'opportunité de se réaliser autrement, en particulier pour les 18-24 ans. Pour d'autres et plus particulièrement pour les 50-64 ans, c'est l'enfermement et le caractère extrêmement restrictif du confinement qui vont être associés aux souffrances mentales. D'une façon générale, les entretiens montrent que si le premier confinement a contribué à l'apparition des souffrances ou à leur aggravation, c'est surtout l'accumulation des restrictions et l'étiement de celles-ci dans le temps ainsi que leur caractère incertain qui sont mis en avant dans les discours.

Plutôt qu'un pic localisé autour du premier confinement, la tendance observable via les données quantitatives est, pour les patients ayant des antécédents de prise en charge, une relative stabilité des recours aux soins entre 2020 et 2021, et dans le cas des nouveaux patients, un pic fin 2020 qui se stabilise ensuite.

Des recours différenciés par la classe d'âge.

D'une manière globale, les jeunes sont en proportion davantage concernés par les hospitalisations et ce, peu importe la temporalité d'apparition de leurs troubles. Au cours des entretiens, plusieurs enquêtés de 18-24 ans rapportent avoir eu recours aux urgences psychiatriques, ce qui n'est le cas que d'une seule personne de l'autre classe d'âge. Les personnes de 50-64 ans sont davantage consommatrices de psychotropes, qu'elles aient des antécédents ou non – on constate notamment que le pic de prescriptions lors du premier confinement les concerne davantage que les 18-24 ans.

Si des appréhensions autour de la mise en place des traitements médicamenteux sont mises en avant durant les entretiens des deux classes d'âges, une certaine familiarité avec ceux-ci semble plus fréquente parmi les 50-64 ans, même si certains jeunes dont les troubles sont antérieurs au Covid-19 présentent parfois les mêmes expériences que les plus âgés en termes de traitements associant antidépresseurs et anxiolytiques. Le traitement médicamenteux se traduit parfois par un travail d'équilibrage (Strauss et *al.* 1982), en lien avec le professionnel (ou non), dans le but de trouver les « bons » dosages, la « bonne » molécule, tout en tentant d'en limiter les effets indésirables.

Dans l'ensemble, les prises en charge décrites dans l'enquête qualitative impliquent divers professionnels de santé, parfois plusieurs d'entre eux sont consultés en parallèle. En plus des psychologues et des psychiatres, professionnels les plus souvent évoqués dans les entretiens avec les médecins traitants, certains ont également recours aux médecines complémentaires pour des problèmes somatiques initialement (sophrologie, ostéopathie, acupuncture).

Gestes auto-infligés et comportements à risque

Certaines trajectoires sont parfois scandées par des idées suicidaires et des gestes auto-infligés, et ce, parmi les deux classes d'âge. Néanmoins, l'impact négatif d'un suicide sur les proches et plus spécifiquement sur les enfants, constitue, dans les discours, un garde-fou au passage à l'acte.

Il est intéressant de noter que les 18-24 ans ayant des antécédents de souffrance psychique relatent davantage de gestes auto-infligés et de passages à l'acte que les « nouveaux » patients. Parmi les jeunes dont les souffrances sont apparues pendant la crise sanitaire, seule une jeune a eu des pensées suicidaires en lien avec l'isolement social et la séparation physique avec ses proches.

Par ailleurs, l'analyse des entretiens met en lumière l'évolution de certains comportements durant le confinement, tels que l'augmentation du temps passé sur des écrans, des troubles alimentaires et du sommeil, ainsi qu'une augmentation des comportements addictifs (consommation de tabac). L'évolution de ces comportements concerne davantage les jeunes du corpus mais se rencontre également chez quelques enquêtés de 50-64 ans. Ces comportements peuvent être tout à la fois la conséquence des souffrances ou bien, en particulier concernant l'usage des écrans et l'altération du sommeil, des éléments causaux de celles-ci favorisés par le confinement.

