

sifs. Cette diminution illustre probablement le phénomène de clairance virale en fonction du temps, avec persistance des génotypes les plus agressifs dans les lésions sévères. Nous avons calculé pour chaque génotype le rapport des prévalences observées dans les cancers invasifs et dans les lésions de bas grade [11] selon la méthode utilisée par Clifford et coll. [2]. Ce rapport peut être considéré comme le reflet du risque de progression vers le cancer. Les génotypes 16, 18 et 33 semblent ainsi associés à des lésions ayant une forte probabilité de progression, les génotypes 31, 59, 68 et 45 étant eux associés à un risque intermédiaire, alors que les autres génotypes d'HPV sont détectés dans des lésions à faible probabilité d'évolution vers des formes cancéreuses.

Afin de ne pas surestimer l'impact potentiel de la vaccination, il était important de pouvoir distinguer les mono-infections HPV des infections multiples. Une surestimation est en effet possible si l'on considère par exemple que le génotype 16 (ou 18) représente l'agent causal d'une lésion dans laquelle il est détecté, ceci même en présence d'un autre génotype à haut risque. La prise en compte des mono-infections seules permet donc d'estimer l'impact vaccinal minimum attendu, et la prise en compte de tous les cas permet quant à elle d'estimer l'impact maximal. Les résultats des études EDiTH indiquent qu'en France, en considérant une couverture vaccinale de 100 %, un vaccin quadrivalent

dirigé contre les HPV 6, 11, 16 et 18 pourrait prévenir de 71 % à 82 % des cancers invasifs, de 45 % à 64 % des CIN2/3, de 14 % à 34 % des lésions de bas grade, et de 63 % à 88 % des condylomes. Notons cependant que cet impact potentiel correspond à une situation hypothétique optimale dans laquelle il est supposé que la couverture vaccinale est maximale, que les jeunes filles vaccinées n'ont aucune infection en cours par les génotypes concernés (6, 11, 16, 18), et que la couverture du dépistage par frottis cervico-utérin reste constante. Des études de terrain en population sont actuellement en cours pour évaluer l'impact réel de cette vaccination en France.

Remerciements

Les auteurs remercient particulièrement l'ensemble des centres investigateurs qui n'ont pas pu être tous cités ici ainsi que tous les gynécologues, dermatologues et proctologues ayant activement participé aux études EDiTH.

Références

- [1] Belot A, Grosclaude P, Bossard N, Jouglu E, Benhamou E, Delafosse P, et al. Cancer incidence and mortality in France over the period 1980-2005. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2008; 56:159-75.
- [2] Clifford GM, Rana RK, Franceschi S, Smith JS, Gough G, Pimenta JM. Human papillomavirus genotype distribution in low-grade cervical lesions: comparison by geographic region and with cervical cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2005; 14:1157-64.
- [3] Clifford GM, Smith JS, Aguado T, Franceschi S. Comparison of HPV type distribution in high-grade cervical lesions and cervical cancer: a meta-analysis. *Br J Cancer* 2003; 89:101-5.
- [4] Clifford GM, Smith JS, Plummer M, Munoz N, Franceschi S. Human papillomavirus types in invasive cervical cancer worldwide: a meta-analysis. *Br J Cancer* 2003; 88:63-73.

[5] Conseil supérieur d'hygiène publique de France. Comité technique des vaccinations. Groupe de travail sur la vaccination contre les papillomavirus. 23 mars 2007. http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/cshpfr_r_mt_230307_papillomavirus.pdf

[6] Smith JS, Lindsay L, Hoots B, Keys J, Franceschi S, Winer et al. GM. Human papillomavirus type distribution in invasive cervical cancer and high-grade cervical lesions: a meta-analysis update. *Int J Cancer* 2007; 121:621-32.

[7] Brown DR, Schroeder JM, Bryan JT, Stoler MH, Fife KH. Detection of multiple human papillomavirus types in Condylomata acuminata lesions from otherwise healthy and immunosuppressed patients. *J Clin Microbiol*. 1999; 37:3316-22.

[8] Potocnik M, Kocjan BJ, Seme K, Poljak M. Distribution of human papillomavirus (HPV) genotypes in genital warts from males in Slovenia. *Acta Dermatovenerol Alp Panonica Adriat*. 2007; 16:91-6, 8.

[9] Prétet JL, Jacquard AC, Carcopino X, Charlot JF, Bouhour D, Kantelip B, et al. Human papillomavirus (HPV) genotype distribution in invasive cervical cancers in France: EDiTH study. *Int J Cancer*.2008; 122:428-32.

[10] Prétet JL, Jacquard AC, Carcopino X, Monnier-Benoit S, Averous G, Soubeyrand B, et al. Human papillomavirus genotype distribution in high grade cervical lesions (CIN 2/3) in France: EDiTH study. *Int J Cancer*.2008; 122:424-7.

[11] Prétet JL, Jacquard AC, Saunier M, Clavel C, Dachez R, Gondry J, et al. Human papillomavirus genotype distribution in low-grade squamous intraepithelial lesions in France and comparison with CIN2/3 and invasive cervical cancer: the EDiTH III study. *Gynecol Oncol*. 2008; 110:179-84.

