adaptation (2nd ed.). New-York: Wiley & Sons, 2006, pp. 202-34.

[13] Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM, Beautrais AL. Subthreshold depression in adolescence and mental health outcomes in adulthood. Arch Gen Psychiatry. 2005; 62:66-72.

[14] Ross CE. Neighborhood disadvantage and adult depression. J Health Soc Behav. 2000; 41:177-87.

[15] Chaix B, Merlo J, Subramanian SV, Lynch J, Chauvin P. Comparison of a spatial perspective with the multilevel analytical approach in neighborhood studies: the case of mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use in Malmo, Sweden, 2001. Am J Epidemiol. 2005; 162:171-82.

[16] Péchoux S. Perceptions de l'espace résidentiel et santé mentale. Images des lieux et images de soi dans les quartiers prioritaires de la politique de la Ville du 20e arrondissement de Paris. In: Chauvin P, Parizot I, eds. Santé et expériences de soins. De l'individu à l'environnement social. Paris: Vuibert-Inserm, 2005; pp. 222-58.

[17] Heim C, Newport DJ, Heit S, Graham YP, Wilcox M, Bonsall R, Miller AH, Nemeroff CB. Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual abuse and physical abuse in childhood. JAMA. 2000; 284:592-7.

[18] Caspi A, Sugden K, Mofitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H *et al.* Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. Science. 2003; 301:386-9.

Facteurs associés à la santé mentale des étudiants : facteurs socio-économiques et universitaires, support social et contrôle de soi

Pierre Verger (pierre.verger@inserm.fr)[1,4], **Valérie Guagliardo**[1,4], **Jean-Baptiste Combes**[1], **Viviane Kovess-Masfety**[2], **Caroline Lions**[1], **Frédéric Rouillon**[3], **Patrick Peretti Wattel**[4]

1 / Observatoire régional de la santé Paca, Marseille, France 2 / Fondation pour la santé publique MGEN, Université Paris V, Paris, France
3 / Université Paris V, Inserm U 669, CMME, Hôpital Sainte-Anne, Paris, France 4 / Inserm UMR 912, Marseille, France

Résumé / *Abstract*

Introduction – Cet article poursuit deux objectifs : 1/évaluer la prévalence de la détresse psychologique (DP) chez les étudiants universitaires de première année ; et 2/ étudier les facteurs de risque (socio-économiques, liés à l'université) et facteurs protecteurs (contrôle de soi, support social).

Méthode – Étude transversale d'un échantillon aléatoire d'étudiants de 18-24 ans primo-inscrits en première année d'université en région Paca en 2005-2006. Questionnaire standardisé en auto-passation ou téléphonique. Analyse multivariée, réalisée séparément pour chaque sexe, afin d'étudier les facteurs associés à la DP.

Résultats – 1 743 (71,0 %) étudiants ont participé. La prévalence de la DP était de 15,7 % [IC 95 % : 12,9-18,5] chez les garçons et 33,0 % [IC 95 % : 30,2-35,9] chez les filles. La DP était associée, chez les garçons, aux événements négatifs récents de vie (OR = 3,00 ; [IC 95 % : 1,67-5,39]), aux difficultés d'adaptation à l'université (OR = 1,08 ; [IC 95 % : 1,00-1,16]) et au contrôle de soi (OR = 0,73 ; [IC 95 % : 0,68-0,79]). Chez les filles, la DP était associée à une nationalité étrangère (OR = 1,97 ; IC [95 % : 1,03-3,77]), aux antécédents psychiatriques (OR = 2,42; [IC 95 % : 1,55-3,78]), aux études médicales (OR = 2,47; [IC 95 % : 1,50-4,06]), aux difficultés d'adaptation à l'université (OR = 1,07 ; [IC 95 % : 1,03-1,12]), au contrôle de soi (OR = 0,78 ; [IC 95 % : 0,74-0,81]) et au support social (OR = 0,68 ; [IC 95 % : 0,54-0,86]).

Conclusion – Les facteurs associés à la DP chez les étudiants de première année diffèrent notablement selon le sexe.