Chez les « anciens » patients présentant des problèmes de santé mentale

Si les personnes ayant des antécédents de prise en charge sont plus nombreuses dans l'enquête qualitative parmi les deux classes d'âge, elles le sont davantage parmi les 50-64 ans issus de l'étude quantitative.

Lien entre antécédents et troubles vécus durant la crise.

Les entretiens compréhensifs réalisés avec les personnes ayant fait l'expérience d'épisodes de souffrance mentale en amont de la crise sanitaire montrent des prises en charge plutôt discontinues, fragmentées, en pointillés et rythmées par des périodes d'amélioration ou d'aggravation des symptômes, de changement de professionnels, de déménagement, etc. Toutes les personnes avec antécédents ont, à un moment ou un autre de leur parcours, sollicité ou rencontré un ou plusieurs professionnels de santé mentale. Toutefois, chez les 18-24 ans, il est intéressant de noter que les épisodes de mal-être remontent parfois très tôt, durant l'enfance.

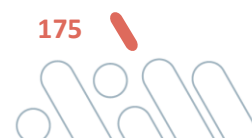
Dans une minorité de cas, la crise sanitaire n'a pas aggravé ni réactivé de symptômes ; dans d'autres, au contraire, certains troubles ont pu réapparaître et ont nécessité une prise en charge durant l'épidémie. Le contexte de crise sanitaire a parfois entravé certaines prises en charge : malgré une résurgence des souffrances, liée à l'épidémie, certains enquêtés n'ont pas consulté de professionnel en 2020-2021.

Temporalités des recours aux soins

Concernant les personnes ayant eu des prises en charge antérieures au premier confinement, quel que soit leur âge, les résultats quantitatifs diffèrent : leurs consommations de soins en santé mentale n'ont pas augmenté pendant les périodes de confinement, au contraire, elles ont diminué si l'on considère l'ensemble des individus. Pour les deux classes d'âges étudiées, le pic de consommations de soins est d'ailleurs observé en amont de la crise sanitaire, en 2019.

Les données chiffrées soulignent toutefois quelques situations pour lesquelles une augmentation du recours aux psychiatres et aux hospitalisations a eu lieu mais elles demeurent minoritaires à l'échelle de l'effectif total étudié.

On observe par ailleurs une augmentation de la durée des hospitalisations en psychiatrie pour les deux classes d'âges ayant des antécédents de prise en charge entre les périodes « avant Covid », « pendant Covid » et 2021 – à l'exception d'un seul sous-groupe des 18-24 ans, caractérisé par de forts recours avant la crise, dont la durée d'hospitalisation, après avoir augmenté par rapport à l'« avant Covid », a stagné entre 2020 et 2021.



Modifications des recours aux soins

Certains jeunes ont bénéficié de consultations avec des professionnels de santé mentale en visioconférence durant l'épidémie. Les prises en charge en distanciel ne sont pas racontées comme un frein tant la consultation était nécessaire et soutenante.

L'enquête quantitative montre effectivement que les patients ayant des antécédents de prise en charge sont plus susceptibles de se voir prescrire un traitement par antidépresseur et d'utiliser la téléconsultation pour maintenir les suivis, que les « nouveaux » patients, et ce quel que soit l'âge.

Toutefois, les 50-64 ans parlent assez peu de ce mode de prise en charge lors des entretiens, tandis qu'il est davantage évoqué par les 18-24 ans. Dans l'ensemble, la consultation en distanciel a connu un essor au moment du premier confinement, resté depuis inégalé, mais ne semble pas s'être durablement substituée à la consultation en présentiel. Ce pic spécifique au premier confinement illustre le caractère « unique » de ce moment de la crise sanitaire en termes d'incertitude et d'altération conséquente des prises en charge.

