

PARLER DE SON MAL-ÊTRE OU DE SES DIFFICULTÉS PSYCHOLOGIQUES : RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE COVIPREV, MAI 2022-SEPTEMBRE 2023

// TALKING ABOUT ONE'S ILL-BEING OR ONE'S PSYCHOLOGICAL ISSUES: RESULTS FROM COVIPREV SURVEY,
MAY 2022-SEPTEMBER 2023

Clément Mertens (clement.mertens@santepubliquefrance.fr), Enguerrand du Roscoät, Christophe Léon, Linda Lasbeur,
Ingrid Gillaizeau

Santé publique France, Saint-Maurice

Soumis le 13.10.2025 // Date of submission: 10.13.2025

Résumé // Abstract

Introduction – En France comme à l'international, les troubles psychiques ont fortement augmenté au cours de la dernière décennie, avec une hausse marquée des états anxieux et dépressifs. Dans ce contexte, investiguer les comportements de recherche d'aide en santé mentale apparaît comme un enjeu crucial pour favoriser une prise en charge précoce. Cette étude a pour objectif d'identifier les principaux facteurs associés au fait de parler de son mal-être ou de ses difficultés psychologiques (ME-DP), à la lumière des types d'interlocuteurs sollicités.

Méthode – Les données étudiées sont issues des vagues 34 à 37 de l'enquête CoviPrev (mai 2022-septembre 2023), réalisée selon une méthode d'échantillonnage par quotas avec participants recrutés au sein d'un Access panel. Au total, 8 010 individus ont été interrogés sur l'ensemble des quatre vagues d'enquête, dont 2 919 ont déclaré avoir ressenti un ME-DP au cours de l'année précédant leur réponse à l'enquête. Des analyses bivariées ont d'abord été menées sur le fait d'avoir parlé de son ME-DP, avec une distinction en fonction des types d'interlocuteurs sollicités. Les facteurs associés au fait d'avoir parlé du sujet ont enfin été recherchés par la mise en œuvre d'un modèle de régression de Poisson avec variance robuste.

Résultats – Dans notre sous-échantillon de personnes ayant ressenti un ME-DP au cours des 12 derniers mois, environ un individu sur deux a déclaré en avoir parlé à quelqu'un. Une interaction significative entre le sexe et l'âge a été relevée : les jeunes hommes (18-24 ans) ont autant déclaré que les jeunes femmes avoir parlé de leur ME-DP, utilisant davantage des canaux de communication alternatifs (ligne d'écoute téléphonique, réseaux sociaux, association, etc.). À l'inverse, les hommes âgés de plus de 65 ans sont ceux qui ont le moins souvent déclaré en avoir parlé. Outre le sexe et l'âge, les principaux facteurs associés étaient les problèmes de santé chronique, le fait de se percevoir en mauvais état de santé, de vivre seul ou d'avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois. En revanche, résider en zone rurale et un état dépressif étaient associés à une plus faible probabilité d'avoir parlé de son ME-DP.

Conclusion – Une proportion élevée de personnes en état de mal-être ou de difficultés psychologiques déclarent n'en parler à personne, ni à leur entourage ni auprès de professionnels de santé. Ces résultats soulignent l'importance de déployer des actions pour faciliter la parole autour de la souffrance psychique et réduire la stigmatisation, en accordant une attention particulière aux personnes ayant le moins tendance à s'exprimer à ce sujet.

Introduction – In France and worldwide, psychological disorders have increased significantly over the last decade, with an important rise in anxiety and depression. In this context, investigating mental health help-seeking behaviours appears to be crucial to promote early intervention. The aim of this study is to identify the main factors associated with talking about one's psychological distress or difficulties, in light of the types of people approached.

Method – The data studied comes from waves 34 to 37 of the CoviPrev survey (May 2022-September 2023), conducted using a quota sampling method with participants recruited from an Access panel. A total of 8,010 individuals were interviewed across all 4 survey waves, of whom 2,919 reported having felt psychological distress or difficulties during the year preceding their answer to the survey. Bivariate analyses were first carried out on whether respondents had communicated their psychological distress or difficulties, with a distinction made according to the types of people they had spoken to. Factors associated with the fact of having talked about the subject were finally investigated by the construction of a Poisson regression model with robust variance.

Results – In our subsample of people who had experienced psychological distress or difficulties in the past 12 months, approximately one in two individuals reported having discussed it with someone. A significant interaction has been found between sex and age: young men (aged 18-24) reported having talked about their psychological distress or difficulties as often as young women, using also more frequently alternative communication

channels (telephone helpline, social media, association, etc.). Conversely, men aged over 65 were the least likely to report having talked about it. In addition to sex and age, the main factors associated with this were chronic health problem, perceiving oneself to be in poor health, living alone, or having had suicidal thoughts in the past 12 months. In the opposite, living in a rural area and a depressive state were related to a lower probability of having talked about it.

Conclusion – A large proportion of people experiencing psychological distress or difficulties report that they do not talk about it to anyone, neither to people around them nor to health professionals. These results highlight the importance of taking action to make easier talking about psychological distress and reduce stigma, paying particular attention to populations that are least likely to speak out this matter.

Mots-clés : Santé mentale, Mal-être, Détresse psychologique, Recherche d'aide
// Keywords: Mental health, Ill-being, Psychological distress, Help-seeking

Introduction

La pandémie de Covid-19 a fortement altéré la santé mentale des populations à l'échelle mondiale¹. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), une augmentation d'environ 25% des troubles anxieux et dépressifs a été observée, avec une hausse particulièrement marquée chez les femmes et les jeunes^{2,3}.

