

## L'ESSENTIEL

Si la détresse psychologique touche 23 % des jeunes de 15 à 24 ans en Provence-Alpes-Côte d'Azur, elle n'est souvent que transitoire et liée à des événements stressants ou des accidents de vie. Toutefois, son repérage et un accompagnement adéquat peuvent éviter qu'elle conduise à une maladie et/ou multiplie les difficultés sociales.

Selon l'enquête décennale santé (EDS) en effet, dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, ce sont les filles (32 %) qui présentent davantage de signes de détresse psychologique que les garçons (12 %). Chez les jeunes filles de la région, la fréquence de ces troubles est significativement supérieure à la moyenne nationale.

Il semble que les filles expriment plus volontiers cette détresse et ont davantage recours à l'information et aux soins que les garçons.

Ces derniers sont plus souvent dans le déni ou expriment leur mal-être par des comportements à risque.

Par ailleurs, les analyses réalisées à partir de cette enquête montrent que les jeunes ayant vécu des événements stressants voire dramatiques ou des dysfonctionnements familiaux présentent plus de risques que les autres de développer une détresse psychologique. C'est le cas aussi après 18 ans, pour les jeunes inactifs ou au chômage, davantage que les actifs ou les étudiants.

Les parents et les professionnels en contact avec les jeunes doivent être attentifs aux signes et aux situations à risque de détresse psychologique.

L'amélioration de la prise en charge de la santé des jeunes repose notamment sur des actions de sensibilisation ciblées, tenant compte des différences entre les garçons et les filles.

# La détresse psychologique chez les jeunes de 15-24 ans en Provence-Alpes-Côte d'Azur

## Résultats de l'Enquête Décennale Santé

La « détresse psychologique » se caractérise par la présence de symptômes, le plus souvent dépressifs ou anxieux. Ces symptômes, relativement communs, apparaissent généralement dans un contexte d'accidents de vie ou d'événements stressants et peuvent être transitoires. Dans la majorité des cas, les personnes en détresse psychologique ne présentent pas de maladie psychiatrique et n'en présenteront jamais (European Commission, 2004). Leur prise en charge ne nécessite pas alors forcément de soins spécialisés. Il y a nécessité de prise en charge médicale et psychologique quand une personne présente une altération significative au niveau clinique ou social (Cléry-Melin, 2003). Toutefois, mal repérée ou mal accompagnée, la détresse psychologique peut faire basculer la personne dans une maladie ou multiplier les difficultés sociales. C'est pourquoi elle représente un enjeu important, notamment chez les jeunes (HCSP, 2000).

A partir de l'enquête décennale santé (EDS)<sup>1</sup> réalisée en 2002-2003 et de son extension en région Provence-Alpes-Côte d'Azur, ce « repèreSanté » présente la fréquence et les facteurs associés (état de santé, événements de vie négatifs, antécédents familiaux, situation sociale...) à la détresse psychologique chez les adolescents et jeunes adultes de la région.

### Une jeune fille sur trois exprime une détresse psychologique : une proportion plus élevée qu'en France

Selon l'enquête décennale santé 2002-2003, 22,7 % des jeunes de 15-24 ans de la région PACA expriment des signes de détresse psychologique. Ce pourcentage est plus élevé pour les filles (32,0 %) que pour les garçons (12,2 %). Chez les filles uniquement, il est plus élevé en région PACA qu'au niveau national [Graphique 1]. Cet écart ne s'explique pas par des différences de conditions de vie, d'état de santé ou de certains facteurs de risque de la détresse psychologique (événements de vie négatifs...) entre la région PACA et la France.

