

SUICIDALITÉ DE L'ADOLESCENT À L'ÉTUDIANT

Pour une prévention des risques étendue

Danielle ASPIS

Article développé à partir du cours du Docteur Catherine Doyen, Service de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent, GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences, Site Saint Anne : Conduites suicidaires de l'adolescent, État des connaissances (2018-2019) et à partir d'études récentes (2020).

Le suicide est la seconde cause de décès chez les jeunes (15-25 ans) après les accidents de voiture¹. Ces chiffres sont alarmants, et donc ce phénomène représente un problème de santé publique. Pour le situer et le comprendre, je vais vous donner quelques données épidémiologiques. Je vais aussi vous énumérer les facteurs de risque, les facteurs précipitants et les facteurs de protection. Les troubles psychiatriques, qui se déclarent plutôt à l'adolescence, peuvent accentuer les idéations suicidaires, ainsi que la maltraitance qui est associée à 30 % des suicides sur un taux de 12,3 pour 100 000 de la population générale (chiffre pour 2012). On peut aussi dire avec le Docteur Catherine Doyen que « Les traumatismes vécus même très précocement (avant la naissance²) peuvent durablement par l'épigénétique impacter le devenir d'une personne et ces modifications peuvent être transmises de génération en génération »³.

Ce qui ne veut pas dire que le suicide est génétique, on peut seulement dire que plusieurs études ont démontré que certains facteurs de risque seraient héréditaires, nous y reviendrons. Il n'y a donc pas de fatalité, seulement des prédispositions qui pourraient accentuer le risque suicidaire, et qui pourra donc, en prévention être pris en compte dans les évaluations.

1. Données épidémiologiques

Les idéations suicidaires sont rares avant 10 ans mais sont expérimentées par 19.8% à 24% chez les adolescents et 6% des filles ont des intentions ou un plan et 2,3% des garçons. Les adolescents qui expérimentent des idéations suicidaires ont une probabilité multipliée par 12 de faire une tentative de suicide avant 30 ans. La prévalence pour la vie entière est de 3.1% à 8.8% chez les jeunes. Il existe des tentatives de suicide documentées entre l'âge de 5 ans et 8 ans.

¹ OMS 2016.

² Par exemple, l'état physique de la mère durant la grossesse (dépression, alcoolisme, usage de substances, problèmes obstétricaux, pauvreté durant l'enfance, mère adolescente, polluants environnementaux, peuvent avoir des effets au long cours sur la santé physique et mentale de l'enfant.