[12] Aubin F, Prétet JL, Jacquard AC, Saunier M, Carcopino X, Jaroud F, et al. Human papillomavirus genotype distribution in external acuminata condylomata: a Large French National Study (EDiTH IV). *Clin Infect Dis*. 2008; 47:610-5.

[13] Clifford G, Franceschi S, Diaz M, Munoz N, Villa LL. Chapter 3: HPV type-distribution in women with and without cervical neoplastic diseases. *Vaccine* 2006; 24 Suppl. 3:S26-34.

[14] Brown DR, Shew ML, Qadadri B, Neptune N, Vargas M, Tu W, et al. A longitudinal study of genital human papillomavirus infection in a cohort of closely followed adolescent women. *J Infect Dis*. 2005; 191:182-92.

[15] Kleter B, van Doorn LJ, Schrauwen L, Molijn A, Sastro-wijoto S, ter Schegget J, et al. Development and clinical evaluation of a highly sensitive PCR-reverse hybridization line probe assay for detection and identification of anogenital human papillomavirus. *J Clin Microbiol*.1999; 37:2508-17.

Troubles psychiatriques chez les étudiants universitaires de première année : prévalence annuelle, retentissement fonctionnel et recours aux soins en région Paca, France

Valérie Guagliardo (valerie.guagliardo@inserm.fr)^{1,2,3}, Fabien Gilbert⁴, Frédéric Rouillon⁵, Viviane Kovess-Masfety⁴, Pierre Verger^{1,2,3}

1/ Inserm, U912 (SE4S), Marseille, France 2/ Université Aix-Marseille, IRD, UMR-S912, Marseille, France 3/ Observatoire régional de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur, Marseille, France 4/ Fondation MGEN pour la santé publique, Université Paris V, Paris, France 5/ Clinique des maladies mentales et de l'encéphale, Hôpital Sainte-Anne, Paris, France

Résumé / Abstract

Objectifs – La prévalence des troubles psychiatriques (TP) chez les étudiants universitaires a été peu étudiée. Cet article porte sur la prévalence annuelle des TP chez des étudiants universitaires, leur retentissement fonctionnel et le recours aux soins.

Méthode – Étude transversale d'un échantillon aléatoire de 1 723 étudiants de première année d'université, âgés de 18-24 ans, inscrits en 2005-2006 dans l'une des six universités de la région Paca. Le *Composite International Diagnostic Interview Short Form* a été utilisé pour produire des diagnostics (critères DSM-IV) et l'échelle de Sheehan pour évaluer le retentissement fonctionnel.

Résultats – Les prévalences annuelles de dépression caractérisée (DC), troubles anxieux (TA) et troubles liés à l'utilisation de substances (TUS) étaient respectivement 8,9 % [IC95 % :7,2-10,9], 15,7 %

Psychiatric disorders among first year university students: 12-month prevalence, impairment and help-seeking in Paca region, France

Objective – Few studies have explored the prevalence of psychiatric disorders (PD) among university students. This article aims to study 12-month prevalence of PD in university students, impairment in daily life and help-seeking behaviours.

Methods – Cross-sectional study of randomly selected 1,723 first-year students aged 18-24 years, enrolled in one of the six universities in south-eastern France in 2005-2006. We used the *Composite International Diagnostic Interview Short Form* to derive DSM-IV diagnoses and the Sheehan disability scale to evaluate impairment.

[IC95 % :13,5-18,2] et 8,1 % [IC95 % :6,7-9,8]. Un retentissement fonctionnel important dans au moins un des domaines étudiés était observé chez 51,7 % des étudiants avec un TP ; il était encore plus fréquent en présence d'une comorbidité DC/TA (76,6 %). Enfin, seulement 30,5 % des étudiants avec un TP avaient consulté un professionnel de santé au moment de l'enquête pour ces problèmes.

Conclusion – Ces résultats suggèrent un retentissement des troubles psychiatriques caractérisés dans les études et d'un lien avec l'échec académique. La prévention et la prise en charge des TP chez les étudiants universitaires devraient être renforcées en France.

Mots clés / Key words

Troubles psychiatriques, prévalence, universités, étudiants / *Mental disorders, prevalence, universities, students*

Introduction

Peu d'études ont exploré la prévalence des troubles psychiatriques chez les étudiants universitaires, en utilisant des instruments diagnostiques [1]. Pourtant, cette catégorie de population appartient à une tranche d'âge dans laquelle les risques sont importants, et où certains troubles psychiatriques apparaissent ou se développent, notamment ceux de dépression caractérisée (DC), de certains troubles anxieux (TA) et de troubles liés à l'utilisation de substances (TUS) [2]. Or, les questions suivantes se posent : les troubles psychiatriques chez les étudiants entraînent-ils des difficultés dans leurs études ? Et quel est le niveau de recours aux soins chez des étudiants présentant de tels troubles ?

Par ailleurs, peu de données existent, à notre connaissance, sur le recours aux soins des étudiants ayant des troubles psychiatriques.

Dans le cadre d'une étude sur les conditions de vie, la santé et les comportements de santé d'étudiants entrant à l'université, des données ont été recueillies pour mieux documenter certains aspects relatifs à leur santé mentale. Le présent article vise à 1) estimer la prévalence annuelle de la DC, des TA et des TUS et leur comorbidité (définie comme la présence de plus d'un de ces troubles [2]) ; 2) évaluer leur retentissement fonctionnel dans plusieurs sphères de la vie quotidienne (travail/études, relations avec les proches et relations sociales) ; 3) estimer le pourcentage d'étudiants avec ces troubles recourant aux soins.