<sup>1</sup> Cf. Repères méthodologiques



Région  
PACA

Inserm

Institut national  
de la santé et de la recherche médicale  
UMR 379  
Epidémiologie et Sciences Sociales  
Appliquées à l'Innovation Médicale

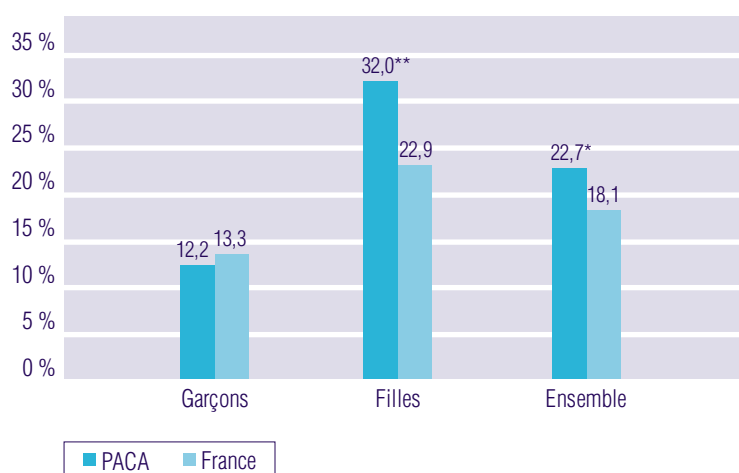


OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE  
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR



La différence entre filles et garçons est habituellement observée en santé mentale. Elle peut s'expliquer par des différences de vulnérabilité. Mais elle peut également être liée à des différences dans la perception et la déclaration des symptômes anxieux et dépressifs. En effet, les filles expriment davantage ces difficultés, en partie parce que cela est mieux accepté socialement. Elles cherchent aussi plus fréquemment de l'aide auprès de proches ou de professionnels alors que les garçons ont tendance à être davantage dans le déni ou à exprimer leur mal-être à travers des comportements à risque (consommation de produits psychoactifs...) (HCSP, 2000).

Part des jeunes de 15-24 ans présentant des signes de détresse psychologique, en Provence-Alpes-Côte d'Azur et en France (en %)



\*\* Différence significative au seuil de 5 %  
\* Différence significative au seuil de 10 %

Graphique 1

Source : INSEE, enquête décennale santé 2003 - exploitation ORS PACA

## Événements de vie difficiles, antécédents familiaux de problèmes de santé mentale : des situations à risque

Dans l'enquête décennale santé, la proportion de jeunes exprimant une détresse psychologique est significativement plus élevée parmi ceux qui ont vécu des événements de vie dramatiques (décès ou maladie grave d'un des deux parents, graves disputes ou divorce des parents...). En effet, ces événements constituent des facteurs de risque d'une détresse psychologique chez les jeunes, qu'ils en soient « victimes » directes ou « témoins » (maladie d'un proche...). Leur impact varie toutefois selon les individus, en fonction de leur capacité de résilience, c'est-à-dire leur capacité à surmonter les événements de vie douloureux. Certaines situations, comme par exemple une bonne entente avec les parents ou des activités

extrascolaires favorisent la résilience et peuvent aider à surmonter des événements difficiles. Mieux connaître, comprendre et promouvoir ce qui favorise la résilience, notamment dans les familles à risque, constitue aujourd'hui un des axes d'action pour prévenir la souffrance psychique des jeunes (HCSP, 2000).

Par ailleurs, les analyses réalisées à partir de l'enquête décennale santé montrent que, chez les garçons uniquement, le risque de détresse psychologique apparaît plus élevé lorsque les parents ont eux-mêmes connu des événements de vie négatifs (décès, maladie ou divorce des parents dans la jeunesse, décès d'un proche, divorce, difficultés matérielles au cours de l'année) ou lorsque l'un d'eux souffre de dépression. Certains pédopsychiatres avancent que les garçons, habituellement peu enclins à exprimer leur mal-être s'autoriseraient alors à reconnaître ou exprimer leur souffrance en présence de tels événements.