Les données quantitatives soulignent également des recours modifiés : les personnes ont consulté leur médecin généraliste plutôt que leur psychiatre, par exemple. La comparaison des recours avant et pendant la crise montre qu'une partie significative des deux classes d'âge, et plus particulièrement les jeunes, a modifié ses prises en charge : changement de prescripteur, et dans une moindre mesure arrêt des prescriptions. Cette différence, au regard des éléments de l'enquête qualitative pourrait être expliquée par des changements de leurs conditions de vie (retour au domicile des parents durant l'épidémie car en études supérieures par exemple) ou de plus grandes difficultés à exprimer leur mal-être et à identifier des ressources pour y remédier. L'analyse met en exergue l'importance du rôle du médecin généraliste comme pivot dans la prise en charge : très souvent consulté en première intention, il organise parfois la délivrance de traitements et permet l'orientation vers d'autres professionnels de santé mentale.

D'une manière globale, les patients avec antécédents semblent s'être « adaptés » au contexte extraordinaire de la crise sanitaire, au moins en termes de prises en charge. Parfois le confinement a réactivé des souffrances passées, exacerbé des symptômes ; dans d'autres il est apparu comme une « bulle » donnant une impression de protection et permettant de se retirer des contextes des souffrances, des interactions sociales, du monde du travail...

Chez les « nouveaux » patients présentant des problèmes de santé mentale

Des caractéristiques communes aux deux classes d'âge

Concernant les personnes chez qui les troubles sont apparus durant la crise sanitaire, l'analyse quantitative témoigne principalement d'un recours ponctuel aux soins durant la pandémie de Covid-19 pour les deux classes d'âges. Deux profils se démarquent : une majorité de personnes ayant eu un recours faible aux soins durant la pandémie (65 % des 18-24 ans et 48 % des 50-64 ans) ; et des personnes dont le recours a marqué un pic en milieu, voire fin d'année 2020. Si, durant le premier confinement, les recours aux soins ont légèrement augmenté, l'analyse quantitative souligne un pic des recours et des prescriptions pour les deux classes d'âge, à distance du premier confinement.

L'analyse qualitative fait écho à ces résultats : d'une part, de nombreux enquêtés dont les souffrances sont apparues durant le premier confinement n'ont pas été pris en charge durant cette période ; d'autre part, le mal-être est parfois intervenu à distance de ce premier confinement, et les prises en charge qui en ont découlé n'ont pas été systématiques ou immédiates à partir de l'apparition des premiers symptômes.

Des impacts nuancés du premier confinement

Les prises en charge sont donc le plus souvent apparues quelque temps après le premier confinement. Ce report de prises en charge pourrait s'expliquer par différents éléments. D'une part, les personnes ressentant des symptômes très rapidement après l'annonce du confinement ont hésité à solliciter les professionnels et/ou les structures de soins par crainte du virus et en raison de la réorientation des soins vers la prise en charge du Covid-19. D'autre part, et plus particulièrement chez les jeunes, cette latence peut s'expliquer par l'incompréhension des symptômes qui leur « tombent dessus » progressivement ainsi que par la difficulté à exprimer cette souffrance nouvelle auprès de leurs proches. Dans certains propos des 18-24 ans, le récit du confinement n'est pas teinté de mal-être ou de symptômes identifiés d'une souffrance, celle-ci intervient plus tard, au moment du déconfinement, de la reprise d'une activité « hybride » (mi-présentiel, mi-distanciel) par exemple, ou marquée par la lassitude des restrictions des déplacements et des interactions. On note cependant déjà quelques éléments pouvant indiquer une dégradation de la santé mentale, comme l'augmentation de certaines addictions (tabac, alcool) ; ainsi que d'autres également associés à la souffrance psychique, et plus directement suscités par les conditions de vie du confinement (augmentation du temps passé devant les écrans, isolement et manque d'interactions sociales, difficulté à maintenir la séparation des activités professionnelles et personnelles du fait du manque d'espace par exemple). Il existe donc, en particulier chez les jeunes⁶¹, un temps « d'intégration » et de compréhension des symptômes, d'expression ensuite auprès d'une personne ressource permettant, par la suite (ou non) de déclencher des prises en charge.