Méthodes

L'étude, transversale, a été conduite en 2005/2006 auprès d'étudiants de 18-24 ans, primo-inscrits en première année dans l'une des six universités de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca) [3] (population cible : environ 19 000 étudiants). Les étudiants redoublants ou inscrits en télé-enseignement ont été exclus. Ce choix a été fait parce que seuls les étudiants

primo-inscrits en première année d'université doivent passer une visite dans un service de médecine préventive universitaire (SMPU). Ceci devait permettre de les joindre à cette occasion pour l'enquête, mais permettait aussi d'articuler les résultats de l'enquête avec les actions menées dans le cadre des examens systématiques de médecine préventive. Un échantillon de 2 257 étudiants a été tiré au sort à partir des listes fournies par les administrations des six universités. La méthode d'échantillonnage a été décrite en détail par ailleurs [4-5]. La collecte des données a été organisée en deux étapes :

- lors de l'inclusion, recueil de données, par un premier questionnaire, notamment pour repérer les étudiants plus à risque de troubles de santé mentale que les autres, selon différents critères (voir ci-dessous) ;

- par interview téléphonique, avec un outil diagnostique, le « *Composite International Diagnostic Interview Short Form (Cidi-SF)* », proposé à tous les étudiants positifs à l'un des critères ci-après et à un sous-échantillon aléatoire (tirage au sort d'un étudiant sur trois) des étudiants négatifs à ces critères ; les critères étaient les suivants :

- score \leq 52 au *Mental Health Inventory-5* (MHI-5), un module du questionnaire de qualité de vie SF36 [6] ;

- fumer 20 cigarettes ou plus par jour et/ou fumer dans les 30 minutes suivant le réveil ;

- score \geq 2 au DETA (comportant 4 items : Diminuer, Entourage, Trop, Alcool), échelle d'évaluation de la dépendance vis-à-vis de l'alcool [7] ;

- avoir consommé 10 fois ou plus du cannabis dans le mois précédant l'enquête ou bien 10 fois ou plus d'autres drogues illicites (cocaïne, ecstasy, amphétamines...) au cours de leur vie.

La procédure de contact, les taux de réponse et les modalités de passation du questionnaire lors de la première étape ont été publiés [3] : 1 723 étudiants (taux de réponse : 71,0 %) ont

Results – *The 12-month prevalence of major depression (MD), anxiety disorders (AD), and substance use disorders was respectively 8.9% (95% CI:7.2-10.9), 15.7% (95% CI:13.5-18.2) and 8.1% (95% CI:6.7-9.8). "Marked" or "extreme" impairment for at least one of the domains of the Sheehan scale were noted for 51.7% of students presenting a PD, and were even more frequent in the presence of MDD/AD comorbidity (76.6%). Only 30.5% of the students with a PD had sought professional help at the time of the study.*

Conclusion – *These results suggest that psychiatric disorders may be associated to an important impairment in the studies raising the hypothesis as to whether they might contribute to academic failure. These results should be used to improve prevention and care of PD in university students in France.*

complété le premier questionnaire. En ce qui concerne la seconde étape, les interviews ont été conduites par téléphone, deux semaines après l'inclusion, par des enquêteurs professionnels avec le système CATI (*Computer Assisted Telephone Interview*). Pour au moins un des critères ci-dessus, 892 étudiant ont été testés positifs, dont 743 (83,3 %) ont participé à la seconde phase (43 refus ; 106 étudiants non-joins après 15 relances) ; 831 étudiants étaient négatifs aux critères et, parmi eux, 249 ont été tirés au sort dont 221 (88,8 %) ont participé (7 refus ; 21 étudiants non-joins). Au total, 964 (84,5 %) étudiants ont participé à la seconde phase. Les non-participants ne différaient pas des participants selon le sexe, l'âge, le statut de boursier, le fait d'avoir une activité rémunérée, le score de MHI-5. L'étude a reçu l'autorisation de la Commission nationale informatique et libertés.

Instrument

Le CIDI-SF, dérivé du CIDI et utilisé lors de la seconde étape, est basé sur les critères diagnostiques du *Diagnostic and Statistical Manual-IV* (DSM-IV) et a été largement utilisé dans des enquêtes de population au Canada et en Europe [8,9]. Il permet d'établir des prévalences sur 12 mois pour la DC, certains TA (phobie, trouble panique, anxiété généralisée, trouble obsessionnel compulsif, état de stress post-traumatique) et les TUS. Cet instrument a été validé en français par comparaison à un outil clinique de référence et à l'aide des courbes ROC et de mesures de sensibilité et de spécificité. La validité du CIDI-SF est satisfaisante. Cependant, cet instrument est plus sensible que spécifique pour les « troubles anxieux » et il surestime un peu la prévalence de la DC [10]. Pour établir les diagnostics de troubles psychiatriques à partir du CIDI-SF, différents critères doivent être respectés, notamment : 1) la présence de certains symptômes, suffisamment fréquents et/ou durables ; 2) un retentissement fonctionnel dans la vie