En France, les données du Baromètre de Santé publique France font aussi état d'une détérioration de la santé mentale de la population ces dernières années. Chez les adultes de 18 à 75 ans, la prévalence des épisodes dépressifs caractérisés survenus au cours de l'année est passée de 9,8% en 2017 à 13,3% en 2021⁴. Les 18-24 ans sont particulièrement concernés avec une prévalence des épisodes dépressifs qui a presque doublé (de 11,7% en 2017 à 20,8% en 2021), accompagnée d'une hausse des pensées suicidaires déclarées pour l'année écoulée et des tentatives de suicide déclarées au cours de leur vie⁵.

Un des enjeux importants pour la prévention des troubles psychiques est alors le repérage et la prise en charge précoce des symptômes, avant qu'ils ne s'aggravent et ne deviennent chroniques. Selon les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS), cette prise en charge doit être adaptée au niveau de la gravité des symptômes : les formes légères à modérées des troubles anxieux et dépressifs bénéficient en première intention de psychothérapies et de mesures hygiéno-diététiques (sommeil, alimentation, activité physique, activité sociale, arrêt de consommation de substances), tandis que les formes sévères ou résistantes nécessitent l'association de traitements médicamenteux et d'un suivi spécialisé^{6,7}. Pourtant, selon un Eurobaromètre réalisé en 2023, plus de la moitié des personnes concernées par un problème de santé mentale déclarait ne pas avoir reçu l'aide d'un professionnel⁸. En France, les résultats de l'enquête CoviPrev (2020-2023) ont permis d'identifier plusieurs obstacles à la consultation : le coût de celle-ci, la difficulté à se confier, la méconnaissance des professionnels de santé mentale, ainsi que la peur du jugement⁹. Une part importante de personnes ont également déclaré considérer comme honteux le fait de parler de ses problèmes psychologiques. Ces freins, en partie témoins d'une stigmatisation persistante, soulignent la nécessité d'agir pour faciliter la parole autour de la santé mentale.

Pour mieux comprendre les déterminants de la communication d'un mal-être ou de difficultés psychologiques (ME-DP), cet article a pour objectif d'étudier, à partir des données de l'enquête CoviPrev, les facteurs sociodémographiques, socio-économiques, ou liés à l'état de santé associés au fait d'en avoir parlé à quelqu'un. Il explore également les modalités de recours à diverses catégories d'interlocuteurs (entourage, professionnels ou autre), afin de détailler ces différences et d'éclairer les stratégies de prévention et d'intervention.

Matériel et méthode

Source de données

Les données analysées sont issues de l'enquête CoviPrev mise en place par Santé publique France, en lien avec l'institut de sondage BVA, entre mars 2020 et septembre 2023 (37 vagues d'enquête ont été réalisées). CoviPrev interrogeait des échantillons de 2 000 personnes de 18 ans et plus, résidant en France hexagonale, recrutés sur *Access panel*⁽¹⁾ pour répondre à un questionnaire en ligne, avec une méthode d'échantillonnage par quotas (sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle du répondant, région, catégorie d'agglomération)⁽²⁾. Chaque vague d'enquête a été redressée sur le Recensement général de la population de 2016 de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee).

Les résultats présentés dans le cadre de cet article portent sur les données des quatre dernières vagues de l'enquête : les vagues 34 (du 9 au 16 mai 2022), 35 (du 12 au 19 septembre 2022), 36 (du 5 au 9 décembre 2022) et 37 (du 11 au 18 septembre 2023). Les échantillons issus de chacune de ces vagues sont indépendants, et la taille de l'échantillon total correspondant au regroupement des quatre vagues est de 8 010 individus. Les analyses ont été menées sur les 2 919 individus ayant répondu « oui, souvent » ou « oui, de temps en temps » à la question : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous ressenti un mal-être ou des difficultés psychologiques (anxiété, dépression ou autre trouble

⁽¹⁾ Panel présélectionné par une société de sondages, caractérisé par sa disponibilité pour répondre aux études.

⁽²⁾ Pour en savoir plus sur l'enquête : <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/coviprev-une-enquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie-de-covid-19>

psychologique : phobie, troubles obsessionnels compulsifs (TOC), anorexie, boulimie, schizophrénie, paranoïa, troubles bipolaires...) ? ». Sont exclus les individus ayant répondu « non, jamais ».

Variables

La principale variable d'intérêt de notre étude concernait le fait de déclarer avoir parlé à quelqu'un de son ME-DP au cours des 12 derniers mois (oui vs non). En cas de réponse positive, les répondants devaient ensuite préciser à qui ils en avaient parlé parmi une liste d'options proposées (question à choix multiple). Les réponses ont été regroupées selon 3 modalités : 1) en avoir parlé à une personne de son « entourage » (famille, ami, collègue de travail) ; 2) à un « professionnel de santé ou de santé mentale » (médecin généraliste ou médecin traitant, psychiatre, psychologue, psychothérapeute) ; 3) autre (association d'aide aux personnes ayant des difficultés psychologiques, ligne téléphonique d'aide et d'écoute pour les personnes ayant des difficultés psychologiques, Internet ou les réseaux sociaux, ou encore à une autre personne ou structure).

Les variables sociodémographiques étaient le sexe, la tranche d'âge (18 à 24 ans, 25 à 34 ans, 35 à 49 ans, 50 à 64 ans, 65 ans et plus), le niveau du dernier diplôme obtenu (inférieur au baccalauréat vs supérieur ou équivalent), le type d'unité urbaine ou catégorie d'agglomération du lieu de résidence (moins de 20 000 habitants, entre 20 000 et 100 000 habitants, plus de 100 000 habitants, agglomération parisienne ou zone rurale), et le type de ménage (vivre seul ou non). Les variables socio-économiques comprenaient la catégorie socioprofessionnelle (indépendants chefs d'entreprise, cadres et professions intellectuelles supérieures, professions intermédiaires, employés, ouvriers, retraités ou autres inactifs), la situation professionnelle (travail, chômage, inactivité), la situation financière perçue (bonne situation financière, juste, difficile ou très difficile), ainsi que le fait de vivre ou non dans un logement à forte promiscuité (défini par une superficie de moins de 18 m² par personne ou moins de 25 m² pour une personne vivant seule).