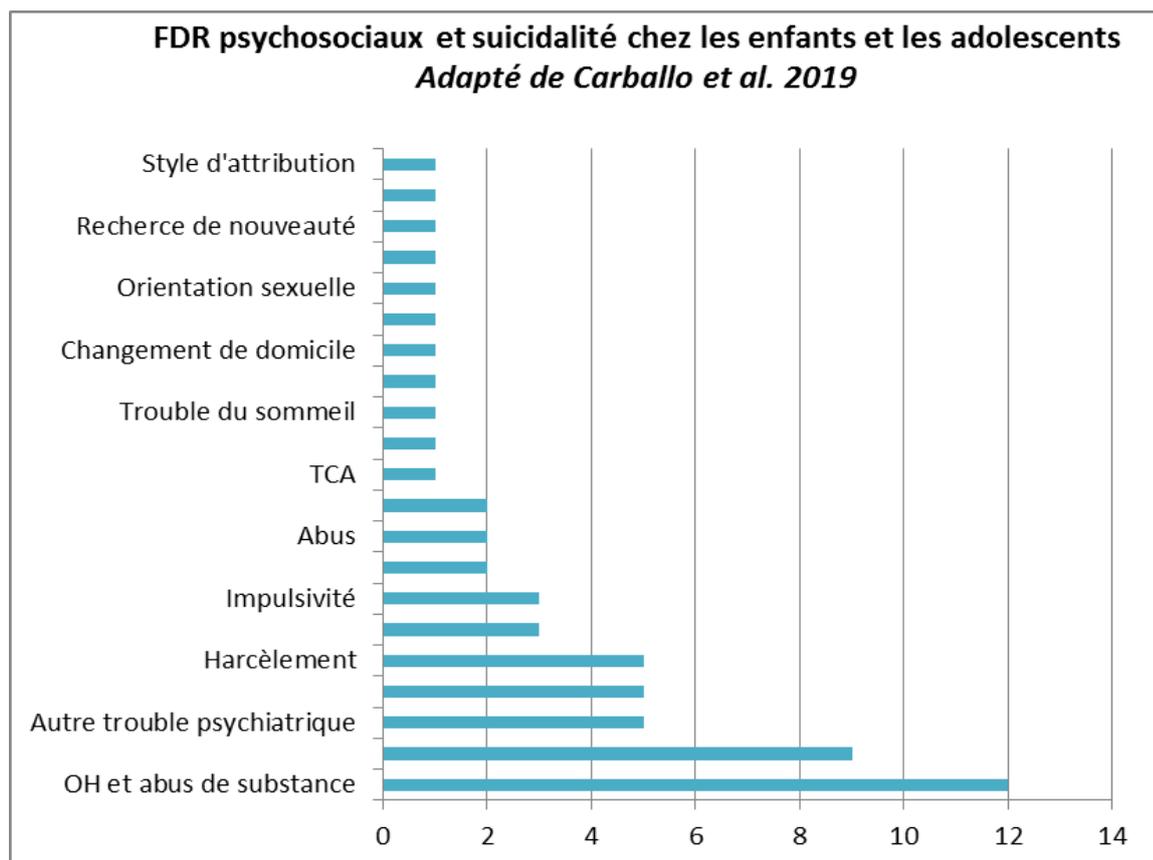
³ Catherine Doyen, Conduites suicidaires de l'adolescent, Etat des connaissances, cours dispensé durant le DU de Suicidologie 2018-2019 d'après : Perroud N. : Maltraitance infantile et mécanismes épigénétiques, Information Psychiatrique, 2014, 90, 733-739 et Hawton K, Fortune S. : Suicidal behavior and deliberate self-harm, In Rutter's Child and Adolescent Psychiatry, 5th Edition, 2008, Blackwell Publishing, 684-669.

2. Les modalités

Selon la Fondation Santé des étudiants de France pour 2014, qui accueillent aussi des jeunes ayant fait une tentative de suicide, les jeunes font des tentatives par auto-intoxication médicamenteuse, phlébotomie, pendaison et arme à feu (en prévention, il faut donc enlever les armes à feu qui sont à proximité des personnes à risque), avec une grande majorité pour les auto-intoxications médicamenteuses. Et, en 2019, il y a eu une hospitalisation par jour pour tentative de suicide par précipitation. Un tiers de ces jeunes en garderont des séquelles⁴.

3. Les facteurs de risque (FDR)

Définition : Un facteur de risque est défini comme une caractéristique, une expérience ou un événement qui, s'il est présent, est associé à une augmentation de la probabilité d'un devenir particulier en comparaison au devenir de la population non exposée à ce facteur de risque⁵.



⁴ Rapport InVS, 2014, hospitalisation et recours aux urgences pour TS et Conférence Dr P. Lesueur, 2019 et un lien internet <http://www.fsef.net/~wp-content/index.php/la-fondation/actualites/actus-de-la-fondation/729-retour-sur-le-colloque>, consulté en ligne le 07/02/2020

⁵ Kraemer et al. 1997.

D'après ce tableau⁶, dont l'échantillon est constitué d'enfants et d'adolescents de moins de 18 ans, nous pouvons faire quelques remarques importantes et relever les principaux facteurs de risques :

L'abus d'alcool et de substances est un facteur de risque important ainsi que les troubles psychiatriques. L'abus de substance et d'alcool (OH dans le tableau) déclenche des idéations suicidaires et la consommation de tabac et de cannabis est associée au risque de tentative de suicide. Le harcèlement favorise aussi les passages à l'acte mais dans ce cas, les harceleurs ainsi que les harcelés sont touchés. Le risque d'idéation et de tentative de suicide est de 3 à 5 fois plus élevés pour les jeunes victimes de harcèlement ou pour les harceleurs. Les jeunes victimes de harcèlement sont plutôt solitaires, et ont des troubles émotionnels comme l'anxiété et la dépression. On peut d'ailleurs se poser la question suivante : « Le jeune déprimé est-il à risque de harcèlement ou bien le harcèlement est-il un facteur de risque de dépression ? »⁷. Chez le harceleur, il peut y avoir de mauvais résultats scolaires, et des troubles de la personnalité et aussi de l'abus de substances⁸.