quotidienne à l'aide de l'échelle de Sheehan qui se présente de la façon suivante (pour les TOC par exemple) [11] : « Sur une échelle de 0 à 10 où 0 signifie une absence de gêne et 10 une gêne sévère, quel chiffre décrit le mieux la gêne occasionnée par ces idées obsédantes dans chacune des activités suivantes au cours des 12 derniers mois : 1) votre capacité au travail et dans vos études ; 2) votre capacité à établir et à maintenir des relations proches avec les autres ; 3) votre vie sociale ? ». Par ailleurs, le retentissement a été considéré important lorsque le score déclaré était supérieur ou égal à 7 [11]. La durée d'incapacité a été mesurée à partir d'une question posée dans le CIDI-SF sur le nombre de jours d'incapacité à travailler ou à effectuer les activités normales à cause des symptômes déclarés. Enfin, pour chaque trouble psychiatrique la question suivante était posée : "Avez-vous parlé de ces problèmes à un médecin généraliste, un psychiatre, un psychologue ou un psychothérapeute ?".

Statistiques

Les données ont été redressées sur le sexe (à partir des statistiques de chaque université) et pondérées pour tenir compte de l'échantillonnage. Les associations entre variables qualitatives ont été testées par des tests de Chi² de Pearson. La comorbidité psychiatrique (concurrente et successive) [12] a été évaluée par des régressions logistiques simples. Les analyses ont été conduites avec Stata®, version 8 pour Windows® et la procédure « svy ».

Résultats

L'âge moyen des étudiants était 19,4 ans, les filles représentant 62,5 % de l'échantillon. Les filles ont déclaré recevoir une bourse plus souvent que les garçons (42,8 % versus 32,9 %, p<0,01) ; 60,2 % des étudiants vivaient dans leur famille et 17,4 % ont déclaré avoir une activité rémunérée.

La prévalence sur 12 mois des troubles psychiatriques étudiés estimée sur l'échantillon pondéré et redressé était de 25,7 % (tableau 1). Les TA étaient les plus fréquents (15,7 % ; sexe-ratio filles/garçons : 2,3). La prévalence sur 12 mois de la DC était de 8,9 % (sexe-ratio : 1,4) et celle des TUS était de 8,1 % (sexe-ratio : 0,4). Une comorbidité psychiatrique était présente chez 39 % des étudiants avec un trouble psychiatrique quel qu'il soit, soit chez 10 % des étudiants (tableau 1). L'association DC-TA était la plus forte (OR = 5,8 ; [IC95 % = 3,6-9,3]) tandis que celles DC/TUS et TA/TUS étaient respectivement (OR = 2,6 ; [IC95 % = 1,4-4,6]) et (OR = 2,7 ; [IC95 % = 1,7-4,3]). Des résultats similaires étaient observés lorsque les analyses étaient réalisées après stratification sur le sexe.

Un retentissement fonctionnel important dans au moins un des domaines de l'échelle de Sheehan était observé pour 51,7 % des étudiants avec un trouble psychiatrique (tableau 2). La phobie sociale et la comorbidité DC-TA étaient les plus fréquemment associées à un retentissement important. La durée moyenne du retentissement, évaluée pour quatre troubles uniquement, (tableau 2) variait de 11,6 jours (trouble panique) à 28,3 jours (trouble obsessionnel compulsif).

Seuls 30,5 % des étudiants présentant un trouble psychiatrique avaient recouru aux soins, au moment de l'enquête, auprès d'un généraliste ou d'un spécialiste pour leur problème. La proportion de ces recours ne variait pas significativement selon la sévérité des troubles ni selon qu'ils étaient isolés ou associés (tableau 3).

Discussion

Le taux de réponse global de 60,0 % : 71,0 % à l'inclusion et 84,5 % durant la phase diagnos-

Tableau 1 Prévalences sur 12 mois des troubles psychiatriques chez les étudiants en première année d'université (CIDI-SF, DSM-IV, région Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2005-2006, données redressées, [IC 95 %]) / **Table 1** Twelve-month prevalence for psychiatric disorders among first-year university students (CIDI-SF, DSM IV, south-eastern France, 2005-2006, weighted values, [CI 95 %])