## Plus de problèmes de santé physiques, mentaux et de comportements à risque chez les jeunes en détresse psychologique

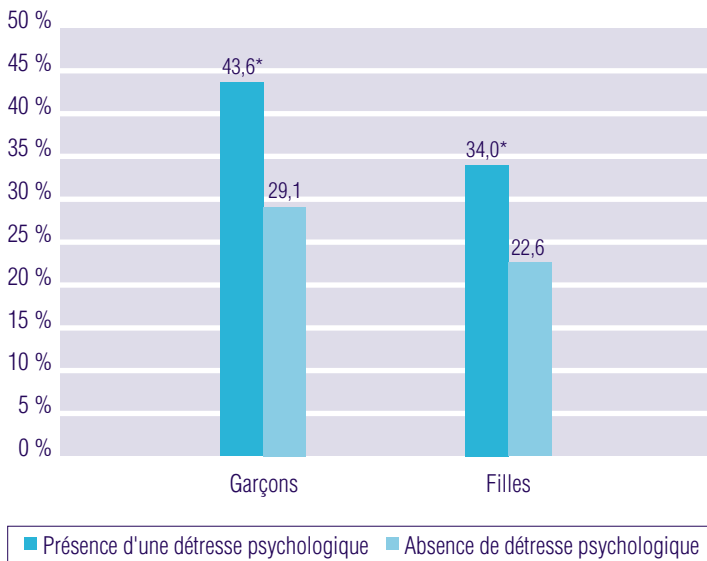
Dans l'enquête décennale santé, 9,5 % des jeunes en détresse psychologique ont déclaré avoir un trouble mental (dépression, troubles anxieux...). Bien que dans cette enquête les troubles mentaux aient été déclarés par les individus et non diagnostiqués par un médecin, ces résultats montrent bien que la détresse psychologique n'est pas équivalente à une pathologie psychiatrique. Toutefois, au-delà d'un certain seuil, la fréquence et la gravité des symptômes de détresse psychologique peuvent constituer un indicateur de risque accru de trouble mental.

Les jeunes exprimant une détresse psychologique déclarent également davantage d'incapacités physiques (difficultés à courir, marcher, monter des escaliers...) que les autres. Il est en effet bien établi, chez les adultes comme chez les enfants, que la détresse psychologique et les troubles de santé mentale sont plus fréquents chez les personnes souffrant de problèmes de santé physique, notamment de maladies chroniques (diabète, maladies respiratoires...) que chez les autres (Barlow, 2006 ; Pratt, 2007). Cette problématique est au cœur du « plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques » adopté par le gouvernement français pour la période 2007-2011 et décliné au niveau de la région PACA dans le cadre du Plan régional de santé publique (PRSP).

Enfin, on constate également chez les jeunes une association entre le fait de fumer quotidiennement du tabac et l'expression d'une détresse psychologique (Graphique 2), association plus forte chez les filles que chez les garçons. Chez les adolescents comme dans la population adulte, il existe une forte corrélation entre



Consommation quotidienne de tabac des jeunes de 15-24 ans selon la présence ou non d'une détresse psychologique et selon le sexe, France (en %)



Note de lecture : 34,0 % des filles en détresse psychologique déclarent fumer quotidiennement contre 22,6 % des filles qui ne présentent pas de signes de détresse psychologique.

\* Différence significative au seuil de 1 %

Graphique 2

Source : INSEE, enquête décennale santé 2003 - exploitation ORS PACA

la consommation de tabac et la présence de symptômes anxio dépressifs (Pratt, 2007 ; Parks, 2007). Les explications de cette corrélation sont toutefois complexes et ne sont pas encore bien connues : d'une part, la dépression et l'anxiété pourraient favoriser les comportements à risque comme le tabagisme ; d'autre part, les effets biologiques du tabac pourraient aussi induire des symptômes dépressifs (Parks, 2007). Pour les intervenants de terrain, le tabagisme et la consommation d'autres produits induisant des risques pour la santé, licites ou illicites (cannabis notamment), font partie des nombreux « petits signes » qui peuvent traduire l'existence d'une souffrance psychique chez les jeunes et participent à son repérage (HCSP, 2000).

Les jeunes chômeurs et inactifs expriment plus souvent une détresse psychologique