Factors associated to mental health in university students: a study of socioeconomic and academic stressors, social support and mastery

Introduction – *This article aims at: 1) assessing the prevalence of psychological distress (PD) in students during their first year of university; 2) studying its associations with stressors (socioeconomic and university-related) and protective (mastery, social support) factors.*

Methods – *Cross-sectional study of a random sample of students aged 18-24 years, in their first year of university in 2005-2006, enrolled in the universities of southeastern France. Standardised questionnaire, by self-administration or telephone interview. A multivariate analysis was performed separately in men and women to study factors associated to PD.*

Results – *Overall, 1,743 students agreed to participate (71.0%). PD prevalence was estimated at 15.7% (CI 95%: 12.9-18.5) among the young men and 33.0% (CI 95%: 30.2-35.9) among the young women. PD was associated among men with recent adverse life events (OR = 3.00; CI 95%: 1.67-5.39), lack of adjustment to the university academic environment (OR = 1.08; CI 95%: 1.00-1.16), and mastery (OR = 0.73; CI 95%: 0.68-0.79). Among women, the prevalence of PD was associated with non-French nationality (OR = 1.97; CI 95%: 1.03-3.77), psychiatric history (OR = 2.42; CI 95%: 1.55-3.78), medical studies (OR = 2.47; CI 95%: 1.50-4.06), lack of adjustment to the university academic environment (OR = 1.07; CI 95%: 1.03-1.12), mastery (OR = 0.78; CI 95%: 0.74-0.81), and social support (OR = 0.68; CI 95%: 0.54-0.86).*

Conclusions – *Risk and protective factors for PD in first-year university students notably differ according to gender.*

Mots clés / *Key words*

Santé mentale, contrôle de soi, support social, stress psychologique, étudiants / *Mental health, self efficacy, social support, stress, psychological, students*

Introduction

La santé mentale des étudiants pose une question importante de santé publique. Aller à l'université implique souvent de quitter la maison familiale, peut s'accompagner d'un isolement affectif et de difficultés financières et confronte l'étudiant à un nouvel environnement, voire, dans certaines filières, à la pression de performance. Certaines études suggèrent que la prévalence de la détresse psychologique (DP), un indicateur de mauvaise santé mentale [1], est plus élevée chez ces étudiants que dans la population active de même âge [2-4]. Les facteurs de risque ou de protection vis-à-vis de la DP chez les étudiants ont cependant été peu étudiés.

Nous avons conduit une étude sur les conditions de vie et la santé mentale des étudiants de première année dans les universités de la région Paca, de novembre 2005 à juillet 2006. Cet article poursuit deux objectifs : 1) évaluer la prévalence de la DP dans cette population ; 2) étudier, séparément chez les garçons et les filles, en tenant compte des facteurs de vulnérabilité, les facteurs associés à la DP, en particulier leur situation socio-économique, leur adaptation à l'enseignement universitaire et leurs ressources internes (le contrôle de soi défini comme la perception que l'on peut exercer un contrôle sur le cours de son existence [5]) et externes (le support social, défini comme la disponibilité, dans son entourage, de personnes en qui on peut avoir confiance et qui font qu'on se sent soutenu et mis en valeur [6]).

Méthode

Les étudiants de 18-24 ans, inscrits en 2005-2006 en première année dans l'une des six universités de la région Paca (télé-enseignement et redoublants exclus) ont été sélectionnés aléatoirement à partir des listes fournies par les universités après stratification sur la filière d'études et sur les services de médecine préventive universitaire (SMPU).

Les données ont été recueillies à l'aide d'un autoquestionnaire standardisé remis aux étudiants lors

de la visite dans les SMPU. Les absents à cette visite ont reçu le questionnaire par la poste ; enfin, un enquêteur a contacté par téléphone ceux ne l'ayant pas renvoyé pour une interview assistée par ordinateur. L'étude a reçu l'autorisation de la Commission nationale informatique et libertés (CNIL).

Nous avons évalué la DP avec le *Mental Health Inventory-5* (MHI-5) module du questionnaire de qualité de vie SF36 [7] et calculé un score de sévérité de DP (0-100). La présence d'une DP (variable dépendante) était définie par un score MHI-5 $\leq$ 52 [8]. Le questionnaire relevait aussi les informations suivantes : caractéristiques démographiques des étudiants ; niveau socio-économique évalué par le fait de recevoir, ou non, une bourse de l'enseignement supérieur ; nationalité française (oui/non) ; événements de vie négatifs personnels depuis la rentrée universitaire (maladie grave, accident, hospitalisation…) ou familiaux (décès, divorce, chômage…) (oui/non) ; antécédents de psychothérapie, de tentative de suicide, utilisation récente ou passée de médicaments psychotropes (des exemples des spécialités les plus prescrites étaient fournis) ; des antécédents psychiatriques étaient considérés présents en cas d'antécédents, avant la rentrée universitaire, de tentative de suicide, d'utilisation de médicaments psychotropes plusieurs fois par semaine et/ou de psychothérapie pendant au moins un mois ; temps de travail universitaire personnel ; échelles d'adaptation à l'enseignement universitaire (6 items) [9] et échelles internationales de support social [6, 10] (4 items) et de contrôle de soi (7 items) [5] ; pour chacune d'elles, nous avons construit un score par sommation des items correspondants.