A. Les troubles psychiatriques

Comme pour les adultes, le facteur psychiatrique le plus important est la dépression ; la dépression multiplie par 5 le risque de tentative de suicide. Parmi les autres troubles psychiatriques, on peut citer : l'anxiété et les troubles émotionnels, les troubles bipolaires, les troubles du sommeil, les troubles externalisés (Ces troubles se caractérisent par de l'agitation, de l'impulsivité, un manque d'obéissance ou de respect des limites et une certaine agressivité⁹). Le risque augmente avec la comorbidité¹⁰ et les réhospitalisations et pour ceux qui ont de faibles compétences instrumentales et sociales. Lorsqu'il y a eu des tentatives de suicide antérieures, cela multiplie par 3 le risque en population clinique et non clinique.

⁶ Carballo J.J et al., 2019 Eur Child Adolesc Psychiat

⁷ Catherine Doyen, Conduites suicidaires de l'adolescent, Etat des connaissances, cours dispensé durant le DU de suicidologie 2018-2019.

⁸ Hertz M.F., Donato I, Wright S. : Bullying and suicide : a public health approach, Adolesc. Health, 2013, 53 : S1-S3

Van Geel M., Vedder P., Tanilon P. : Relationship Between Peer Victimization, Cyberbullying, and Suicide in Children and Adolescents Ameta-analysis, 2014, Jama Pediatrics, 168, 5 : 435-442

⁹ Ces troubles, qui se caractérisent par de l'agitation, de l'impulsivité, un manque d'obéissance ou de respect des limites et une certaine agressivité (Roskam, Kinoo et Nassogne, 2007), représentent un défi constant pour de nombreux enseignants. Selon le DSM-IV-TR (American Psychiatric Association [APA], 2000), les troubles du comportement externalisés regroupent trois principaux syndromes : le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH), le trouble des conduites (TC) et le trouble oppositionnel avec provocation (TOP), les troubles du spectre de l'autisme.

¹⁰ Association de deux maladies, psychiques ou physiques, fréquemment observée dans la population, sans causalité établie, contrairement aux complications.

Carballo J.J. et al Psychosocial risk factors for suicidality in children and adolescents, 2019, Eur. Child Adolesc. Psychiat., Jan 25. doi: 10.1007/s00787-018-01270-9

B. Aspects génétiques et biologiques

Il existe un risque familial au comportement suicidaire sans que cela ne soit lié systématiquement aux troubles psychiatriques et comme je vous le disais en introduction, la maltraitance¹¹ est un facteur de risque important d'autant que « les personnes maltraitées dans l'enfance se caractériseraient par un « phénotype » plus sévère de trouble psychiatrique donc une plus grande vulnérabilité aux conduites suicidaires »¹². ; et des études ont suggérés que les personnes décédées de suicide et ayant été abusées sexuellement dans leur enfance avaient une plus grande méthylation de la région promotrice NR3C1 que les personnes décédées n'ayant pas subi de tels abus »¹³. « La maltraitance est associée à une plus grande méthylation de l'ADN d'une des régions promotrices du gène codant le récepteur NR3C1. Plus la région promotrice du gène codant le récepteur NR3C1 est méthylée moins ce dernier exprimera de récepteur aux glucocorticoïdes et plus l'axe Hypothalamo Hypophysaire Surrénalien sera activé »¹⁴.

En d'autres termes, « le gène NR3C1 code une protéine, il contient la recette pour la fabrication d'une molécule utile au bon fonctionnement du corps. En l'occurrence, cette molécule joue un rôle important dans la régulation du stress. En présence (...) d'un danger le cerveau stimule la production de glucocorticoïdes. Cette substance aiguise la réactivité du corps en lui conférant l'énergie nécessaire pour faire face à un danger. Une fois le danger écarté, le corps doit retrouver un rythme normal. C'est là que la protéine du gène NR3C1 (le récepteur aux glucocorticoïdes) entre en action. Elle inhibe la production de glucocorticoïdes. Cela a pour effet de ramener l'activité métabolique à un niveau ordinaire. Qu'en est-il de la méthylation ? Il s'agit tout simplement d'un mécanisme épigénétique qui, en l'occurrence, réduit l'expression du gène NR3C1 et, du même coup, la production de la protéine. Que se passe-t-il si le gène NR3C1 est méthylé ? Le patient n'a plus assez de cette protéine pour inhiber efficacement la production de glucocorticoïdes. Conséquence le corps réagit de façon excessive au moindre stress. Cette hyper activité pourrait expliquer certains comportements d'automutilation ou d'autres manifestations d'agressivité caractéristiques des personnalités borderline »¹⁵.