	N ^d	Filles (N=646) [IC 95 %]	Garçons (N=1 077) [IC 95 %]	Total (N=1 723) [IC 95 %]	p ^a
Tous types de troubles^b	440	28,2 [24,6-32,3]	21,6 [17,6-26,2]	25,7 [22,9-28,8]	0,03
1 trouble isolé	268	17,6 [14,6-21,1]	12,6 [9,6-16,3]	15,7 [13,4-18,3]	
≥ 2 troubles	172	10,6 [8,5-13,3]	9,0 [6,5-12,3]	10,0 [8,4-12,0]	0,06
Dépression caractérisée	153	10,0 [7,9-12,7]	7,0 [4,7-10,2]	8,9 [7,2-10,9]	0,11
Tout trouble anxieux	268	20,0 [16,8-23,6]	8,6 [6,3-11,7]	15,7 [13,5-18,2]	<0,01
Phobie spécifique	80	6,5 [4,8-8,9]	1,5 [0,7-3,0]	4,6 [3,5-6,2]	<0,01
Phobie sociale	56	4,0 [2,8-5,7]	1,9 [1,0-3,5]	3,2 [2,4-4,4]	0,03
Trouble obsessionnel compulsif	71	4,7 [3,2-6,9]	3,0 [1,7-5,3]	4,1 [3,0-5,6]	0,19
Stress post-traumatique	44	3,9 [2,5-5,8]	0,4 [0,1-1,5]	2,6 [1,7-3,8]	<0,01
Anxiété généralisée	37	2,7 [1,8-4,0]	1,3 [0,6-2,7]	2,2 [1,5-3,1]	0,08
Trouble panique sans agoraphobie	49	0,9 [0,4-2,3]	0,6 [0,2-1,7]	0,8 [0,4-1,6]	0,51
Trouble panique avec agoraphobie	14	3,5 [2,3-5,3]	1,7 [0,9-3,2]	2,8 [2,0-4,0]	0,06
Trouble panique avec ou sans agoraphobie	62	4,4 [3,0-6,4]	2,2 [1,3-3,9]	3,6 [2,6-5,0]	0,05
Agoraphobie sans antécédent de trouble panique	58	3,9 [2,7-5,7]	2,4 [1,4-4,2]	3,4 [2,4-4,6]	0,15
Tout trouble lié à l'usage de substances	140	5,5 [4,1-7,2]	12,5 [9,6-16,3]	8,1 [6,7-9,8]	<0,01
Abus d'alcool ou dépendance	60	2,5 [1,6-3,7]	5,2 [3,6-7,5]	3,5 [2,6-4,6]	<0,01
Dépendance à l'alcool	43	1,7 [1,0-2,8]	3,9 [2,5-6,0]	2,5 [1,8-3,5]	<0,01
Abus d'alcool	17	0,8 [0,4-1,6]	1,3 [0,6-2,7]	1,0 [0,6-1,6]	0,33
Abus de drogue ou dépendance	111	4,0 [2,9-5,5]	10,4 [7,8-14,0]	6,4 [5,1-8,0]	<0,01
Dépendance aux drogues ^c	40	1,4 [0,8-2,5]	3,7 [2,3-6,1]	2,3 [1,6-3,3]	<0,01
Abus de drogues ^c	71	2,6 [1,7-3,8]	6,7 [4,6-9,8]	4,1 [3,1-5,5]	<0,01

^a p-valeurs pour les comparaisons selon le sexe ; ^b « Tous types de troubles » renvoie à ceux qui sont listés dans ce tableau ; ^c Marijuana, cocaïne, crack, héroïne, analgésiques, amphétamines, hallucinogènes, inhalants, sédatifs ou tranquillisants ; ^d Données redressées

Tableau 2 Répercussions fonctionnelles des troubles psychiatriques évaluées avec l'échelle de Sheehan (CIDI-SF) et durées d'incapacité chez les étudiants en première année d'université, région Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2005-2006 / **Table 2** Functional repercussions of psychiatric disorders assessed on Sheehan's scale (CIDI-SF) and duration of impairment among first-year university students, south-eastern France, 2005-2006

	N ^b	Retentissement fonctionnel important ^a				
		Etudes/travail (%)	Relations avec les proches (%)	Relations sociales (%)	Au moins un de ces domaines (%)	Durée d'incapacité (jours) Moyenne-médiane-ET
Tous types de troubles^c	440	39,9	26,9	26,8	51,7	ND ^d
DC^e	153	46,8	30,8	28,3	60,7	24,3-14,0-3,3
Tous TA^f	268	38,5	30,1	29,2	54,2	ND
Phobie spécifique	80	33,4	27,0	27,2	53,1	ND
Phobie sociale	56	50,1	39,0	36,9	74,0	ND
TOC ^g	71	20,7	25,6	27,3	39,4	28,3-3,0-11,2
SPT ^h	44	44,3	47,1	44,0	58,1	20,3-7,0-6,3
AG ⁱ	37	45,2	25,8	25,8	51,6	ND
Trouble panique avec ou sans agoraphobie	62	27,2	17,5	19,5	37,0	11,6-3,0-4,1
Agoraphobie sans antécédent de trouble panique	58	25,1	22,8	24,9	37,6	ND
TUS^j	140	11,2	1,7	3,4	13,8	ND
Dépendance vis-à-vis de l'alcool	43	2,8	0,0	8,3	11,1	ND
Abus d'alcool	17	0,0	0,0	0,0	0,0	ND
Dépendance vis-à-vis de drogues	40	21,1	3,0	3,0	21,1	ND
Abus de drogues	71	8,4	1,7	0,0	10,1	ND
Comorbidités						
DC et TA	52	67,3	62,7	50,9	76,6	ND
DC et TUS	10	36,9	0,0	24,6	36,9	ND
TA et TUS	26	40,9	27,3	31,8	63,6	ND

^a Score supérieur ou égal à 7 sur l'échelle de Sheehan, ^b données redressées, ^c « Tous types de troubles » renvoie à ceux qui sont listés dans ce tableau, ^d ND : non disponible, ^e Dépression caractérisée, ^f Troubles anxieux, ^g Trouble obsessionnel compulsif, ^h Stress post-traumatique, ⁱ Anxiété généralisée, ^j Troubles liés à l'utilisation de substances