Enfin, les variables relatives à l'état de santé correspondaient à la perception de son propre état de santé général en trois modalités (bon ou très bon, assez bon, mauvais ou très mauvais) et à la présence d'un problème de santé chronique (oui vs non), à travers des items issus du mini-module européen¹⁰. Concernant la santé mentale, les facteurs étudiés portaient sur la présence d'un état dépressif ou d'un état anxieux au moment de l'enquête (deux variables distinctes, correspondant relativement à un score strictement supérieur à 10 sur la sous-échelle dépression ou sur la sous-échelle anxiété de la *Hospital Anxiety and Depression scale* (HAD)¹¹) ; ainsi que la survenue de pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pensé à vous suicider ? » (oui/non).

Analyses statistiques

Des analyses descriptives ont été conduites afin de présenter la composition du sous-échantillon d'analyse (répondants ayant déclaré avoir ressenti un ME-DP au

cours des 12 derniers mois), ainsi que la distribution des variables d'intérêt (avoir parlé de son ME-DP ressenti au cours des 12 derniers mois à quelqu'un, et selon les types d'interlocuteurs) par variable indépendante et selon un croisement sexe par âge. Les pourcentages ont été comparés en utilisant le test d'indépendance du Chi² de Pearson (avec correction de Rao-Scott), avec un seuil maximal de significativité fixé à 5%. Le seuil retenu pour la diffusion des résultats au sein des tableaux est d'au moins 10 individus par cellule (mention « SD » précisée en cas d'effectifs bruts inférieurs au seuil).

Les associations entre les variables indépendantes et notre principale variable d'intérêt (avoir parlé de son ME-DP à quelqu'un) ont été estimées à l'aide d'un modèle de régression de Poisson, avec une estimation de la variance robuste (erreurs standards de type Horvitz-Thompson). Afin de sélectionner l'ensemble des facteurs explicatifs à intégrer dans le modèle final, des tests de Wald ajustés ont été effectués sur l'ajout de chaque variable au sein du modèle comprenant l'ensemble des autres variables décrites dans le cadre des analyses bivariées (facteur conservé si $p < 0,3$). Un effet d'interaction a également été inclus entre le sexe et la tranche d'âge. Les risques relatifs ajustés (IRR), associés aux différents facteurs indépendants, et leurs intervalles de confiance à 95% ont été calculés, les associations ayant été mesurées par un test de Wald ajusté avec un seuil maximal de significativité fixé à 5%.

Afin de tester la robustesse de nos résultats, le modèle finalement retenu a été reproduit sur l'échantillon des 998 individus ayant déclaré avoir « souvent » ressenti un ME-DP au cours des 12 derniers mois (exclusion des « oui, de temps en temps »). Bien que certaines associations n'apparaissent alors plus significatives (catégorie d'agglomération, vivre seul ou pensées suicidaires), ce qui est aussi à mettre en lien avec un problème de taille des effectifs et probable manque de puissance statistique, cela n'affecte pas les résultats observés ou conclusions réalisées quant à l'identification des principaux facteurs associés.

Les analyses ont été réalisées sur données pondérées (package « survey ») avec le logiciel R®, version 4.3.1.

Résultats

Description de l'échantillon des personnes ayant ressenti un mal-être ou des difficultés psychologiques au cours des 12 derniers mois

Parmi l'ensemble des 8 010 personnes interrogées lors des quatre vagues d'enquête, 2 919 ont déclaré avoir ressenti un ME-DP au cours des 12 derniers mois. Les individus concernés étaient équitablement répartis entre les vagues d'enquête (24% à 26% par vague ; proportions pondérées).

Les femmes étaient plus nombreuses parmi les individus ayant déclaré avoir ressenti un ME-DP (59% vs 52% dans l'ensemble). La moyenne d'âge était de 44 ans (vs 49 ans), avec environ deux tiers d'adultes âgés de moins de 50 ans (64%) et 16% de jeunes âgés de 18 à 24 ans (vs 51% et 10%). Les retraités étaient moins

représentés (19% vs 28%). On retrouvait également une proportion plus importante de personnes résidant dans une agglomération de plus de 100 000 habitants hors agglomération parisienne (33% vs 30%), ainsi qu'une part un peu moins élevée de personnes résidant dans une commune rurale (21% vs 23%).

Enfin, le sous-échantillon des individus ayant ressenti un ME-DP comprenait une proportion environ deux fois plus élevée de personnes en état anxieux, dépressif, ou ayant eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois, par rapport à celle observée chez l'ensemble des individus interrogés au sein des quatre vagues (respectivement 51% vs 25%, 30% vs 16% et 26% vs 11%).

Parler de son mal-être ou de ses difficultés psychologiques, analyses descriptives

Environ la moitié (51%) des personnes ayant ressenti un ME-DP au cours de l'année déclarait avoir parlé à quelqu'un. Parmi ceux-ci, 36% indiquaient en avoir parlé à une personne de leur entourage (dont 25% d'entre eux à un membre de leur famille ; 19% à un(e) ami(e) ; 7% à un(e) collègue de travail) ; 29% à un professionnel de santé ou de santé mentale et 9% à une autre personne ou structure (Internet, ligne d'écoute, association, autre personne ou structure). Le tableau 1 présente le croisement de notre variable d'intérêt avec l'ensemble des variables sélectionnées pour l'étude.