Afin d'étudier les facteurs de risque ou de protection associés à la prévalence de la DP, une analyse multivariée a été réalisée, par régression logistique pas à pas descendante, séparément pour chaque sexe. Les variables associées à la DP en analyse univariée avec un $p < 0,20$ ont été inclues dans le modèle initial. A l'exception du mode de passation du questionnaire, de l'âge et des antécédents psychiatriques (variables forcées), les variables ont été éliminées au seuil de 0,05 % pour obtenir le modèle final. Nous avons conduit les analyses sous SAS® version 9.1 pour Windows®.

Résultats

Sur 2 557 étudiants sélectionnés, 102 étaient inéligibles (4,0 %), 87 ont refusé de participer lors de la visite dans les SMPU (3,4 %) et 625 étaient absents à cette visite, n'ont pas renvoyé le questionnaire postal ni répondu au questionnaire téléphonique (24,4 %) : 1 743/2 455 étudiants éligibles ont participé (71,0 %). Vingt questionnaires ont été exclus car incomplets, laissant 1 723 questionnaires pour les analyses : 725 garçons (42,1 %) et 998 filles (57,9 %). L'âge moyen était 19,5 ans chez les garçons et 19,4 ans chez les filles (p = 0,01) ; 89,9 % des étudiants étaient célibataires et 5,1 % étrangers ; 40 % des étudiants ont déclaré recevoir une bourse. En médecine, 59 % des étudiants ont déclaré un travail universitaire personnel de 10 heures ou plus par semaine et 6,2 % dans les autres filières. La prévalence de la DP était de 25,7 % [IC 95 % : 23,7-27,8] dans l'ensemble de l'échantillon, 15,7 % [IC 95 % : 12,9-18,5] chez les garçons et 33,0 % [IC 95 % : 30,2-35,9] chez les filles.

Chez les garçons, l'analyse univariée indique que la prévalence de la DP était significativement augmentée chez les étudiants plus âgés, ceux ayant complété un auto-questionnaire postal (tableau 1), ayant des antécédents psychiatriques, vécu des événements de vie négatifs récents, ayant des difficultés d'adaptation à l'enseignement universitaire ou un faible contrôle de soi (tableau 2). En analyse multivariée (tableau 3), seuls les événements de vie négatifs, les difficultés d'adaptation et le contrôle de soi étaient encore associés à la DP.

Chez les filles, l'analyse univariée indique une prévalence de la DP plus faible chez celles ayant répondu au questionnaire téléphonique et plus élevée chez celles mariées (tableau 1), ayant des antécédents psychiatriques ou vécu des événements de vie négatifs récents, inscrites dans une filière médicale, ayant des difficultés d'adaptation à la vie universitaire ou ayant un faible support social ou contrôle de soi (tableau 2). En analyse multivariée (tableau 3), les antécédents psychiatriques, la nationalité, la filière universitaire, les difficultés d'adaptation, le support social, le contrôle de soi et les modalités de réponse à l'enquête étaient encore associés à la prévalence de la DP.

Tableau 1 **Caractéristiques sociales et démographiques des étudiants et leur association avec la prévalence de la détresse psychologique - région Paca, 2005-2006, analyses univariées / *Table 1 Students socio-demographic characteristics and their association with the prevalence of psychological distress, PACA region, 2005-2006, univariate analyses***