Par ailleurs, les représentations liées à la santé mentale d'une façon générale et aux soins psychiatriques, parfois associées à la « folie » et ses stigmates, ont, dans certains cas, pu retarder les prises en charge. L'absence de connaissance des structures à mobiliser, des professionnels à solliciter, de l'offre, ainsi que la question du coût de certaines prises en charge sont également des facteurs à prendre en compte. L'offre de soins en santé mentale est complexe, peu lisible de prime abord, et le nombre de dispositifs est insuffisant et inégalement réparti sur le territoire (Demailly, 2011).

Des prises en charge différenciées

Concernant les hospitalisations, elles connaissent une hausse au moment de la rentrée scolaire 2020 pour les « nouveaux » patients de 18-24 ans. Ce constat semble coïncider avec les discours des jeunes interrogés à propos de l'enjeu que représentent les études pour leur santé mentale. Nombreux sont les jeunes (quelle que soit la temporalité d'apparition des troubles, « anciens » et « nouveaux » patients) qui associent, entre autres, la réactivation ou l'apparition de leurs troubles aux conditions d'enseignement adoptées après le premier confinement, en particulier à l'impact des cours en distanciel.

L'analyse qualitative montre que lorsque les jeunes « nouveaux » patients bénéficient d'une prise en charge, ceux-ci sont rarement suivis par un psychiatre libéral mais davantage par leurs médecins traitants et par des psychologues, et ce de manière ponctuelle. Ce fait les différencie des 50-64 ans qui ont davantage eu recours à des psychiatres libéraux de leur propre initiative ou à la suite d'une

⁶¹ Les 50-64 ans semblent moins concernés : leurs récits indiquent plus souvent une prise en charge plus rapide.



hospitalisation. Assez fréquemment, le suivi est croisé avec un psychologue, dans une dynamique regardée positivement, perçue comme complémentaire.

Si l'on s'intéresse aux recours aux psychiatres libéraux, le volet quantitatif de notre étude montre une diminution des prises en charge psychiatriques durant mars et avril 2020, en particulier chez les 50-64 ans. Cette franche diminution pourrait indiquer des difficultés d'accès à ces professionnels mais aussi des réticences à solliciter ces soignants durant ce moment si particulier. Pour les périodes suivantes, en lien avec la crise sanitaire, la rupture ne semble pas aussi nette, ce qui pourrait signifier une sorte de « retour à la normale ». Les entretiens avec les 50-64 ans montrent moins d'appréhension à solliciter des professionnels de santé mentale et en particulier des psychiatres que parmi les 18-24 ans.

L'après Covid-19. Et tout va mieux ?

Finalement, si l'analyse quantitative a pu montrer comment les prises en charge ont évolué durant la crise sanitaire et la façon dont les personnes ayant des troubles antérieurs ou en lien avec le Covid-19 se sont adaptées en termes de prises en soin, elle n'a pas pu prendre en compte la période suivant l'année 2021 en raison de l'indisponibilité des données dans le SNDS au moment de cette analyse. Les entretiens sociologiques ont, eux, débuté en 2022, se sont terminés mi-2024⁶² et contiennent donc des éléments sur les années « post-Covid ».

Les parcours et les contextes sont divers mais certains de nos enquêtés, dans les deux classes d'âge, ont vu leurs souffrances apparaître après la période d'analyse initiale, soit à partir de la fin 2021, et associent parfois la cause de celles-ci à la période d'urgence sanitaire. D'autres encore dont les troubles avaient débuté au cours de l'année 2020 puis s'étaient estompés ont de nouveau connu des épisodes de mal-être en 2022.

Par ailleurs, parmi les différents éléments déclencheurs des troubles psychiques durant la crise sanitaire, mis en exergue par l'analyse sociologique, l'un d'eux même si peu représenté dans le corpus, concerne le « Covid long ».