Tableau 1

Avoir parlé de son ME-DP à quelqu'un et selon les types d'interlocuteurs, parmi les individus déclarant en avoir ressenti un au cours de l'année précédant la réponse à l'enquête, en fonction des caractéristiques des répondants

	Ont déclaré avoir ressenti un ME-DP au cours des 12 derniers mois (n)	Ont parlé de leur ME-DP à quelqu'un		Ont parlé de leur ME-DP à une personne de leur entourage		Ont parlé de leur ME-DP à un professionnel de santé ou de santé mentale		Ont parlé de leur ME-DP à une autre personne, structure ou via un autre canal	
		%	[IC95%]	%	[IC95%]	%	[IC95%]	%	[IC95%]
Ensemble	2 919	51	[49-53]	36	[34-38]	29	[27-31]	9	[8-10]
Vague d'enquête				***				**	
Vague 34	755	49	[45-53]	31	[28-35]	29	[26-33]	12	[10-15]
Vague 35	757	49	[45-53]	33	[30-37]	29	[26-32]	8	[6-10]
Vague 36	685	52	[48-56]	38	[35-42]	28	[25-32]	9	[6-11]
Vague 37	722	54	[50-58]	42	[38-46]	29	[26-33]	8	[6-11]
Variables sociodémographiques									
Sexe		*		**		***		***	
Homme	1 151	48	[45-52]	33	[31-36]	25	[22-27]	12	[10-14]
Femme	1 768	53	[50-55]	38	[36-40]	32	[30-34]	7	[6-8]
Tranche d'âge		***		***		*		***	
18-24 ans	466	56	[52-61]	42	[37-47]	24	[20-28]	16	[13-20]
25-34 ans	501	58	[54-63]	42	[38-47]	29	[25-33]	15	[12-19]
35-49 ans	868	51	[47-54]	37	[34-40]	29	[26-32]	9	[7-11]
50-64 ans	655	48	[44-52]	31	[27-35]	33	[29-37]	4	[3-6]
65 ans et plus	429	41	[37-46]	28	[24-32]	28	[24-33]	SD	SD
Niveau du dernier diplôme obtenu		*		***					
Inférieur au bac	835	48	[44-51]	30	[27-34]	28	[25-31]	9	[7-11]
Supérieur ou équivalent au bac	2 084	52	[50-54]	38	[36-41]	29	[27-31]	9	[8-11]
Catégorie d'agglomération				*				*	
Rurale	605	47	[42-51]	30	[26-34]	29	[25-32]	7	[5-10]
Moins de 20 000 habitants	494	49	[45-54]	37	[32-41]	29	[25-32]	8	[6-11]
20 000 à 100 000 habitants	416	53	[48-58]	39	[34-44]	29	[25-34]	10	[7-13]
Plus de 100 000 habitants	976	53	[50-56]	38	[35-41]	30	[27-33]	9	[7-11]
Agglomération parisienne	428	52	[47-57]	36	[32-41]	26	[22-31]	13	[10-16]
Vit seul(e)		**				**		*	
Non	2 038	49	[47-51]	35	[33-37]	27	[25-29]	8	[7-10]
Oui	881	55	[52-59]	38	[35-42]	33	[30-36]	11	[9-13]
Variables socio-économiques									
Catégorie socioprofessionnelle		***		***		*		***	
Indépendants chefs d'entreprise	135	55	[46-63]	35	[26-43]	24	[17-33]	16	[10-23]



Tableau 1 (suite)

	Ont déclaré avoir ressenti un ME-DP au cours des 12 derniers mois (n)	Ont parlé de leur ME-DP à quelqu'un		Ont parlé de leur ME-DP à une personne de leur entourage		Ont parlé de leur ME-DP à un professionnel de santé ou de santé mentale		Ont parlé de leur ME-DP à une autre personne, structure ou via un autre canal	
		%	[IC95%]	%	[IC95%]	%	[IC95%]	%	[IC95%]
Cadres et professions intellectuelles supérieures	387	59	[54-64]	45	[40-50]	31	[27-36]	15	[11-19]
Professions intermédiaires	413	53	[48-58]	36	[31-41]	31	[27-36]	9	[6-12]
Employés	624	53	[49-57]	40	[36-44]	28	[24-32]	10	[8-13]
Ouvriers	323	46	[40-51]	29	[24-35]	27	[22-32]	9	[6-13]
Retraités	541	43	[39-47]	29	[25-33]	29	[25-33]	2	[1-4]
Élèves/étudiants	193	53	[46-60]	44	[37-52]	19	[14-25]	12	[8-18]
Autres inactifs	303	52	[46-58]	36	[31-42]	35	[29-41]	9	[6-13]
Situation professionnelle		**						***	
Travail	1 723	53	[51-56]	38	[35-40]	29	[27-31]	11	[10-13]
Chômage	189	46	[39-53]	33	[26-40]	26	[20-33]	9	[5-14]
Inactifs (étudiants, retraités, au foyer)	1 007	48	[45-51]	34	[31-37]	29	[26-32]	6	[5-8]
Situation financière perçue		*							
Bonne situation financière	1 235	54	[51-57]	38	[35-41]	29	[26-32]	11	[9-12]
Situation juste	912	49	[46-53]	35	[31-38]	28	[25-31]	9	[7-11]
Situation financière difficile ou très difficile	772	48	[44-52]	34	[31-38]	30	[26-33]	8	[6-10]
Logement à forte promiscuité						***		***	
Non	2 573	51	[49-53]	36	[34-38]	30	[28-32]	8	[7-10]
Oui	346	50	[45-56]	36	[31-41]	19	[15-24]	15	[12-20]
Santé générale									
Perception au sujet de son état de santé						***		***	
Bon ou très bon état de santé	1 363	52	[49-55]	38	[35-40]	24	[22-27]	12	[10-13]
Assez bon état de santé	1 084	48	[45-51]	34	[31-37]	30	[27-33]	7	[5-9]
Mauvais ou très mauvais état de santé	472	54	[50-59]	37	[33-42]	39	[35-44]	8	[5-10]
Problème de santé chronique		***		**		***		*	
Non	1 329	45	[42-47]	33	[31-36]	22	[20-24]	8	[6-9]
Oui	1 590	56	[54-59]	39	[36-41]	35	[28-35]	11	[9-12]
Santé mentale									
État anxieux								***	
Non	1 448	49	[47-52]	36	[34-39]	29	[27-32]	5	[4-7]
Oui	1 471	53	[50-55]	36	[33-38]	28	[26-31]	13	[11-15]
État dépressif		***		***				**	
Non	2 045	54	[52-56]	39	[36-41]	29	[27-31]	10	[9-12]
Oui	874	44	[40-47]	30	[27-34]	28	[25-31]	6	[5-8]
Pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois		***				***		***	
Non	2 175	48	[46-50]	35	[33-37]	26	[25-28]	7	[6-8]
Oui	744	59	[56-63]	38	[35-42]	36	[32-39]	16	[13-18]