	Garçons (N = 725)				Filles (N = 998)			
	Total (N)	Proportion d'étudiants en DP	OR non ajusté [IC95 %]	p	Total (N)	Proportion d'étudiants en DP	OR non ajusté [IC95 %]	p
Mode de recueil								
Auto-passation au SMPU	387	13,8	1		548	34,4	1	
Questionnaire postal	149	24,0	1,97 [1,19-3,24]	0,01	244	40,7	1,31 [0,97-1,77]	0,08
Téléphone	189	12,9	0,93 [0,53-1,62]	0,78	206	20,3	0,49 [0,34-0,70]	<0,001
Âge (années)								
18	93	8,8	1		154	37,5	1	
19	330	15,0	1,84 [0,83-4,10]	0,14	498	32,3	0,80 [0,55-1,16]	0,23
20 +	302	18,6	2,37 [1,07-5,25]	0,03	346	32,0	0,79 [0,53-1,16]	0,23
Nationalité française								
Oui	687	15,5	1		949	32,6	1	
Non	38	19,7	1,34 [0,57-3,16]	0,51	49	42,0	1,50 [0,85-2,64]	0,16
Statut marital								
Célibataire	652	15,8	1		888	32,0	1	
En couple	73	15,2	0,96 [0,47-1,96]	0,91	110	41,3	1,50 [1,01-2,21]	0,04
Bourse								
Non	471	16,0	1		568	32,4	1	
Oui	254	15,2	0,94 [0,60–1,48]	0,79	430	33,8	1,06 [0,82–1,38]	0,63

Discussion

Le taux de participation à cette enquête (71 %) est satisfaisant, même si l'on ne peut exclure que les étudiants non participants diffèrent des participants ; les conditions de déroulement de l'enquête n'ont pas permis de colliger des données permettant de les comparer. Cependant, une analyse comparant les caractéristiques des étudiants de l'enquête en fonction du mode de recueil [11], indique que les étudiantes jointes par téléphone, donc plus tardivement dans l'enquête par rapport aux autres modes de recueil, provenaient plus fréquemment de milieux sociaux moins favorisés et avaient plus souvent une activité rémunérée. Ceci suggère que la stratégie de recueil de données appliquée a permis d'améliorer la représentativité de l'échantillon. Ces différences pourraient expliquer, au moins en partie, les différences de DP selon le mode de recueil de données observées chez les filles (tableau 3).

La prévalence de la DP dans cette enquête (25,7 %) est intermédiaire comparativement aux résultats observés dans des études sur d'autres populations étudiantes en Europe et en Amérique du Nord ayant utilisé le *General Health Questionnaire* [2, 9, 12-14] dont les performances psychométriques sont voisines de celles du MHI-5 [15]. Ces outils sont des échelles de dépistage, indicatives d'un état à un moment donné et doivent être complétés, dans une approche clinique, par un examen diagnostique.

Nos résultats indiquent le même effet de genre et dans la même direction que dans les autres études chez les étudiants et jeunes adultes [2, 9, 16]. Observée dans différentes cultures [17], cette différence soulève diverses hypothèses : stress perçu plus important chez les filles que les garçons ; différences de modalités de réponse au stress entre sexes : notamment, les garçons en DP sont plus enclins à l'abus de substances et les filles à l'expression des émotions et à la manifestation de symptômes voire de troubles anxieux ou dépressifs ; ces différences sont aussi sous-tendues par des différences d'acceptabilité sociale de ces comportements et manifestations entre sexes ; différences aussi d'expériences et de modalités de socialisation.

Nous avons observé une association entre DP et antécédents psychiatriques chez les filles et entre DP et les événements de vie négatifs récents chez les garçons. Cette différence entre sexes pourrait être liée à la forte association entre antécédents psychiatriques et événements de vie, observée pour chaque sexe. L'association observée chez les filles suggère que l'état de santé mentale avant l'entrée à l'université pourrait être un facteur de vulnérabilité, face aux changements d'environnement et de conditions de vie lors de l'entrée à l'université.

Un faible niveau socio-économique n'était pas associé à la DP, contrairement à ce qui était attendu d'après la littérature, laquelle souligne le rôle favorisant de la précarité vis-à-vis de la détresse psychologique et des maladies mentales [18]. Il est possible que les bourses et allocations logement et/ou familiales compensent relativement bien les inégalités sociales et permettent de limiter les situations de précarité.