Certaines études ont aussi montré que la gestion du risque et l'impulsivité étaient aussi des traits héréditaires.

La question de la génétique est une vraie problématique ; même s'ils existent des facteurs génétiques, il n'y a pas de fatalité tout comme il n'y a pas de risque zéro : chaque situation est spécifique, et l'on doit comprendre qu'en fait c'est plutôt l'ensemble des éléments dont il faudra tenir compte pour une évaluation. Ce qui permet aussi de mettre en évidence les facteurs protecteurs (dont nous reparlerons plus loin), qui eux ouvrent un chemin vers la résilience.

¹¹ 4 à 16% des enfants sont victimes de maltraitements physiques ; 10% de négligences ou de maltraitements psychologiques ; 5 à 10 % des filles et jusqu'à 5% des garçons d'abus sexuels. (Gilbert et al. *Lancet* 2009, McGowan et al. *Nat Neurosci* 2009).

¹² Catherine Doyen, Conduites suicidaires de l'adolescent, Etat des connaissances, cours dispensé durant le DU de suicidologie 2018-2019.

¹³ Weaver et al. 2004, 2007. Perroud N. 2014.

¹⁴ Catherine Doyen, Conduites suicidaires de l'adolescent, Etat des connaissances, cours dispensé durant le DU de suicidologie 2018-2019.

¹⁵ André Koller, La Mémoire dans les gènes, planetesante.ch

D'après ces études, on peut conclure que certains facteurs de risque sont héréditaires. Comme nous le disions dans nos textes introduisant les objectifs de l'Association Esther Lumière, les enfants peuvent être touchés aussi bien par des risques génétiques que par des risques psychologiques. Il est donc important, pour les familles concernées par le risque suicidaire d'être vigilants dans leur rôle éducatif et pédagogique ; il peut donc être utile de faire appel à des professionnels de santé ou à des associations qui soutiennent la prévention.

C. Facteurs de filiation et d'identification

Nous écrivions dans notre article précédent au sujet du suicide parental¹⁶ :

« L'enfant, s'il n'y a pas de prise en charge par un suivi psychologique se trouve face un risque majeur de développer des troubles ou des handicaps liés au choc post- traumatique et donc de développer une mémoire traumatique à long terme.

Un deuil pathologique pouvant dans certains cas aigus poser un risque que l'on qualifiera de « *Suicide filiale* », c'est à dire une conduite suicidaire liée au vécu antérieur d'un suicide parental qui n'aurait pas connu de résilience. Car l'acceptation de la part d'indicible qu'il est nécessaire à intégrer pour surmonter le deuil d'une personne qui commet ce qui est qualifié étymologiquement de « meurtre de soi » va être très complexe à énoncer et à expliquer frontalement à des enfants. »

Dans un contexte de suicide parental, l'enfant ou l'adolescent peut être affaibli psychologiquement, et comme le précise aussi Michel Debout dans son étude intitulée : « Suicide : l'autre vague à venir du coronavirus ? » qui vient d'être publiée sur le site de la Fondation Jean Jaurès¹⁷ (début novembre 2020) :

« Constaté qu'il y a des familles avec des risques suicidaires importants ne signifie pas pour autant qu'ils sont d'origine génétique. Il existe une autre piste explicative : un acte suicidaire initial va être déclencheur d'un traumatisme familial qui provoquera une fragilisation psychique et affective chez les descendants. Ce premier mort a été, parfois, un secret de famille (ce qui lui donnait dans sa filiation une place spécifique parfois obsédante) pour éviter l'opprobre social associé pendant des siècles à la mort par suicide. Ce drame inaugural agit alors comme un « leueur d'interdit » : s'il ou elle a pu le faire, alors pourquoi pas moi ? »

Il peut donc aussi y avoir un effet d'imitation ou d'identification, ce qui est aussi constatée quand des jeunes sont confrontés à un suicide dans leur environnement. Ou d'identification quand une personnalité ou un artiste de forte notoriété décède par suicide.

