SOCIÉTÉ SANTÉ MENTALE

Santé mentale : « Faire attendre un adolescent qui va mal, c'est l'exposer à des risques très importants »

Marie Rose Moro, pédopsychiatre, souligne, dans un entretien au « Monde », les conséquences de la difficulté d'accès aux soins une fois le diagnostic émis.

Propos recueillis par Mattea Battaglia

Publié le 06 août 2025 à 05h00, modifié le 06 août 2025 à 15h53 · Lecture 5 min.

Article réservé aux abonnés

Marie-Rose Moro, pédopsychiatre, à Paris, le 15 janvier 2020. BALTEL/SIPA

Pédopsychiatre, Marie Rose Moro est cheffe de service de la maison des adolescents de l'hôpital Cochin (AP-HP), à Paris, qui accueille des jeunes en souffrance et leurs familles. Dans un contexte de hausse des hospitalisations pour crises suicidaires, parmi les adolescentes notamment, elle interroge les ressorts de la dégradation de leur santé mentale. En soulignant ce qu'elle qualifie de *« biais »* : *« La tendance, collective, à ne pas écouter la parole des jeunes filles. »*

La santé mentale des jeunes est une préoccupation partagée. Automutilations, crises suicidaires, hospitalisations… : les données

se multiplient sur le sujet. Y a-t-il une évolution, une tendance sur le temps long ?

C'est bien une tendance de fond, antérieure à la crise due au Covid-19 et qui ne concerne d'ailleurs pas que la France. La santé mentale des jeunes se dégrade, chez nous comme dans de nombreux autres pays d'Europe, aux Etats-Unis ou au Canada. Cette tendance, selon les études dont nous disposons, est forte en France – plus forte qu'en Italie ou en Espagne, pays dont le système de santé est comparable au nôtre. Le Covid-19, comme tous les événements collectifs marquants, nous donne l'impression d'un *« temps zéro »* ; nous avons tous été affectés par l'épidémie, et les jeunes l'ont été plus encore par les confinements répétés. Mais penser que le Covid a été le début de quelque chose est une illusion.

Y a-t-il eu un « début », alors ?

Il n'y a pas de point de départ très net. En France, dans les années 2000, on a pu constater une régression importante des marqueurs de santé mentale ; c'était une époque d'évolutions positives dans les thérapies, notamment dans la prise en charge des troubles du comportement alimentaire et de la dépression. Les jeunes nous ont semblé aller mieux. La tendance a changé au milieu des années 2010. S'il devait y avoir un début, je le ferais remonter à cette période-là.

L'attention se porte sur les jeunes filles, dont les hospitalisations pour gestes auto-dommageables augmentent. Est-ce aussi votre constat ?

Je le perçois, effectivement, en consultation. Il y a tout un continuum, qui va des scarifications aux crises suicidaires, qui concerne aujourd'hui davantage de jeunes filles. Il ne faut pas oublier qu'on a longtemps reçu, en consultation de pédopsychiatrie, davantage de garçons que de filles – exception faite des troubles du comportement alimentaire. Lorsque j'ai commencé à exercer il y a trente ans, l'idée que les garçons consultaient plus mais parlaient peu, qu'il fallait trouver pour eux des modalités de psychothérapie adaptées, était très prégnante. Cela a sans doute joué sur nos perceptions, notre discours : nous avons eu le sentiment que les filles étaient plus résistantes. C'est cette perception que nous sommes en train de déconstruire.

En creux, quelque chose m'inquiète tout autant que les données statistiques, un biais qui apparaît peu dans les enquêtes chiffrées : la tendance, collective, à ne pas écouter la parole des jeunes filles. Quand elles disent : « Je n'en peux plus », on ne va pas toujours les prendre au sérieux. Quand un garçon le dit, en revanche, si.

J'ai en tête une étude publiée par l'Inserm dans laquelle il a été demandé à des adolescents, après une tentative de suicide, s'ils en avaient parlé autour d'eux avant leur passage à l'acte. D'après leurs réponses, ils l'avaient verbalisé en moyenne trois fois, et même quatre fois pour les filles. Doivent-elles le dire plus, et plus fort, pour être entendues ? Je le crains.

Lire aussi | « J'espère qu'on pourra dire, un jour, que tout cela est derrière nous » : ces familles à la recherche de « clés » pour aider leur adolescent en souffrance

Faites-vous le lien entre cette souffrance qu'elles expriment et les violences sexuelles, qui sont de moins en moins un tabou ?

Filles et garçons sont victimes d'abus sexuels, mais les filles le sont bien davantage. L'importance des traumatismes sexuels révélés est beaucoup plus marquante pour elles que pour les garçons aujourd'hui – de 1 à 4, voire de 1 à 5. C'est un vrai problème de santé publique et de société.

On dit que certains troubles du comportement, certaines maladies concernent plus les filles que les garçons – et inversement. Une idée reçue ?

Certaines pathologies, comme les troubles du comportement alimentaire, vont toucher davantage les filles. Les troubles du comportement, eux, concernent plus les garçons. Pour schématiser, on dit aussi qu'il y a plus de troubles « intériorisés » chez les filles : je ne sors pas de chez moi, je me fais du mal, je me mutile... Et plus de troubles « extériorisés » chez les garçons : je me mets en colère, je casse, je frappe...