Tableau 3 Recours aux soins chez les étudiants en première année d'université ayant des troubles psychiatriques, région Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2005-2006 (%) / **Table 3** Help-seeking from professionals among first-year university students with psychiatric disorders, south-eastern France, 2005-2006 (%)

Troubles psychiatriques (N)	Médecin généraliste seulement	Spécialiste de santé mentale ^a seulement	Recours global ^b
Dépression caractérisée (n=153)	16,5	22,3	33,3
Tout trouble anxieux (n=268)	21,2	18,8	32,0
Tout trouble lié à l'utilisation de substances (n=140)	12,0	16,3	30,1
Tout trouble psychiatrique (n=440)	16,7	17,8	30,5
Trouble isolé (n=268)	14,5	15,4	28,0
≥ 2 troubles (n=172)	20,3	21,7	34,3 ^d
Trouble non sévère ^c (n=213)	13,7	12,0	25,7
Trouble sévère ^c (n=227)	19,6	23,3	35,0 ^e

^a a parlé de ses symptômes à un psychiatre, un psychologue ou un psychothérapeute

^b a parlé de ses symptômes à un médecin généraliste ou un psychiatre, un psychologue ou un psychothérapeute

^c score supérieur ou égal à 7 sur l'échelle de Sheehan dans un des trois domaines (école/travail, relations avec les proches, relations sociales)

^d p=0,260 : résultat de la comparaison entre trouble isolé et ≥ 2 troubles

^e p=0,10 : résultat de la comparaison entre trouble non sévère et trouble sévère

tique, est acceptable. Les participants et les non-participants à la phase diagnostique ne différaient pas selon l'âge, le sexe, le statut de boursier, le fait d'avoir une activité rémunérée et le score de détresse psychologique. L'étude étant transversale, la direction des liens entre troubles psychiatriques comorbides ne peut être précisée. Le présent échantillon couvre toutes les disciplines universitaires des universités étudiées ; aucune association entre ces dernières et la prévalence des troubles psychiatriques n'a été observée. Les étudiants redoublants ayant été exclus (la visite de médecine préventive n'étant pas obligatoire chez ceux-ci), il est possible que la prévalence de certains TP soit sous-estimée, si certains de ces redoublements sont liés à des TP. Des différences méthodologiques, même mineures, entre instruments diagnostiques pouvant influencer sur les estimations de prévalence [9,13,14], la comparaison de nos résultats avec ceux d'autres études chez les étudiants ou les jeunes adultes doit rester prudente. De plus, l'évolution de la santé mentale avec l'âge chez le jeune adulte (diminution de la prévalence des symptômes dépressifs et augmentation de l'estime de soi entre 18 et 25 ans) rend également difficile ces comparaisons [15]. La prévalence sur 12 mois de la DC dans notre étude (tableau 1) est similaire aux résultats d'études précédentes chez des étudiants américains de l'enseignement supérieur d'âges cependant quelque peu différents (respectivement 18-29 et 19-22 ans) [1,12] ; elle est dans un niveau intermédiaire par rapport aux résultats d'études chez des jeunes adultes (5-15 %) [1,9,12,16,17]. Le rapport de la prévalence de la DC chez les femmes sur la prévalence de la DC chez les hommes était faible (1,4) par comparaison aux résultats de la plupart des autres études chez des jeunes (étudiants ou pas) dans la même tranche d'âge [2,9,12]. L'orientation des étudiants dans les filières de l'enseignement supérieur en France diffère selon le sexe : à l'université, les filles sont majoritaires, repré-

sentant, en 2005-2006, 57,5 % des effectifs [18], mais la percée des étudiantes dans les écoles d'ingénieurs est lente, en grande partie liée à la moindre orientation des filles vers les classes préparatoires scientifiques mais aussi vers les formations très sélectives d'ingénieurs universitaires. Il est ainsi possible que l'université accueille plus de garçons en échec que de filles, après avoir tenté cette dernière filière sélective. Cet effet de sélection pourrait expliquer le rapport des prévalences plus faible dans notre étude si une association existe bien entre ces échecs et la DC.

La prévalence sur 12 mois des TA dans notre étude était plus importante que la prévalence, moyennée sur six pays, constatée dans l'étude ESEMeD dans la même tranche d'âges, en comparant les mêmes types de troubles [13]. Mais dans cette étude, des différences importantes de prévalence existaient entre pays. En revanche, la prévalence sur 12 mois des TA dans notre étude était proche des résultats observés chez les étudiants et les jeunes adultes âgés de 18-29 ans dans deux études aux États-Unis [1,19]. Le sexe-ratio pour les TA dans notre étude est conforme aux résultats observés dans d'autres études chez des étudiants ou jeunes adultes [12,19]. La prévalence sur 12 mois de l'état de stress post-traumatique dans notre étude (2,6 %) était inférieure à celle observée dans une étude transversale réalisée chez des jeunes américains de mêmes âges (8,4 %) [19]. Cette différence pourrait résulter d'une exposition plus fréquente à des événements traumatiques aux États-Unis qu'en région Paca. En effet, une autre étude réalisée dans une cohorte de jeunes adultes aux États-Unis a montré que l'exposition sur la vie entière à des événements traumatiques quels qu'ils soient, tels que définis dans le DSM-IV, ou à des agressions était de 82,5 % et 47,2 % respectivement [20]. Les chiffres correspondants dans notre étude étaient 18,4 % et 3,3 %. Toutefois, ce résultat doit être interprété avec

prudence, notamment à cause des biais méthodologiques associés à des différences qui peuvent exister entre les outils dans la façon d'opérationnaliser leur mesure. D'autres données confirment la moindre exposition à certains actes de violence en France [21]. La prévalence sur 12 mois des troubles liés à l'utilisation d'alcool était plus faible que celle publiée chez des jeunes de mêmes âges aux États-Unis, étudiants ou non (respectivement 6,6 % et 10,8 % pour l'abus, 5,4 % et 10,9 % pour la dépendance) [1,19].