Ces troubles attribués aux conséquences de la maladie ont pu être amplifiés par des facteurs sociaux, comme le rapport à l'isolement et la difficulté de l'accès aux soins ou même à la (non)reconnaissance des troubles par les professionnels médicaux.

La situation sanitaire, et en particulier le confinement, a produit de lourdes conséquences en termes de santé mentale à la fois pour les personnes déjà concernées par les troubles psychiques et celles nouvellement malades. Le caractère « extra-ordinaire », l'incertitude associée à la dangerosité du virus, à sa létalité ainsi qu'à sa gestion par les différents Etats concernés et les effets de cette gestion sur la vision collective des institutions et de la « politique » dans son ensemble, semblent avoir marqué la population de manière transversale et durable, bien que différenciée. Si nos analyses se sont concentrées sur deux tranches d'âges, c'est pourtant bien l'ensemble de la population ainsi que l'intégralité des dimensions, des domaines de la vie sociale, qui ont été impactés par ce contexte (Gaille, Terral, 2021.) ; (Cherblanc, et al., 2020.). Le confinement et la période qui s'ensuit, apparaissent ainsi comme un phénomène social total au sens de Marcel Mauss (1925).

S'il faut souligner que pour certains enquêtés, la chronologie des confinements était brouillée, notamment concernant les deuxième et troisième confinements, la notion même de confinement semble être devenue un point de repère temporel collectif. Au sujet de la santé mentale, il est frappant

⁶² Comme le protocole d'enquête le définissait comme complétant les résultats quantitatifs, le volet qualitatif ne pouvait commencer qu'après la production des premières analyses quantitatives – par ailleurs, la durée consacrée à la passation des entretiens est due à d'importantes difficultés de recrutement

de constater que quelques mois de mise à distance de la vie sociale ont parfois suffi à transformer les manières d'interagir. On retrouve ces éléments dans certains discours de jeunes qui ont déclaré avoir eu des difficultés à renouer des interactions et ont parfois rencontré des problèmes de langage, comme si l'isolement imposé avait détricoté leurs aptitudes sociales. Si l'impact sur les relations sociales semble moins prégnant chez les 50-64 ans, les discours témoignent d'une vision altérée de la société, de la « politique » ; la crise Covid ayant, en quelque sorte, été un moment révélateur de diverses fragilités sociales.



BIBLIOGRAPHIE



Amar E, Balsan D. « Les ventes d'antidépresseurs entre 1980 et 2001 », DREES, *Études et résultats* n°285, 2004.

Amsellem-Mainguy Y, Lardeux L. *Jeunesses : d'une crise à l'autre*, Les presses de Sciences Po, 2022.

Aubert N, de Gaulejac V. *Le coût de l'excellence*, Paris : Seuil, 2007.

Barrès M. « Les Groupes d'entraide mutuelle (GEM). Présentation du dispositif », *Revue française des affaires sociales* n° 1-2, 2009, p. 205-208.

Beck F, Maillachon F, Richard J-B. « Conduites alimentaires perturbées des jeunes. Entre facteurs sociaux et détresse psychologique », *Agora débats/jeunesses*, vol. 63, n°1, 2013, pp. 128-139.

Becker H S. *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*. Éditions Métailié, 1985.

Bidart C, Castra M, Chauvel S, Girard V, Giraud C, Ollivier C. « Crise de la Covid-19 et confinement : regards sociologiques », *Sociologie*, vol. 14, n°2, 2023, pp. 149-155.

Bidart C, Degenne A, Grossetti M. *La vie en réseau. Dynamique des relations sociales*. Presses Universitaires de France, 2011.

Brossard B. « Quand la scolarité dépasse la scolarité. Etude des pratiques d'automutilation au prisme de l'expérience scolaire », *Agora débats/jeunesses*, vol. 55, n° 2, 2010, pp. 35-47.