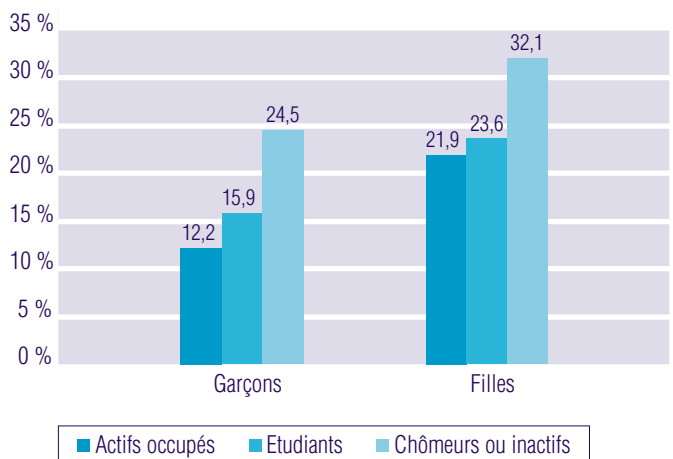
Après 18 ans, les jeunes inactifs ou au chômage expriment significativement plus souvent une détresse psychologique (29,2 %) que les jeunes actifs occupés (16,5 %) [Graphique 3], chez les filles comme chez les garçons et ce, indépendamment de la situation socio-économique du foyer et de leurs antécédents en termes d'accidents de vie ou de problèmes de santé mentale. Deux explications sont possibles : ces situations peuvent être à l'origine d'une détresse psychologique, notamment parce qu'elles s'accompagnent souvent d'un isolement social et qu'elles entraînent une

mauvaise estime de soi. Inversement, les cas les plus sévères de détresse psychologique pourraient être à l'origine de difficultés sociales, notamment de problèmes d'insertion par le travail. Cette relation à double sens entre état de santé mentale et situation sociale devrait impliquer une collaboration entre les acteurs, du soin et du social, qui sont en contact avec ces jeunes (travailleurs sociaux, professionnels de la santé mentale, médecin traitant...) (HCSP, 2000). Mais les différences de perceptions et de points de vue des professionnels du soin et des acteurs sociaux, notamment sur ce que l'on peut mettre sous le terme de santé mentale et sur leurs rôles respectifs ainsi qu'un manque de moyens dans les services de psychiatrie et ceux de l'action sociale, au regard des besoins, ne facilitent pas ces collaborations (ORS PACA, 2007).

Les étudiants sont dans une situation intermédiaire du point de vue de la fréquence de la détresse psychologique. Les résultats de l'enquête décennale santé montrent en effet que près de 20 % d'entre eux expriment une détresse. Celle-ci pourrait être la conséquence des difficultés d'adaptation à la vie universitaire rencontrées lors de la transition du lycée à la faculté qui signifie souvent un éloignement de la famille et une plus grande autonomie vis-à-vis de l'acquisition de connaissances. Dans certaines filières (classes préparatoires aux grandes écoles, études médicales...), les étudiants doivent passer des concours difficiles et sont donc confrontés au stress induit par l'obligation de performance et la compétition. Les Services de médecine préventive universitaires (SMPU) et les Bureaux d'aide psychologique universitaires (BAPU) constituent des structures ressources pour les étudiants.



Part des jeunes de 18-24 ans présentant des signes de détresse psychologique selon leur activité, France (en %)



Quel que soit le sexe, les différences sont significatives au seuil de 5 %

Graphique 3

Source : INSEE, enquête décennale santé 2003 - exploitation ORS PACA



## repèreSanté

N° 15  
2008

RepèreSanté est le bulletin sur la santé de la population régionale qui présente les données acquises dans le cadre du réseau partenarial de l'Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur.

## Remerciements

Les données de l'enquête décennale santé 2003 (EDS) ont été fournies par l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). Cette enquête a bénéficié d'une extension régionale en Provence-Alpes-Côte d'Azur grâce au concours du Conseil Régional. Ce bulletin a été réalisé grâce au soutien financier du Conseil Régional.

Nous remercions particulièrement le Pr Poinso (pédopsychiatre, Hôpital Sainte-Marguerite, Marseille) et le Dr Bronsard (pédopsychiatre, Maison départementale de l'adolescent des Bouches-du-Rhône, Marseille) pour leur relecture critique et constructive de ce « repèreSanté ».