Source : Enquête CoviPrev, vagues 34 à 37 (mai 2022-septembre 2023).

Données : Effectifs bruts, proportions pondérées.

Champ : Personnes âgées de 18 ans ou plus, résidant en France hexagonale, ayant déclaré avoir ressenti un mal-être ou des difficultés psychologiques dans les 12 mois précédant la réponse à l'enquête.

Lecture : Entre 2022 et 2023, parmi les personnes de notre échantillon ayant ressenti un mal-être ou des difficultés psychologiques au cours des 12 mois précédant la réponse à l'enquête, 51% déclaraient en avoir parlé à quelqu'un.

Note : Le nombre d'étoiles indique le degré de significativité du test du Chi2 (correction de Rao-Scott) sur le croisement entre la variable caractéristique et la variable dépendante au sein de la tranche d'âge considérée : *p<0,05 ; **p<0,01 ; ***p<0,001.

ME-DP : mal-être ou difficultés psychologiques ; IC95% : intervalle de confiance à 95% ; SD : seuil de diffusion (effectifs bruts inférieurs au seuil de 10 personnes).

Les personnes déclarant avoir eu des pensées suicidaires au cours de l'année écoulée ont été proportionnellement plus nombreuses que les autres à avoir parlé de leur ME-DP à au moins une personne (59%), ainsi que les cadres et professions intellectuelles supérieures (59%), les jeunes adultes de moins de 35 ans (57%), les personnes souffrant d'un problème de santé chronique (56%), celles vivant seules (55%), celles se percevant en bonne situation financière (54%), les femmes (53%), les personnes en emploi (53%) ou encore celles ayant un niveau de diplôme égal ou supérieur au bac (52%) (tableau 1).

À l'inverse, les personnes âgées de 65 ans et plus (41%), les retraités (43%), les personnes présentant un état dépressif au moment de l'enquête (44%), les ouvriers (46%) ou les personnes vivant en milieu rural (47%) étaient en proportion moins nombreuses à déclarer avoir parlé de leur ME-DP à quelqu'un. Cependant, si l'ensemble de ces populations déclarait moins souvent avoir parlé de son ME-DP à au moins une personne, ces écarts s'observaient surtout par le biais d'en avoir parlé à une personne de l'entourage ainsi qu'à d'autres personnes, réseaux ou structures. Ces différences n'étaient pas significatives pour le fait d'en avoir parlé à un professionnel de santé ou de santé mentale.

Concernant les populations identifiées comme déclarant davantage avoir parlé de leur ME-DP à quelqu'un, la différence observée au global ne se retrouvait pas toujours sur les mêmes types d'interlocuteurs selon la variable considérée (tableau 1). Notamment, les personnes en emploi, les cadres et professions intellectuelles supérieures, ainsi que celles se percevant en bonne situation financière, déclaraient plus souvent que les autres en avoir parlé à quelqu'un de leur entourage ou par l'intermédiaire d'un autre moyen (hors professionnels de santé). Par ailleurs, les personnes vivant seules, ainsi que celles ayant eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois indiquaient en moyenne plus fréquemment avoir parlé de leur ME-DP à un professionnel ou via un autre type de personne ou structure (hors entourage). Les personnes souffrant d'un problème de santé chronique déclaraient plus souvent en avoir parlé à tous types d'interlocuteurs, tandis qu'un écart a été relevé en lien avec le niveau de diplôme, spécifiquement sur le fait d'en avoir parlé à une personne de son entourage (comportement davantage observé chez les individus ayant un diplôme supérieur ou équivalent au bac). On observait aussi une augmentation progressive de l'expression de son ME-DP à son entourage entre les vagues d'enquête.

Pour le sexe ou l'âge, les écarts observés variaient fortement en fonction des types d'interlocuteurs considérés. Les 18 à 34 ans déclaraient plus souvent avoir parlé de leur ME-DP en comparaison des adultes plus âgés (57% vs 47% des 35 ans et plus ; $p < 0,001$), notamment à leur entourage (42% vs 33% ; $p < 0,001$), ainsi qu'à d'autres personnes ou structures (hors professionnels de santé ; 16% vs 6% ; $p < 0,001$). En revanche, les jeunes de 18 à 24 ans étaient moins nombreux à déclarer en avoir parlé à un professionnel

de santé ou de santé mentale par rapport aux autres tranches d'âge (24% vs 30% en moyenne chez les 25 ans et plus ; $p < 0,01$). Par ailleurs, si les femmes étaient en proportion plus nombreuses que les hommes à indiquer avoir parlé de leur ME-DP (53% vs 48% ; $p < 0,05$), notamment à une personne de leur entourage (38% vs 33% ; $p < 0,01$) ou à un professionnel (32% vs 25% ; $p < 0,001$), elles étaient moins nombreuses que les hommes à déclarer l'avoir fait par un autre intermédiaire (7% vs 12% ; $p < 0,001$).