Les études de médecine étaient associées à une prévalence accrue de la DP, chez les filles uniquement. Il

Tableau 2 **Caractéristiques personnelles et liées à l'environnement universitaire des étudiants de première année et leur association avec la prévalence de la détresse psychologique - région Paca, 2005-2006, analyses univariées** / *Table 2 Personal and envrionment related characteristics of first year university students and their association with the prevalence of psychological distress, PACA region, 2005-2006, univariate analyses*

	Garçons (N = 725)				Filles (N = 998)			
	Total (N)	Proportion d'étudiants en DP	OR non ajusté [IC95 %]	p	Total (N)	Proportion d'étudiants en DP	OR non ajusté [IC95 %]	p
Antécédents psychiatriques								
Non	680	14,7	1		876	29,8	1	
Oui	45	30,7	2,56 [1,26-5,21]	0,01	122	56,0	2,99 [2,06-4,35]	< 0,001
Evénements de vie négatifs récents								
Non	615	12,3	1		792	28,4	1	
Oui	110	34,7	3,77 [2,31-6,15]	< 0,001	206	51,0	2,63 [1,94-3,57]	< 0,001
Filière médicale								
Non	653	15,6	1		885	31,3	1	
Oui	72	16,7	1,09 [0,55–2,17]	0,81	113	46,7	1,92 [1,30–2,82]	0,001
Adaptation à l'enseignement universitaire (score : 6-24)[1]	725	15,6[a]	1,14 [1,08-1,22]	< 0,001	998	15,9[a]	1,15 [1,11-1,19]	< 0,001
Contrôle de soi (score : 7-28)[2]	725	19,2[a]	0,73 [0,68-0,78]	< 0,001	998	19,4[a]	0,76 [0,73-0,79]	< 0,001
Support social (score : 0-4)[3]	725	3,4[a]	0,84 [0,67-1,04]	0,12	998	3,6[a]	0,55 [0,44-0,68]	< 0,001

[1] Plus le score est élevé, plus l'étudiant a des difficultés à s'adapter à l'enseignement universitaire.
[2] Plus le score est élevé, plus l'étudiant ressent qu'il peut contrôler le cours de son existence.
[3] Plus le score est élevé, plus l'étudiant se sent socialement soutenu.
[a] Score moyen.

s'agit de la seule filière, parmi celles représentées dans l'enquête, dans laquelle les étudiants préparent un concours très sélectif et sont ainsi soumis à une pression de performance et un travail personnel plus importants que dans d'autres filières.

Notre enquête indique, dans les deux sexes, que les difficultés d'adaptation à l'enseignement universitaire étaient associées à une prévalence augmentée de la DP, indépendamment des antécédents psychiatriques. Comparativement au lycée, la relation à l'enseignement change du tout au tout à l'université : la relation enseignant-étudiant est moins individualisée, les étudiants plus autonomes, ceci d'autant que le nombre d'étudiants en première année est élevé. Ces changements constituent des facteurs de stress importants. Le caractère transversal de cette enquête ne permet cependant pas de trancher sur la direction du lien observé : des difficultés d'adaptation peuvent favoriser une DP et réciproquement.

Tableau 3 **Facteurs associés à la prévalence de la détresse psychologique chez les étudiants de première année - région Paca, 2005-2006, analyses multivariées** / *Table 3 Factors associated with the prevalence of psychological distress in first year university students, PACA region, 2005-2006, multivariate analyses*

	Garçons 1		Filles 1	
	OR ajusté [IC 95 %]	P-Wald	OR ajusté [IC 95 %]	P-Wald
Mode de passation		**0,13**		**0,01**
Auto-passation au SMPU	1		1	
Questionnaire postal	1,80 [0,98-3,32]		1,24 [0,86-1,80]	
Téléphone	0,99 [0,53-1,86]		0,59 [0,38-0,91]	
Age (années)		**0,16**		**0,24**
18	1		1	
19	1,72 [0,70-4,20]		0,72 [0,47-1,12]	
20 +	2,39 [0,94-6,05]		0,68 [0,43-1,08]	
Nationalité				**0,04**
Française	-		1	
Non française	-		1,97 [1,03-3,77]	
Antécédents psychiatriques		**0,12**		**<0,001**
Non	1		1	
Oui	1,88 [0,85-4,13]		2,42 [1,55-3,78]	
Evénements de vie négatifs récents		**<0,001**		
Non	1		-	
Oui	3,00 [1,67-5,39]		-	
Filière médicale				**<0,001**
Non	-		1	
Oui	-		2,47 [1,50-4,06]	
Adaptation à l'enseignement universitaire (score : 6-24)[2]	1,08 [1,00-1,16]	0,045	1,07 [1,03-1,12]	<0,001
Contrôle de soi (score : 7-28)[3]	0,73 [0,68-0,79]	<0,001	0,78 [0,74-0,81]	<0,001
Support social (score : 0-4)[4]	-		0,68 [0,54-0,86]	0,001

[1] Statistique de Hosmer et Lemeshow : garçons : 0,29 ; filles : 0,94.
[2] Plus le score est élevé, plus l'étudiant a des difficultés à s'adapter à l'enseignement universitaire.
[3] Plus le score est élevé, plus l'étudiant ressent qu'il peut contrôler le cours de son existence.
[4] Plus le score est élevé, plus l'étudiant se sent socialement soutenu.