*RepèreSanté est le bulletin qui présente régulièrement les travaux statistiques menés en commun dans le cadre du partenariat entre l'Unité INSERM 379 (Epidémiologie & Sciences Sociales Appliquées à l'Innovation Médicale) dirigée par le Pr JP. Moatti et l'Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur dirigé par le Dr Y. Obadia.*

RepèreSanté N°15 - Avril 2008  
Editeur : ORSPACA - INSERM U 379  
23 rue Stanislas Torrents 13006 Marseille  
Directeur de la publication : Dr Y. OBADIA  
Maquette : C. JUIN - N° d'ISSN : 1957-6749  
Tirage : 2000 exemplaires  
Imprimeur : Espace Imprimerie - Marseille

## Repères méthodologiques

Depuis 1960, les enquêtes décennales sur la santé et les soins médicaux (EDS) menées par l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) permettent d'étudier le comportement des Français face au risque de maladie. L'échantillon analysé ici est constitué de 3 579 jeunes âgés de 15 à 24 ans, dont 257 résidant en région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Afin d'étudier les facteurs associés à la détresse psychologique, des analyses multivariées (toutes choses égales par ailleurs) ont été réalisées sur les jeunes encore rattachés au domicile familial (75 % de l'échantillon). Les variables testées étaient les caractéristiques socio-économiques du foyer, l'état de santé, les événements de vie vécus par l'enfant et par ses parents, la région de domicile.

La détresse psychologique a été « mesurée » à l'aide de cinq questions issues de l'échelle de qualité de vie SF-36 : « *Au cours des 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti(e) : 1/ très nerveux(se) ; 2/ si découragé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral ; 3/ calme et détendu(e) ; 4/ triste et abattu(e) ; 5/ heureux(se) ?* ». Les réponses se font sur une échelle de fréquence. Un score global de santé psychique est calculé en sommant les valeurs des réponses de chaque question et en réalisant une transformation linéaire (score final variant de 0 à 100). Tous les jeunes ayant un score inférieur ou égal à 52 étaient considérés comme présentant des signes de « détresse psychologique ». Cet indicateur ne pose pas un diagnostic précis mais permet d'estimer la proportion de la population ayant des symptômes suffisamment nombreux ou intenses pour se classer dans un groupe probablement à risque de présenter une détresse psychologique.

## Pour en savoir plus

- Barlow JH., Ellard DR. (2006). « The psychological well-being of children with chronic disease, their parents and siblings: an overview of the research evidence base ». *Child Care Health Dev*, 32(1), p. 19-31.
- Cléry-Melin, et al. (2003). Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale. Rapport d'étape de la mission Cléry-Melin remis au ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. [http://www.sante.gouv.fr/hm/actu/clery\\_melin/sommaire.htm](http://www.sante.gouv.fr/hm/actu/clery_melin/sommaire.htm)
- European Commission (2004). *The State of Mental Health in the European Union*. European Commission, 79 p.
- Haut comité de la santé publique (HCSP) (2000). *La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes*. Haut Comité de la santé publique. Rennes, Éditions ENSP, 93 p.
- Lovell AM. (2004). *Santé mentale et société. Problèmes politiques et sociaux n° 899*. Paris, La Documentation française, 120 p.
- Lovell AM. (2005). « Psychose, environnement social et contexte proche : un regard socio-anthropologique ». *Psychiatrie Française*, 36, p. 47-55.
- ORS PACA, Ville de Marseille (2007). *Démarche d'état des lieux dans le domaine de la santé mentale à Marseille – Tableau de bord, enquête auprès des structures et approche qualitative : Synthèse générale*, 27 p.
- Parks S., Romer D. (2007). « Associations between smoking and depression in adolescence: an integrative review ». *Taehan Kanho Hakhoe Chi*, 37(2), p. 227-41.
- Pratt LA., et al. (2007). « Characteristics of adults with serious psychological distress as measured by the K6 scale : United-States, 2001-04 ». *Advance Data*, 382, p. 1-20.
- Verger P., et al. (2004). « Les pratiques de prise en charge des jeunes suicidants en Provence-Alpes-Côte d'Azur ». *Santé publique*, 16, 3, p. 541-550.
- Verger P., et al. (2007). « Identification des idées suicidaires chez les sujets traités par antidépresseurs ou anxiolytiques en médecine générale : une analyse multiniveaux ». *Journal of Affective Disorders*, 99, p. 253-257.

Observatoire Régional de la Santé  
Provence-Alpes-Côte d'Azur

23, rue Stanislas Torrents. 13006 Marseille. France  
Tél. : (+33) 04 91 59 89 00 / Fax : (+33) 04 91 59 89 24  
Courriel : [accueil@orspaca.org](mailto:accueil@orspaca.org) / Site Internet : [www.orspaca.org](http://www.orspaca.org)