Cayouette-Remblière J, Guérait E. « Travailler, se loger et rompre l'isolement. Une jeunesse fragilisée et divisée par le premier confinement », in Amsellem-Mainguy Y, Lardeux L. *Jeunesses : d'une crise à l'autre*, Les presses de Sciences Po, 2022.

Coutant I, Wang S. (dir.) *Santé mentale et souffrance psychique. Un objet pour les sciences sociales*, Paris : CNRS Editions, 2018.

Coldefy M. (dir.) *La prise en charge de la santé mentale. Recueil d'études statistiques*, Paris : *La documentation française*, 2007.

Coldefy M, Gandré C. *Atlas de la santé mentale en France*. Irdes. Ouvrage n° 7 série Atlas - 2020 – 160 pages.

Demailly L. *Sociologie des troubles mentaux*, La découverte, 2011.

Demailly L, Garnoussi N (dir.), *Aller mieux. Approches sociologiques*, Lille, Presses universitaires du Septentrion, coll. « Le regard sociologique », 2016, 420 p.

Debreu D, Catteau J. « Approche comparative des populations de déprimés adressés en hospitalisation et des pratiques entre généralistes et psychiatres », *Synapse*, n°194, 2003, p. 39-44.

Dejours C. *Travail, santé et travail : harcèlement et souffrance au travail*, Paris : Seuil, 2000.

Doucet MC. « L'individu en travail : du mal-être existentiel à l'aller mieux ? », in, Demailly L (dir.) ; Garnoussi N (dir.). *Aller mieux : Approches sociologiques*. Villeneuve d'Ascq : Presses universitaires du Septentrion, 2016.

Dufrancatel C. « La sociologie des maladies mentales. Tendances actuelles de la recherche et bibliographie, 1950-1967 », *Sociologie contemporaine*, Vol. 16 n°2, 1968, p. 1-198.

Ehrenberg A. *L'individu incertain. Le culte de la performance*, Paris : Calmann-Lévy, 1991.

Fainzang S. *La relation médecins-malades : information et mensonge*. Presses Universitaires de France, 2006.

Gaille M (dir), Terral P. *Pandémie : Un fait social total*, CNRS Editions, 2021.

Galland O, *Les jeunes*, Paris : La Découverte, 2009

Grossetti M, *et al.* « Les perturbations des relations interpersonnelles durant la pandémie de Covid-19 », *Sociologie*, vol. 14, n°2, 2023, pp. 199-221.

Goffman E. *Asiles*, Paris : Minuit, 1968.

Hazo J-B, Costemalle V. « Confinement du printemps 2020 : une hausse des syndromes dépressifs, surtout chez les 15-24 ans Résultats issus de la 1^{re} vague de l'enquête EpiCov et comparaison avec les enquêtes de santé européennes (EHIS) de 2014 et 2019 », 2021.

Hazo J-B, Boulch A, *et al.* Santé mentale : une amélioration chez les jeunes en juillet 2021 par rapport à 2020 mais des inégalités sociales persistantes. (DREES), Études et résultats N°1233, 22/06/2022.

Herzlich C. *Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale*, Paris : Editions de l'EHESS, 1969.

Lapinte A, Legendre B. « Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres », DREES, Études et résultats n° 1200, 2021.

Lefève C. *De la philosophie de la médecine de Georges Canguilhem à la philosophie du soin médical*. Revue de métaphysique et de morale, N° 82(2), p. 197-221, 2014.

Loriot M. *Le temps de la fatigue. La gestion sociale du mal-être au travail*, Paris : Anthropos, 2000.

Maillard I, « Lignes de force de l'évolution des politiques publiques relatives à la santé mentale des adolescents », *Santé Publique*, Hors-série, n°23, 2011.

Malinowski S. « La construction de la souffrance des jeunes comme problème public et les maisons des adolescents comme outil pour la prendre en charge », 8^{ème} Congrès de l'Association française de sociologie « Classer / Déclasser / Reclasser », Aix-en-Provence, 27 août 2019.