Newsletter

« La revue du Monde »

Chaque week-end, la rédaction sélectionne les articles de la semaine qu'il ne fallait pas manquer

S'inscrire

Cela dit, cette conception épidémiologique ne compte plus une fois que l'on rentre dans le soin, dans le face-à-face thérapeutique. Et elle ne compte pas à l'échelle de l'individu : une jeune fille peut exprimer sa souffrance contre les autres, un garçon la tourner contre lui-même.

Lire aussi | « Le discours sur la santé mentale des jeunes empêche de penser les dimensions structurelles des crises qui les traversent »

Y a-t-il un consensus sur les causes de la dégradation de la santé mentale ?

Cela implique de faire des spéculations, car en psychiatrie, il n'y a pas de causalité linéaire – un événement « A » ne mène pas à une souffrance « B »... Il n'empêche, nous disposons d'éléments pragmatiques connus, par exemple la difficulté à poser des diagnostics de dépression ou de troubles anxieux chez les adolescents. Les critères ne sont pas les mêmes pour les jeunes qu'à l'âge adulte. Parfois, un adolescent perd son élan vital sans qu'on s'en aperçoive...

Il y a aussi des situations où un jeune exprime sa détresse, et faute de disponibilité, de place, de temps, on le fait attendre, on renvoie ses soins à plus tard. Alors que la temporalité des soins, en psychiatrie, est un enjeu crucial : faire attendre un adolescent, c'est l'exposer à des risques très importants.

Quid du contexte, la situation internationale, environnementale, la peur de l'avenir si souvent invoquée ?

Ces autres facteurs sont plus sociologiques – un contexte, une « ambiance » qui font qu'il n'est pas si

facile pour un adolescent de vouloir grandir et devenir adulte aujourd'hui. Ils comptent en France plus qu'ailleurs, semble-t-il. Une enquête de Santé publique France interrogeait, il y a un an, la représentation que les adultes se font de leurs adolescents, de leurs fragilités. Il en ressort une vision très négative : « Nos adolescents n'ont pas de chance », « Il n'est pas facile pour eux d'être bien dans le monde qui vient »... Comme s'il nous était difficile d'envisager une vie adulte active et heureuse pour nos enfants. Ce pessimisme nourrit sans doute aussi leurs difficultés.

Lire aussi (2024) | Les jeunes sont désormais plus touchés par les idées suicidaires que la population générale, un mal aux causes profondes

On entend dire que les progrès dans le diagnostic expliquent aussi la hausse...

Ce n'est pas totalement faux, mais j'ai du mal à l'entendre comme un progrès. Politiquement, la focale a été posée sur le dépistage précoce. Nos autorités de santé misent beaucoup sur la détection, sur des « centres experts » dont c'est la mission. Mais à quoi sert-il de poser un diagnostic sur un trouble du comportement ou une maladie psychique si, après, le système de soins ne suit pas, si des équipes ne peuvent pas accompagner et soigner ?

Quel message adresser à ces familles, justement, qui disent n'avoir souvent comme seul recours, en cas de crise, que d'aller aux urgences ?

Quand on est parent d'un « grand ado », on évolue souvent dans une zone grise, entre pédopsychiatrie et soins pour adultes. On se repère difficilement parmi les consultations, saturées, à l'hôpital, en libéral... Il y a parfois aussi une réticence à inscrire son enfant dans un parcours psychiatrique, la peur de la maladie mentale, d'une stigmatisation...

Je conseille aux familles de se tourner vers leur centre médico-psychologique de référence, ou la maison des adolescents de leur département ; l'« intersecteur », comme on dit, où l'accueil est sectorisé – comme pour l'école. Les soins y sont gratuits, c'est une avancée démocratique importante. Il faut parfois faire avec des délais d'attente, mais c'est un lieu d'accueil et d'orientation adapté.

Lire aussi | Dans les centres médico-psychologiques, porte d'entrée du soin psychiatrique, le tri des patients s'impose de plus en plus

Suicide : un numéro d'urgence au 31 14

Des services d'écoute, anonymes, existent, si vous avez besoin d'aide, si vous êtes inquiet ou si vous êtes confronté au suicide d'un membre de votre entourage. La ligne de prévention du suicide est joignable 24h/24 et 7j/7 au **31 14**.

Une ligne d'écoute (0 800 235 236) dédiée aux jeunes est accessible 7 jours sur 7 de 9 heures à 23 heures (service et appel anonyme et gratuit).

D'autres informations sont disponibles sur le site du numéro national de prévention du suicide :

- Je suis en souffrance
- Je m'inquiète pour quelqu'un
- Je suis impacté par un suicide

Mattea Battaglia

Le Monde Ateliers

Découvrir

Cours du soir
L'heure d'Israël au Moyen-Orient avec Gilles Paris

Cours du soir
Comprendre le grand désordre mondial par les cartes avec Delphine Papin

Atelier d'écriture
Quinze heures d’apprentissage avec Jean Rouaud

Voir plus