Au-delà des différences observées en moyenne, les écarts selon le sexe variaient en fonction de la tranche d'âge (et inversement), comme le montre le tableau 2. Sur le fait d'en avoir parlé à quelqu'un en général, les différences hommes/femmes n'étaient significatives que chez les 35-49 ans (54% des femmes vs 46% des hommes de cette tranche d'âge ; $p < 0,05$), ainsi que chez les 65 ans et plus (47% vs 31% ; $p < 0,001$). Par ailleurs chez les 18-24 ans, 61% des hommes déclaraient avoir parlé de leur ME-DP à au moins une personne (vs 54% chez les femmes du même âge ; écart non significatif), notamment du fait d'un recours plus important à une personne, réseau ou structure autre que l'entourage ou un professionnel, en comparaison des femmes du même âge (24% vs 12% ; $p < 0,01$).

Des différences étaient ainsi observées selon la catégorie d'interlocuteur. Concernant le fait d'avoir parlé de son ME-DP à un professionnel de santé ou de santé mentale, des écarts significatifs entre femmes et hommes n'étaient relevés que chez les 18-24 ans (respectivement 27% vs 18% ; $p < 0,05$), les 35-49 ans (34% vs 23% ; $p < 0,001$) et les 65 ans et plus (34% vs 18% ; $p < 0,001$). Les hommes de moins de 50 ans étaient plus nombreux que les femmes de la même catégorie d'âge à indiquer avoir parlé de leur ME-DP par un autre intermédiaire que l'entourage ou les professionnels de santé et de santé mentale (tableau 2).

Facteurs associés au fait de parler de son mal-être à quelqu'un

Les analyses de régression confirment d'une part les effets du sexe et de la catégorie d'âge, indépendamment des autres facteurs intégrés dans le modèle (modèle 1, sans interaction, tableau 3) sur le fait d'avoir parlé ou non de son ME-DP ; et d'autre part que l'effet du sexe dépend de la catégorie d'âge (modèle 2, effet d'interaction, tableau 3).

Le modèle 1 (tableau 3) présente ainsi les associations observées par rapport au fait d'avoir parlé de son ME-DP à quelqu'un, en moyenne avec le sexe ou la tranche d'âge, indépendamment des autres variables d'ajustement. Concernant le sexe, une femme avait une plus forte probabilité qu'un homme d'avoir parlé de son ME-DP à quelqu'un (IRR=1,13 ; intervalle de confiance à 95% (IC95%): [1,05-1,22]). Au niveau de l'âge, en comparaison d'un individu âgé de 35 à 49 ans, un individu âgé de 25 à 34 ans avait aussi plus de chances d'en avoir parlé (1,14 [1,03-1,26]), à l'inverse d'une personne âgée de 65 ans ou plus qui avait une plus faible probabilité de l'avoir fait (0,76 [0,65-0,89]).

L'ajout de l'interaction entre le sexe et la tranche d'âge au sein du modèle ($p=0,002$) (modèle 2, tableau 3) indique que l'association observée avec le sexe dépend de la catégorie d'âge, et inversement. La situation de référence choisie pour l'analyse de l'interaction « sexe-âge » est un homme âgé de 35 à 49 ans. En comparaison, une femme appartenant à cette même tranche d'âge avait une probabilité environ 1,2 fois plus élevée d'avoir parlé de son ME-DP à quelqu'un (1,24 [1,08-1,42]), indépendamment des autres facteurs intégrés au modèle. La probabilité d'en avoir parlé était également supérieure pour un homme âgé de 18 à 24 ans (1,34 [1,13-1,58]) ou de

25 à 34 ans (1,24 [1,05-1,46]) en comparaison d'un homme âgé de 35 à 49 ans, à l'inverse d'un homme âgé de 65 ans ou plus qui avait une plus faible probabilité de l'avoir fait (0,64 [0,49-0,85]). Par rapport à la situation de référence, la valeur du coefficient associé au terme d'interaction « Femme – 18-24 ans » indiquait un « effet spécifique » (0,71 [0,58-0,88]). Ainsi, le risque relatif ajusté associé au fait d'avoir parlé de son ME-DP à quelqu'un pour les 18-24 ans en comparaison des 35-49 ans était plus faible chez les femmes que chez les hommes. Les calculs et observations effectués à partir des données du modèle montrent qu'une femme âgée de 65 ans ou plus

Tableau 2

Avoir parlé de son ME-DP à quelqu'un et en fonction des types d'interlocuteurs, parmi les individus déclarant en avoir ressenti un au cours de l'année précédant la réponse à l'enquête, selon le sexe au sein des différentes catégories d'âge