D. Les Facteurs psychosociaux

Les lycéens français se placent parmi les plus anxieux et déprimés d'Europe, et la dépression et l'anxiété infracliniques sont liées à la suicidalité. Ils sont ceux qui dorment le

¹⁶ Prévention du Suicide, une priorité de santé publique, Danielle Aspis-Boughanim et Simon Aspis, publié sur le site internet de l'association Esther Lumière, juin 2020. <https://www.esther-lumiere.com/articles/>

¹⁷ <https://jean-jaures.org/nos-productions/suicide-l-autre-vague-a-venir-de-la-covid>

moins dans l'ensemble de l'échantillon, et la tendance aux idées suicidaires est inversement proportionnelle au temps de sommeil.

Les déclarations d'automutilations concernent entre 12 et 13% des lycéens français. La prise en charge par traitements médicaux est extrêmement faible, en particulier en France.

L'utilisation pathologique ou non adaptée d'internet s'avère plus importante en milieu urbain, elle se trouve accrue lorsque l'élève ne vit pas avec ses parents biologiques, en présence d'un faible investissement parental ou par le chômage des parents. Les élèves qui ont le moins de soutien affectif sont les plus vulnérables aux addictions¹⁸.

E. La Question du premier épisode psychotique (PEP)

Le premier PEP est rare avant 10 ans, mais l'incidence augmente vers les 15-17 ans, et 50% des cas se déclarent avant 22 ans. 2/3 des PEP ont présenté des idées de suicide l'année précédent un PEP. 2 à 5% des sujets présentant un PEP vont mourir de suicide. Le risque de suicide est majeur lors des 12 premiers mois avec un risque 12 fois plus élevé que celui de la population générale. Le suivi d'un PEP doit s'accompagner d'une prévention des conduites suicidaires, dès le premier mois de la prise en charge. Il faut encourager les initiatives de recontact et de télémédecine¹⁹.

F. Les Facteurs précipitants

Parmi les facteurs précipitants, il faut surtout citer la crise disciplinaire et les problèmes relationnels, dont les problèmes filles garçons à l'adolescence mais ceci dans une moindre mesure que les autres problèmes relationnels²⁰.

4. Les facteurs protecteurs

Il est aussi important de citer les facteurs protecteurs qui peuvent protéger les jeunes, et les amener à ne pas commettre d'acte suicidaire : Un bon système d'attachement et relationnels qui donne de la sécurité émotionnelle, et qui a des fonctions de régulation en développement ; un bon fonctionnement familial qui apporte des soins, de la socialisation, de la sécurité émotionnelle ou physique, et qui permet la régulation par les membres familiaux ; un système nerveux central préservé qui offre un système de traitement de l'information opérant, qui permet la résolution de problèmes et qui régule le stress ; un système de motivation efficace avec des efforts motivés pour s'adapter et qui apporte des succès renforçateurs ; un système de croyance qui fait sens et qui amène de la sécurité émotionnelle, de l'espoir, et un sentiment d'une cohérence dans sa vie ; les organisations scolaires et communautaires qui procure des opportunités d'apprentissage, de

¹⁸ ONS, Suicide, Enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence, 3^{ème} rapport, février 2018.

¹⁹ Risque suicidaire lors du premier épisode psychotique, 2018, Encéphale, 44 : 1S39-1S43

²⁰ Shaffer D. : Suicide in childhood and early adolescence, J. Child Psychol. Psychiat., 1974, 15 :275-291

Sheftall A.H. et al. : Suicide in elementary school-aged children and early adolescents, 2016, Pediatrics, 138, 4 : 1-10

socialisation et d'expériences importantes et enfin les autres système sociaux et culturels qui nourrissent et soutiennent les systèmes adaptatifs de base pour le développement²¹.

Cependant, vu la dimension que revêt la problématique suicidaire chez les jeunes, il est important d'être attentif et prudent aux signes de fragilité chez certains enfants et adolescents même si l'environnement reste favorable et bienveillant

5. Que faire pour les plus jeunes ?

Une majorité de tentative de suicide n'est pas adressée aux urgences hospitalières. Il existe peu d'unité spécifique et 10% des services de pédiatrie disposent de lits spécifiques. Ce qui est dommageable, puisque le risque de récurrence est élevé s'il n'y a pas d'évaluation psychiatrique. Un meilleur accompagnement des soins pourrait donc aider les jeunes à sortir d'un syndrome suicidaire.