Notre enquête confirme le rôle de facteurs protecteurs vis-à-vis de la santé mentale : le contrôle de soi (filles et garçons) et le support social (filles uniquement). L'effet du contrôle de soi pourrait s'exercer de façon directe sur la DP et par un effet modérateur sur les facteurs de stress [19]. L'effet du support social semble varier selon le sexe, probablement en raison d'expériences de socialisation différentes [20].

Conclusion

Notre étude montre un niveau de prévalence de la DP intermédiaire par rapport aux populations d'étudiants de différents pays. Elle suggère que les facteurs de risque ou protecteurs de la DP varient selon le sexe et indique des niveaux de DP plus élevés en médecine et chez les étudiants ayant des difficultés d'adaptation à l'enseignement universitaire. Elle souligne le rôle de vulnérabilités antérieures à la vie universitaire chez les filles et celui des événements récents extra universitaires chez les garçons. Elle ne confirme pas de lien avec le profil socio-économique des étudiants. Ces résultats doivent être interprétés avec prudence compte tenu du caractère transversal de l'enquête. Ils seront approfondis en étudiant la prévalence de troubles psychiatriques relevés dans cette enquête.

Remerciements

Cette étude a été mise en œuvre à l'initiative du Conseil régional Provence-Alpes-Côte d'Azur, avec son soutien financier ainsi que ceux de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé et de la ville de Marseille.

Références

[1] Korkeila J, Lehtinen V, Bijl R, *et al.* Establishing a set of mental health indicators for Europe. Scand J Public Health. 2003;31:451-9.

[2] Adlaf EM, Gliksman L, Demers A, Newton-Taylor B. The prevalence of elevated psychological distress among Canadian undergraduates: findings from the 1998 Canadian Campus Survey. J Am Coll Health. 2001;50:67-72.

[3] Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students. Acad Med. 2006;81:354-73.

[4] Roberts R, Golding J, Towell T, Weinreb I. The effects of economic circumstances on British students' mental and physical health. J Am Coll Health. 1999; 48:103-9.

[5] Pearlin LI, Schooler C. The structure of coping. J Health Soc Behav. 1978;19:2-21.

[6] House JS, Kahn RL. Measures and concepts of social support. In: Cohen S, Syme LS, eds. Social support and health. Orlando, Florida: Academic Press Inc., 1995.

[7] Leplege A, Ecosse E, Verdier A, Perneger TV. The French SF-36 Health Survey: translation, cultural adaptation and preliminary psychometric evaluation. J Clin Epidemiol. 1998;51:1013-23.

[8] The European Opinion Research Group. The mental health status of the European population. In: Directorate-General Press and Communication "Opinion Polls PR, Europe Direct", ed. Brussels: SANCO Directorate General, 2003:27.

[9] Brachet S, Girod M, Liber A, Zorman M. "Le Mal-Être Etudiant " : Cause ou conséquence de l'échec à l'Université ? Grenoble, 1998:64.

[10] Beaudet MP. Depression. Health Rep. 1996;7:11-24, 11-25.

[11] Combes J-B, Guagliardo V, Peretti-Wattel P, Verger P. Utilisation de modes de recueil de données mixtes dans une enquête auprès des étudiants. In: Guibert P, Haziza D, Ruiz-Gazen A, Tillé Y, eds. Méthodes de sondage : applications aux enquêtes longitudinales, à la santé, aux enquêtes électorales et aux enquêtes dans les pays en développement. Paris: Dunod, 2007, sous presse.

[12] Carson AJ, Dias S, Johnston A, *et al.* Mental health in medical students. A case control study using the 60 item General Health Questionnaire. Scott Med J. 2000; 45: 115-6.

[13] Humphris G, Blinkhorn A, Freeman R, *et al.* Psychological stress in undergraduate dental students: baseline results from seven European dental schools. Eur J Dent Educ. 2002; 6: 22-9.

[14] Guthrie EA, Black D, Shaw CM, Hamilton J, Creed FH, Tomenson B. Embarking upon a medical career: psychological morbidity in first year medical students. Med Educ. 1995; 29:337-41.