Maudet M, Spire A. « Des jeunes à distance de l'État. Les effets de la crise épidémique », in Amsellem-Mainguy Y, Lardeux L. *Jeunesses : d'une crise à l'autre*, Les presses de Sciences Po, 2022.

Mertens C., Gillaizeau I., Léon C., du Roscoät E. *Représentations sur la santé mentale et les troubles psychiques*. Résultats des vagues 24 à 35 de l'enquête CoviPrev, mai 2021 - septembre 2022, Santé publique France, 2023.

Minois G. *Histoire du suicide : la société occidentale face à la mort volontaire*, Fayard, 2014.

Morgny C, Chalmeton P, Lambert B, Leclerc C. *Derrières les masques, la souffrance mentale des jeunes*, Rennes : Presses de l'EHESP, 2022.

Otero M. « Regards sociologiques sur la santé mentale, la souffrance psychique et la psychologisation », *Cahiers de recherche sociologique*, 41-42, 2005.

Peljak D. *Empowerment en santé mentale : pour une évolution du droit sanitaire français*. Revue française des affaires sociales, 2016.

Peretti-Watel P, Delespierre A. « Premier confinement. Quel impact sur la santé mentale des jeunes adultes ? », in Amsellem-Mainguy Y, Lardeux L. *Jeunesses : d'une crise à l'autre*, Les presses de Sciences Po, 2022.

Peretti-Watel P, « Morale, stigmatisation et prévention. La prévention des conduites à risque juvéniles », *Agora débats/jeunesses*, n° 56, vol.3, 2010.

Pignarre P. *Comment la dépression est devenue une épidémie*, Paris : Les Empêcheurs de penser en rond, 2001.

Ravon B. « Vers une clinique du lien défait ? », in Ion J. *et al.*, *Travail social et souffrance psychique*, Paris : Dunod, 2005, p. 25-58.



Revil H, Blanchoz J-M, Olm C, Bailly S. *Renoncer à se soigner pendant le confinement. Premiers résultats de l'enquête*, Assurance Maladie – Odenore, en partenariat avec le Laboratoire HP2 et la société VizGet, Décembre 2020.

Roscoat Du E. « Focus sur la santé mentale des Français : résultats de l'enquête COVIPREV », *Rencontres de Santé publique France, Session plénière COVID19 et sociétés*, 26 mai 2021.

Roelandt J-L, « 7. De la psychiatrie à la santé mentale, de la guérison au rétablissement », dans : Catherine Déchamp-Le Roux éd., *Santé mentale : guérison et rétablissement. Regards croisés*. Montrouge, JLE Editions, « L'Offre de soins en psychiatrie », 2015, p. 63-77.

Schwoerer A. Étude des modalités de prescription d'antidépresseurs en soins primaires et des facteurs associés à leur prise au long cours d'après la base de données PRIMEGE. Médecine humaine et pathologie. 2023.

Sterchele C. L'offre de soins hospitaliers en psychiatrie : évolutions de 2008 à 2019 et disparités territoriales. DREES Les dossiers de la DREES, Nn112, 13/09/2023.

Taquet M, Geddes JR, Luciano S, Harrison PJ. Incidence and outcomes of eating disorders during the COVID-19 pandemic. *The British Journal of Psychiatry*, juillet 2021, pp. 1-3.

Vandentorren S, Khirredine I, Estevez M, De Stefano C. et al. « Premiers résultats des facteurs associés à la résilience et à la santé mentale des enfants et des adolescents (9-18 ans) lors du premier confinement lié à la Covid -19 en France », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2021, n°. 8 - série Covid-19, p. 2-17.

Younes N, Sarfati Y, Passerieux C, Bayle MC. « L'information donnée aux patients n'est pas l'information retenue », *Information psychiatrique*, n°10, 2002, p. 1029-1038.

62 boulevard Garibaldi 🍌 75015 Paris
Tél. : 01 56 58 52 40
Courriel : info@fnors.org
www.fnors.org 🍌 www.scoresante.org

Mars 2025