	Ont déclaré avoir ressenti un ME-DP au cours des 12 derniers mois (n)	Ont parlé de leur ME-DP à quelqu'un		Ont parlé de leur ME-DP à une personne de leur entourage		Ont parlé de leur ME-DP à un professionnel de santé ou de santé mentale		Ont parlé de leur ME-DP à une autre personne, structure ou via un autre canal	
		%	[IC95%]	%	[IC95%]	%	[IC95%]	%	[IC95%]
De 18 à 24 ans						*		**	
Hommes	164	61	[53-68]	40	[32-48]	18	[12-25]	24	[17-31]
Femmes	302	54	[48-59]	43	[37-49]	27	[22-32]	12	[9-16]
Total	466	56	[52-61]	42	[37-46]	24	[20-28]	16	[13-20]
De 25 à 34 ans								**	
Hommes	191	57	[49-64]	40	[33-47]	28	[21-35]	21	[15-27]
Femmes	310	59	[53-65]	44	[39-50]	30	[25-35]	11	[8-15]
Total	501	58	[54-63]	42	[38-47]	29	[25-33]	15	[12-19]
De 35 à 49 ans		*		*		***		*	
Hommes	360	46	[41-51]	33	[28-38]	23	[18-27]	11	[8-15]
Femmes	508	54	[50-59]	40	[36-44]	34	[30-39]	7	[5-9]
Total	868	51	[47-54]	37	[34-40]	29	[26-32]	9	[7-11]
De 50 à 64 ans									
Hommes	284	47	[41-53]	31	[25-37]	33	[28-39]	5	[3-8]
Femmes	371	48	[43-54]	31	[26-36]	32	[28-37]	4	[2-6]
Total	655	48	[44-52]	31	[27-35]	33	[29-37]	4	[3-6]
65 ans et plus		**				***			
Hommes	152	31	[24-39]	23	[16-30]	18	[12-25]	SD	SD
Femmes	277	47	[41-53]	31	[26-37]	34	[29-40]	SD	SD
Total	429	41	[37-46]	28	[24-32]	28	[24-33]	SD	SD
Ensemble		**		**		***		***	
Hommes	1 151	48	[45-51]	33	[31-36]	25	[22-27]	12	[10-14]
Femmes	1 768	53	[50-55]	38	[36-40]	32	[30-34]	7	[6-8]
Total	2 919	51	[49-53]	36	[34-38]	29	[27-31]	9	[8-10]

Source : Enquête CoviPrev, vagues 34 à 37 (mai 2022-septembre 2023).

Données : Effectifs bruts, proportions pondérées.

Champ : Personnes âgées de 18 ans ou plus, résidant en France hexagonale et ayant déclaré avoir ressenti un mal-être ou des difficultés psychologiques dans les 12 mois précédant la réponse à l'enquête.

Lecture : Entre 2022 et 2023, parmi les personnes de notre échantillon ayant ressenti un mal-être ou des difficultés psychologiques au cours des 12 mois précédant la réponse à l'enquête, 27% des femmes âgées de 18 à 24 ans déclaraient en avoir parlé à un professionnel de santé ou de santé mentale (médecin généraliste, psychiatre, psychologue ou psychothérapeute), contre 18% des hommes de la même tranche d'âge ($p<0,05$).

Note : Le nombre d'étoiles indique le degré de significativité du test du Chi2 (correction de Rao-Scott) sur le croisement entre le sexe et la variable dépendante au sein de la tranche d'âge considérée : * $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$.

ME-DP : mal-être ou difficultés psychologiques ; IC95% : intervalle de confiance à 95% ; SD : seuil de diffusion (effectifs bruts inférieurs au seuil de 10 personnes).

Tableau 3

Modèles de régression de Poisson à variance robuste : facteurs associés au fait d'avoir parlé ou non de son mal-être ou de ses difficultés psychologiques à quelqu'un

Variables explicatives	Modèle 1 (sans interaction)		Modèle 2 (avec interaction « sexe – tranche d'âge »)	
	IRR	[IC95%]	IRR	[IC95%]
Vague d'enquête				
Vague 34 (réf.)	-	-	-	-
Vague 35	1,01	[0,91-1,12]	1,01	[0,91-1,11]
Vague 36	1,07	[0,97-1,18]	1,08	[0,98-1,19]
Vague 37	1,09	[0,99-1,20]	1,10	[1,00-1,21]
Variables sociodémographiques				
Sexe				
Homme (réf.)	-	-	-	-
Femme	1,13**	[1,05-1,22]	1,24**	[1,08-1,42]
Tranche d'âge				
18-24 ans	1,08	[0,97-1,20]	1,34***	[1,13-1,58]
25-34 ans	1,14**	[1,03-1,26]	1,24*	[1,05-1,46]
35-49 ans (réf.)	-	-	-	-
50-64 ans	0,91	[0,82-1,01]	0,99	[0,83-1,16]
65 ans et plus	0,76***	[0,65-0,89]	0,64**	[0,49-0,85]
Catégorie d'agglomération				
Rurale	0,90*	[0,81-0,99]	0,89*	[0,80-0,99]
Moins de 20 000 habitants	0,95	[0,85-1,05]	0,94	[0,84-1,04]
Entre 20 000 et 100 000 habitants	1,02	[0,92-1,14]	1,02	[0,92-1,14]
Plus de 100 000 habitants (réf.)	-	-	-	-
Agglomération parisienne	1,0	[0,89-1,11]	0,99	[0,89-1,10]
Vit seul(e)				
Non (réf.)	-	-	-	-
Oui	1,12**	[1,04-1,21]	1,11**	[1,03-1,20]
Variables socio-économiques				
Situation professionnelle				
Travail (réf.)	-	-	-	-
Chômage	0,86	[0,74-1,01]	0,86	[0,74-1,01]
Inactifs (étudiants, retraités, au foyer)	0,97	[0,88-1,07]	0,98	[0,89-1,07]
Situation financière perçue				
Bonne situation financière (réf.)	-	-	-	-
Situation juste	0,95	[0,87-1,03]	0,95	[0,87-1,03]
Situation financière difficile ou très difficile	0,91	[0,83-1,00]	0,92	[0,84-1,01]
Logement à forte promiscuité				
Non (réf.)	-	-	-	-
Oui	0,92	[0,83-1,03]	0,91	[0,81-1,02]
Santé générale				
Perception au sujet de son état de santé				
Bon ou très bon état de santé	1,06	[0,97-1,15]	1,05	[0,96-1,14]
Assez bon état de santé (réf.)	-	-	-	-
Mauvais ou très mauvais état de santé	1,14*	[1,02-1,26]	1,14*	[1,03-1,27]
Problème de santé chronique				
Non (réf.)	-	-	-	-
Oui	1,32***	[1,22-1,43]	1,32***	[1,22-1,43]