Nous avons observé un important retentissement dans les études ou le travail chez 40 % des étudiants avec un trouble psychiatrique (tableau 2). Ce résultat est préoccupant et rejoint des observations précédemment publiées chez les adolescents et les jeunes adultes [2,22]. Le retentissement était encore plus fréquent en présence d'une comorbidité DC-TA, touchant alors deux tiers des étudiants concernés, comme cela a aussi été précédemment observé [16]. Dans une autre analyse [5] nous avons comparé, parmi les étudiants ayant répondu au CIDI-SF, le niveau de gêne déclaré par ceux ayant un trouble et par ceux n'en ayant pas : les résultats indiquaient une probabilité de déclarer une gêne importante (score de Sheehan ≥ 7) beaucoup plus élevée pour les étudiants avec un trouble psychiatrique, quel qu'il soit, que chez les autres. Ces constats pourraient constituer l'une des explications, en plus d'autres causes liées à l'orientation universitaire ou à l'organisation du travail, du taux d'échec de plus de 50 % observé à l'issue de la première année d'université en France. Par ailleurs, contrastant avec le retentissement fonctionnel constaté pour plus d'un étudiant présentant un trouble psychiatrique sur deux, le taux de recours à des professionnels de santé pour des symptômes de la sphère mentale était faible (30,5 %). Cette approche sous-estime probablement le recours aux soins liés à des symptômes plus généraux et peu spécifiques, qui seraient en fait dus à des problèmes de santé mentale. Mais le résultat observé ici est très voisin des données publiées pour des adultes jeunes ou des étudiants dans divers pays [2,12,22]. Le recours aux soins était similaire en ce qui concerne les médecins généralistes et les spécialistes de santé mentale, contrairement à ce qui est observé chez l'adulte pour la DC notamment, ces derniers consultant plus fréquemment les médecins généralistes. Ce taux semble similaire à celui constaté en population générale dans les six pays européens de l'étude ESEMeD, mais des données en fonction de l'âge n'étaient pas publiées [23]. En revanche, dans le cas précis de la DC, le Baromètre Santé 2005 indique des taux de recours, documentés avec le CIDI-SF, variant significativement avec l'âge [24].

Curieusement, le recours aux soins n'était pas significativement différent selon le niveau de sévérité des troubles ou la présence d'une comorbidité psychiatrique (tableau 3). Pour les TP pour lesquels cela a été évalué, le recours aux soins n'était pas non plus associé à la durée déclarée du retentissement fonctionnel (résultats non présentés). Ce dernier résultat a aussi été observé chez de jeunes adultes [25]. En France, des Bureaux d'appui psychologique universitaires (Bapu) ont été mis en place dans certaines universités afin de permettre un accès gratuit à une offre de soins en santé mentale à des étudiants universitaires. Cette offre s'est peu développée : un Bapu pour six universités en région Paca, au moment où l'étude a été réalisée. Une offre de services de soins de santé mentale, comme par exemple des vacations de psychologues ou psychiatres, se met en place dans certains Services de médecine préventive universitaire de la région Paca. D'autres raisons pourraient expliquer le faible recours aux soins des étudiants avec des troubles psychiatriques. Il pourrait être lié à la méconnaissance de l'offre de services de soins, à un scepticisme vis-à-vis de l'efficacité des traitements, à l'absence de perception d'un besoin de recours aux soins [26]. Par ailleurs, ces motifs de non recours semblent similaires à ceux rencontrés chez l'adulte [27]. Un recours moindre pour TP a aussi été observé chez les étudiants provenant d'un milieu socialement défavorisé [26].

Conclusion

Ces résultats suggèrent un retentissement des troubles psychiatriques caractérisés dans les études et soulèvent l'hypothèse d'un lien avec l'échec académique. Ceci devrait être vérifié dans des approches longitudinales prenant notamment en compte les résultats académiques. De plus, ces résultats appellent à une réflexion sur l'organisation de l'offre de services de soins et de prévention dans le champ de la santé mentale aux étudiants universitaires prenant en compte la situation particulière de cette population. Les raisons pour lesquelles les étudiants avec un

trouble psychiatrique recourent peu aux soins devraient aussi être mieux appréhendées.

Remerciements

Cette étude a reçu le soutien financier du Conseil régional Provence-Alpes-Côte d'Azur, de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé et de la ville de Marseille.