[15] Hoeymans N, Garssen AA, Westert GP, Verhaak PF. Measuring mental health of the Dutch population: a comparison of the GHQ-12 and the MHI-5. Health Qual Life Outcomes 2004; 2: 23.

[16] Aalto-Setala T, Poikolainen K, Tuulio-Henriksson A, Marttunen M, Lonnqvist J. Predictors of mental distress in early adulthood: a five-year follow-up of 709 high-school students. Nord J Psychiatry. 2002; 56:121-5.

[17] Verhulst FC, Achenbach TM, van der Ende J, *et al.* Comparisons of problems reported by youths from seven countries. Am J Psychiatry. 2003;160:1479-85.

[18] Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, McGorry P. Mental health of young people: a global public-health challenge. Lancet. 2007; 369:1302-13.

[19] Bovier PA, Chamot E, Perneger TV. Perceived stress, internal resources, and social support as determinants of mental health among young adults. Qual Life Res. 2004; 13:161-70.

[20] Garber J. Depression in children and adolescents: linking risk research and prevention. Am J Prev Med. 2006; 31:S104-25.

Encadré

Améliorer la prescription des psychotropes chez le sujet âgé, une démarche participative de la Haute autorité de santé

Improving the prescription of psychotropic drugs in the elderly: a collaborative project conducted by the French National Authority for Health

Armelle Desplanques-Leperre (a.desplanques@has-sante.fr)[1], **Nathalie Riolacci-Dhoyen**[1] , **Sylvie Legrain**[1,2], **Laurent Degos**[1]
et le groupe de coopération « Améliorer la prescription des psychotropes chez le sujet âgé » [1]

1 / Haute autorité de santé, Saint-Denis, France 2 / Hôpital Bretonneau, Paris, France

En France, la prescription des psychotropes*, notamment chez le sujet âgé, constitue depuis plusieurs dizaines d'années un problème majeur et complexe. Plus d'une personne sur trois de plus de 70 ans fait usage de psychotropes en France. De nombreux travaux soulignent leurs mésusages et la nécessité d'actions ciblées, notamment pour cette population très exposée et vulnérable [2]. Vingt pour cent des 10 millions de personnes âgées consomment de façon chronique des hypnotiques ou anxiolytiques, alors que les risques liés à ces médicaments sont supérieurs aux bénéfices lors d'une utilisation chronique, qu'il s'agisse des troubles du sommeil ou des troubles anxieux. Il existe une sur- prescription délétère de neuroleptiques dans les troubles du comportement dits « productifs », fréquents chez les patients atteints de maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée. Les psychotropes sont ainsi à l'origine d'une iatrogénie importante (chutes, confusions, sédation excessive…), iatrogénie en grande partie évitable, car plus de la moitié des traitements ne serait pas indiquée. A l'inverse, la prescription des antidépresseurs chez le sujet âgé ayant une dépression caractérisée est souvent insuffisante en terme de mise sous traitement, de dose ou de durée, ce qui augmente le risque suicidaire (1 800 morts par suicide en 2005 chez les plus de 75 ans en France), aggrave les troubles somatiques, augmente la consommation de soins et accroit la mortalité.

Sur ce constat partagé, la Haute autorité de santé (HAS) a proposé une démarche participative centrée sur le parcours du patient et les pratiques cliniques. Un groupe de coopération associant largement professionnels de santé, experts et institutions[1] a été constitué fin 2006 et a analysé les déterminants et les conditions d'évolution de la prescription des psychotropes, en particulier dans les situations d'insomnie, de dépression, d'anxiété et de troubles du comportement du sujet âgé. Des actions relatives à l'amélioration des pratiques sont proposées pour les deux années à venir, en articulation avec d'autres interventions, notamment dans le cadre du plan Alzheimer.

Afin de favoriser la diffusion des bonnes pratiques, la HAS développe un espace en ligne, dédié à la prescription chez le sujet âgé, notamment celle des psychotropes [3]. Cet espace (www.has-sante.fr) met à disposition des équipes soignantes et du public une analyse médicale experte avec des textes de références, des retours d'expérience ainsi que des aides à l'amélioration des pratiques (programmes et outils). Un focus sur les psychotropes chez le sujet très âgé est en cours de développement. La rubrique Chiffres & Repères de cet espace présente des données illustrant la problématique et les pratiques actuelles. L'analyse du suivi de la consommation des psychotropes par le sujet âgé, réalisée en coopération avec l'assurance maladie, devrait contribuer à la compréhension de l'évolution des pratiques de prescription. Seront notamment analysées dans le temps les prescriptions de neuroleptiques chez les patients souffrant de la maladie d'Alzheimer, en cohérence avec les objectifs d'amélioration de la prescription chez ces patients.