Un autre axe a aussi été développé suite à « de nombreux travaux de recherches qui ont permis d'identifier des interventions efficaces en promotion de la santé, et plus spécifiquement de la santé mentale. Ces travaux mettent notamment en lumière l'importance d'intervenir de façon précoce, la nécessité de développer les compétences psychosociales des individus-particulièrement des enfants et des jeunes- et le besoin de soutenir les parents dans leur rôle éducatif »²².

« Les compétences psychosociales sont la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement. Elles ont un rôle particulièrement important à jouer dans la promotion de la santé dans son sens le plus large. Quand les problèmes de santé sont liés à un comportement, et ce comportement lié à une incapacité à répondre efficacement au stress et aux pressions de la vie, l'amélioration des compétences psychosociales pourrait être un élément influent dans la promotion de la santé et du bien-être, les comportements étant de plus en plus impliqués dans l'origine des problèmes de santé. » (OMS, 1993)

L'OMS conseille donc de développer les compétences sociales chez les jeunes par l'éducation, au sein de l'environnement social et familial.

Il faut aussi bien sûr citer « la mise en place du programme Vigilans qui est un dispositif de veille des suicidants sur une période de 6 mois, ou plus si nécessaire. Une carte comprenant le numéro d'appel de ressource régional est initialement transmise à chaque participant. Les médecins traitants, psychiatres et psychologues traitants des suicidants sont prévenus de la mise en place du dispositif de veille. Des recontacts téléphoniques et des envois de cartes postales sont prévus pour les patients récidivistes »²³. Ce dispositif est déjà en place dans plusieurs régions de France et il est en train de se généraliser.

²¹ Masten A.S.: Competence, resilience and development in adolescent, Clues for prevention science, in Adolescent psychopathology and the developing brain, Integrating Brain and prevention science, 2007, Ed Romer D and Walker E.F., Oxford university press, New York, 31-52

²² Compte-rendu du Programme national d'actions contre le suicide (2011-2014).

²³ Le dispositif Vigilans, f2smpsy.fr

Conclusion et actualité

Pour conclure, je souhaiterais indiquer que malgré l'importance du problème, les systèmes de prévention peuvent réduire les facteurs de risque et les passages à l'acte. Ainsi face à un patient suicidaire, il faudra poser la question de savoir si cette personne a un plan et s'il l'a décidé d'une date. Ainsi, si le patient est coopératif par rapport à son état, un rapide diagnostic pourra être donné et l'interlocuteur pourra aider cette personne par le biais d'un suivi psychologique ou psychiatrique.

Voici ce qu'en dit le Dr Fabrice Jollant : « L'identification précoce et le soulagement symptomatique (dépression, anxiété, insomnie) sont un moyen reconnu de prévention du suicide des adolescents. Ce n'est pas toujours simple quand il existe un refus de soins ou une mauvaise adhésion aux soins, une non-reconnaissance de ses propres difficultés ou des relations marquées par la provocation et la fuite. De fait, la majorité des adolescents qui font une tentative de suicide ou se suicident n'avaient jamais eu de contact avec le système de soin en santé mentale. Des programmes de prévention dans les écoles ont été étudiés mais ont donné lieu à des résultats variables. Il semblerait qu'il soit plus intéressant de parler de santé en général, incluant la santé mentale, que du suicide en particulier. Enfin, la promotion de la sobriété vis-à-vis de l'alcool, d'un meilleur sommeil, d'un bon soutien familial et d'affects positifs est un moyen de prévention du suicide »²⁴.

Afin d'actualiser les données à propos de la problématique des adolescents, je voudrais citer une nouvelle fois l'étude très récente de la Fondation Jean Jaurès²⁵ :

« Lorsque l'on compare les résultats obtenus en 2016 par rapport à ceux observés en 2020, on note une augmentation globale des tentatives de suicide pour l'ensemble de la population (chez ceux qui ont déjà envisagé le suicide, 27 % ont déjà fait une tentative en 2020, contre 22 % en 2016). C'est particulièrement marqué chez les jeunes : en 2016, chez les moins de 35 ans qui avaient déjà envisagé une tentative de suicide, 26 % avaient fait une tentative provoquant une hospitalisation, contre 33 % (+7) quatre ans plus tard. Cette proportion en augmentation est la marque de la gravité de ce risque suicidaire puisque la proportion de ceux qui passent à l'acte atteint donc un niveau très préoccupant.