Références

- [1] Dawson DA, Grant BF, Stinson FS, Chou PS. Psychopathology associated with drinking and alcohol use disorders in the college and general adult populations. *Drug Alcohol Depend.* 2005; 77(2):139-50.
- [2] Wittchen HU, Nelson CB, Lachner G. Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychol Med.* 1998; 28(1):109-26.
- [3] Verger P, Combes JB, Kovess-Masfety V, Choquet M, Guagliardo V, Rouillon F, et al. Psychological distress in first year university students: socio-economic and academic stressors, mastery and social support in young men and women. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2008 Dec 18. [Epub ahead of print]
- [4] Guagliardo V, Peretti-Watel P, Combes JB, Obadia Y, Verger P. Facteurs socio-démographiques et économiques associés aux usages de tabac, d'alcool et de cannabis chez des étudiants en première année d'université en région Paca, 2005-2006. *Bull Epidemiol Hebd.* 2009; 6:53-6.
- [5] Verger P, Guagliardo V, Gilbert F, Rouillon F, Kovess-Masfety V. Psychiatric disorders in students in six French universities: 12-month prevalence, comorbidity, impairment and help-seeking. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2009 Apr 19. [Epub ahead of print]
- [6] Leplège 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(11):1013-23.
- [7] Rueff B, Crnac J, Darne B. Dépistage de malades "alcooliques" par l'autoquestionnaire systématique DETA. Parmi des consultants hospitaliers. *Presse Med.* 1989; 14; 18(33):1654-6.
- [8] Haarasilta L, Marttunen M, Kaprio J, Aro H. The 12-month prevalence and characteristics of major depressive episode in a representative nationwide sample of adolescents and young adults. *Psychol Med.* 2001; 31(7):1169-79.
- [9] Patten SB. Major depression prevalence in Calgary. *Can J Psychiatry.* 2000 45(10):923-6.
- [10] Pez O, Bitfoi A, Carta M, Jordanova V, Mateos R, Prince M, et al. Survey instruments and methods. In: Lavikainen J, Fryers T, Lehtinen V, editors. Improving mental health information in Europe Proposal of the Mindful project. Helsinki: Stakes, EU, Mindfull; 2006. pp. 49-66.
- [11] Leon AC, Olfson M, Portera L, Farber L, Sheehan DV. Assessing psychiatric impairment in primary care with the Sheehan Disability Scale. *Int J Psychiatry Med.* 1997; 27(2):93-105.
- [12] Ialongo N, McCreary BK, Pearson JL, Koenig AL, Schmidt NB, Poduska J, et al. Major depressive disorder in a population of urban, African-American young adults: prevalence,

correlates, comorbidity and unmet mental health service need. *J Affect Disord.* 2004; 79(1-3):127-36.

- [13] Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2004; (420):21-7.
- [14] Sapinho D, Chan-Chee C, Briffault X, Guignard R, Beck F. Mesure de l'épisode dépressif majeur en population générale: apports et limites des outils. *Bull Epidemiol Hebd.* 2008; 35-36:314-7.
- [15] Galambos NL, Barker ET, Krahn HJ. Depression, self-esteem, and anger in emerging adulthood: seven-year trajectories. *Dev Psychol.* 2006; 42(2):350-65.
- [16] Aalto-Setälä T, Marttunen M, Tuulio-Henriksson A, Poikolainen K, Lonnqvist J. Psychiatric treatment seeking and psychosocial impairment among young adults with depression. *J Affect Disord.* 2002; 70(1):35-47.
- [17] Lamboy B, Leon C, Guilbert P. Depressive disorders and use of health services in the French population according to the Health Barometer 2005. *Rev Epidemiol Sante Publique.* 2007; 55(3):222-7.
- [18] Fontanini C. L'orientation des filles et des garçons vers l'enseignement supérieur. *Les Cahiers du Cerfee*, n° 25, 2008.
- [19] Turner RJ, Gil AG. Psychiatric and substance use disorders in South Florida: racial/ethnic and gender contrasts in a young adult cohort. *Arch Gen Psychiatry.* 2002; 59(1):43-50.
- [20] Storr CL, Ialongo NS, Anthony JC, Breslau N. Childhood antecedents of exposure to traumatic events and posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry.* 2007; 164(1):119-25.
- [21] Choquet M, Darves-Bornoz JM, Ledoux S, Manfredi R, Hassler C. Self-reported health and behavioral problems among adolescent victims of rape in France: results of a cross-sectional survey. *Child Abuse Negl.* 1997; 21(9):823-32.
- [22] Essau CA, Conradt J, Petermann F. Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of anxiety disorders in German adolescents. *J Anxiety Disord.* 2000; 14(3):263-79.
- [23] Alonso J, Angermeyer M, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha T, Bryson H, et al. Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 2004; 109(Suppl 420):47-54.
- [24] Kovess-Masfety V, Beck F, Sevilla-Dedieu C, Gilbert F. Consommation de soins et troubles psychiatriques chez les 15-25 ans. *L'Encéphale.* 2008; Supplément 5:S162-57.
- [25] Haarasilta L, Marttunen M, Kaprio J, Aro H. Major depressive episode and health care use among adolescents and young adults. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2003; 38(7):366-72.
- [26] Eisenberg D, Golberstein E, Gollust SE. Help-seeking and access to mental health care in a university student population. *Med Care.* 2007; 45(7):594-601.
- [27] Sareen J, Cox BJ, Afifi TO, Yu BN, Stein MB. Mental health service use in a nationally representative Canadian survey. *Can J Psychiatry.* 2005; 50(12):753-61.