De nombreux professionnels sont d'ores et déjà impliqués dans la mise en œuvre de l'amélioration des prescriptions de psychotropes. Des travaux sur l'arrêt de traitement chronique par benzodiazépines en médecine générale ont ainsi été présentés lors des premières rencontres thématiques de la HAS consacrées à la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé le 28 mai dernier [3].

Des recommandations répondant à la problématique concrète des prescripteurs sur les modalités d'arrêt des benzodiazépines chez le sujet âgé ont été réalisées en 2007 et devraient favoriser d'autres mises en œuvre [3] . L'amélioration de la prescription des psychotropes est conditionnée par une meilleure connaissance de leurs indications, du rapport bénéfice-risque de ces médicaments, et du développement des alternatives non médicamenteuses. Ainsi, en complément des récentes recommandations sur la maladie d'Alzheimer, sont en cours des recommandations ciblées sur la prise en charge des troubles du comportement du patient dément, qui aborderont les alternatives non médicamenteuses. Des recommandations sur la juste place des psychotropes dans la confusion du sujet âgé seront disponibles fin 2008. L'information de tous, personnels de santé comme usagers, constitue également un point essentiel pour améliorer les pratiques de prescription et de consommation des psychotropes en France, et une campagne d'information est à l'étude.

La dynamique actuelle témoigne d'une prise de conscience partagée des enjeux et d'une volonté d'agir en concertation. Il s'agit dans les deux années à venir d'obtenir des résultats concrets qui seront mesurés notamment par l'engagement des professionnels de santé dans des programmes d'amélioration des pratiques sur ce sujet, et par la consommation des psychotropes chez le sujet âgé en France.

Références

[1] Rapport « Améliorer la prescription des psychotropes chez le sujet âgé » HAS, 2007

[2] [Rapport « Le bon usage des médicaments psychotropes » OPEPS, 2006

[3] Espace thématique « Améliorer la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé » www.has-sante.fr, 2008

* anxiolytiques, hypnotiques, neuroleptiques, antidépresseurs pour l'essentiel.

La publication d'un article dans le BEH n'empêche pas sa publication ailleurs. Les articles sont publiés sous la seule responsabilité de leur(s) auteur(s) et peuvent être reproduits sans copyright avec citation exacte de la source.

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin épidémiologique hebdomadaire sur http://www.invs.sante.fr/BEH

Directrice de la publication : Dr Françoise Weber, directrice générale de l'InVS
Rédactrice en chef : Judith Benrekassa, InVS, redactionBEH@invs.sante.fr
Rédactrice en chef adjointe : Valérie Henry, InVS, redactionBEH@invs.sante.fr
Secrétaire de rédaction : Farida Mihoub, InVS, redactionBEH@invs.sante.fr
Comité de rédaction : Dr Sabine Abitbol, médecin généraliste ; Dr Thierry Ancelle, Faculté de médecine Paris V ; Dr Denise Antona, InVS ; Catherine Buisson, InVS ; Dr Christine Chan-Chee, InVS ; Dr Sandrine Danet, Drees ; Dr Isabelle Gremy, ORS Ile-de-France ; Dr Rachel Haus-Cheymol, Service de santé des Armées ; Dr Christine Jestin, Inpes ; Éric Jougla, Inserm CépiDc ; Dr Bruno Morel, InVS ; Josiane Pillonel, InVS ; Dr Sandra Sinno-Tellier, InVS ; Hélène Therre, InVS.
N°CPP : 0206 B 02015 - N°INPI : 00 300 1836 - ISSN 0245-7466

Diffusion / Abonnements : Alternatives Économiques
12 rue du Cap Vert - 21800 Quétigny
Tél. : 03 80 48 95 36
Fax : 03 80 48 10 34
Courriel (provisoire) : ddorey@alternatives-economiques.fr
Tarifs 2008 : France et international 52 € TTC
Institut de veille sanitaire - Site Internet : www.invs.sante.fr
Imprimerie : Maulde et Renou Sambre - Maubeuge
146, rue de la Liberté - 59600 Maubeuge