Tous les psychiatres, qu'ils soient en activité libérale ou dans les hôpitaux, ont noté depuis la fin du confinement la gravité des pathologies présentées par les patients, avec comme indice de gravité les tentatives de suicide. Pour les jeunes, on peut expliquer cette réalité par la difficulté de se faire soigner ou de poursuivre les soins pendant la période de confinement et dans les semaines qui ont suivi. Il faut souligner aussi les soutiens mis en œuvre par les associations, très actives dans le champ de la prévention du suicide des jeunes, n'ont pas pu agir normalement pendant toute cette période. »

Nous devons aussi relever le cas particulier des étudiants, qui subissent de plein fouet cette nouvelle crise ; crise économique et crise psychologique :

« La question de la précarité est d'autant plus cruciale en cette période de confinement, qu'elle est souvent liée à d'autres problématiques. Selon l'étude OVE publiée en septembre, près de la

²⁴ Dr Fabrice Jollant, *Le Suicide, Comprendre pour aider l'individu vulnérable*, édition Odile Jacob, Paris, 2015, p. 161 et p. 162.

²⁵ Suicide : l'autre vague à venir du Coronavirus ? Fondation Jean Jaurès, par Michel Debout, 6 novembre 2020. <https://jean-jaures.org/nos-productions/suicide-l-autre-vague-a-venir-de-la-covid>

moitié des jeunes ayant des problèmes matériels ont présenté le signe d'une détresse psychologique, contre 24% des étudiants sans soucis d'argent. »²⁶

Et par rapport à la population générale, nous devons souligner que les étudiants sont plus vulnérables :

« Plus ancrés dans la durée, les résultats préliminaires de l'enquête « Confins » sont également éloquentes. « *Sur la santé psychique, les étudiants ont systématiquement des scores plus inquiétants que les non-étudiants* », analyse le médecin neurologue Christophe Tzourio, professeur d'épidémiologie à l'université de Bordeaux. Les premiers chiffres varient souvent du simple au double : 27 % des étudiants se déclarent tristes, déprimés ou désespérés « *plus de la moitié du temps voire tous les jours* », contre 16 % chez les non-étudiants ; 40 % se sentent fatigués ou sans énergie, contre 21 % chez les non-étudiants ; 30 % se voient comme des « *perdants* », contre 15 % chez les non-étudiants ; 27 % se déclarent « *en permanence inquiets, de façon excessive* », contre 16 % pour les non-étudiants... »²⁷

Ces tristes réalités ont pour effet l'augmentation des tentatives de suicide ainsi qu'une augmentation des hospitalisations, en cette période de confinement et de post confinement. Il devient clair et évident, que nous devons redoubler de vigilance par rapport aux effets dévastateurs de cette pandémie au niveau médico-psycho-social, en termes de prévention et d'actions auprès des jeunes les plus fragiles.

Les pouvoirs publics seront-ils au rendez-vous ?

Le 1^{er} Décembre 2020 – Article écrit par :

Danielle Aspis-Bouhanim

Association Esther Lumière

DU de Suicidologie de l'Université de Paris DESCARTES

Docteur en Histoire et civilisations à l'EHESS

DEA en Esthétiques, Technologies et Création Artistiques à l'Université Paris VIII

Artiste photographe

L'association Esther Lumière

L'Enfant confronté à un suicide parental,

Prévention des risques suicidaires & Résilience

www.esther-lumiere.com

***Les actions de prévention de l'Association Esther Lumière
sont soutenues par la fondation OCIRP***

Fondation
OCIRP
agir au cœur des familles

²⁶ Crise sanitaire : La précarité des étudiants augmente, par Amélie Petitdemange, publié le 23 novembre 2020, L'Étudiant.

²⁷ Isolement, précarité, perte de repères : comment le confinement a fait basculer psychologiquement certains étudiants, par Léa Iribarnegaray, Le Monde, publié le 26 mai 2020.