Tableau 3 (suite)

Variables explicatives	Modèle 1 (sans interaction)		Modèle 2 (avec interaction « sexe – tranche d'âge »)	
	IRR	[IC95%]	IRR	[IC95%]
Santé mentale				
État dépressif (certain)				
Non (réf.)	-	-	-	-
Oui	0,79***	[0,72-0,86]	0,79***	[0,72-0,86]
Pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois				
Non (réf.)	-	-	-	-
Oui	1,20***	[1,11-1,29]	1,20***	[1,11-1,29]
Coefficients de l'interaction « sexe – tranche d'âge »				
Femme – 18-24 ans			0,71**	[0,58-0,88]
Femme – 25-34 ans			0,88	[0,72-1,07]
Femme – 50-64 ans			0,86	[0,70-1,07]
Femme – 65 ans et plus			1,26	[0,93-1,70]
Statistiques globales sur le modèle				
	Valeur		Valeur	
p-value du test sur l'ajout de l'interaction globale « sexe – tranche d'âge » au modèle (test de Wald ajusté)			0,002	

Source : Enquête CoviPrev, vagues 34 à 37 (mai 2022-septembre 2023).

Données : Modèle de régression de Poisson avec lien logarithmique et estimation de la variance robuste sur données pondérées (erreurs standard de type Horvitz-Thompson).

Champ : Personnes âgées de 18 ans ou plus, résidant en France hexagonale, ayant déclaré avoir ressenti un mal-être ou des difficultés psychologiques dans les 12 mois précédant la réponse à l'enquête.

Lecture : D'après le modèle 1, entre 2022 et 2023, parmi les personnes de notre échantillon ayant ressenti un mal-être ou des difficultés psychologiques au cours des 12 mois précédant la réponse à l'enquête, la probabilité d'avoir parlé de son ME-DP était 1,13 fois plus élevée chez une femme que chez un homme, indépendamment des autres facteurs introduits dans le modèle ($p < 0,01$). Le modèle 2 prend en compte la modélisation d'un effet d'interaction entre le sexe et la tranche d'âge ($p = 0,002$), la situation de référence du modèle correspondant alors à un homme âgé de 35 à 49 ans. Ainsi d'après ce modèle, une femme âgée de 35 à 49 ans avait une probabilité 1,24 fois plus élevée qu'un homme de la même tranche d'âge d'en avoir parlé à quelqu'un, indépendamment des autres facteurs. Le coefficient associé au terme d'interaction « Femme – 18-24 ans » ($IRR = 0,71$) indique l'effet spécifique qui s'applique aux femmes âgées de 18 à 24 ans, d'une part par rapport aux hommes du même âge, et d'autre part par rapport aux femmes âgées de 35 à 49 ans. En prenant en compte les modalités de référence, la valeur du risque relatif ajusté comparant les femmes âgées de 18 à 24 ans aux hommes du même âge est égal à $1,24 \times 0,71 = 0,88$ (non significatif, coefficient et résultat du test de Wald non présentés dans le tableau).

IRR : risque relatif ajusté ; IC95% : intervalle de confiance à 95% ; - : modalité de référence pour la variable explicative ; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$, avec la p-value du test de Wald sur la significativité du coefficient.

avait également une probabilité environ 1,6 fois plus élevée d'avoir parlé de son ME-DP, en comparaison d'un homme de la même tranche d'âge (1,56 [1,19-2,04] ; non présenté). En revanche, la différence relative entre les deux sexes n'était pas significative au sein des autres tranches d'âge (18-24 ans, 25-34 ans et 50-64 ans)⁽³⁾.

Enfin, indépendamment des autres facteurs, le fait d'être atteint d'une pathologie chronique (1,32 [1,22-1,43]), d'avoir pensé à se suicider au cours des 12 derniers mois (1,20 [1,11-1,29]), de se considérer en mauvais ou très mauvais état de santé (1,14 par rapport à un état de santé perçu comme « assez bon » ; [1,03-1,27]) ou encore de vivre seul(e) (1,11 [1,03-1,20]) étaient associés à une plus forte probabilité d'avoir parlé de son ME-DP à quelqu'un. À l'inverse, les personnes présentant les symptômes d'un état dépressif avaient une plus faible probabilité

que les autres d'avoir parlé de leur ME-DP à quelqu'un (0,79 [0,72-0,86]), tout comme les personnes résidant au sein d'une zone rurale, en comparaison de celles habitant dans une ville de plus de 100 000 habitants (0,89 [0,80-0,99]) (modèle 2, tableau 3).

Discussion

Selon les données de l'enquête CoviPrev, parmi les personnes ayant ressenti un mal-être ou des difficultés psychologiques (ME-DP) au cours des 12 derniers mois entre 2022 et 2023, environ une personne sur deux déclarait en avoir parlé à quelqu'un. Un peu plus d'un tiers des répondants en avaient parlé à une personne de leur entourage (famille, amis, collègue de travail), moins d'un tiers à un professionnel de santé ou de santé mentale (médecin généraliste ou médecin traitant, psychiatre, psychologue, psychothérapeute, etc.), et moins d'une personne sur dix à une autre personne ou structure (association, Internet et réseaux sociaux, ligne téléphonique d'aide et d'écoute). Des différences ont notamment été observées selon le sexe et l'âge (effet d'interaction), la catégorie d'agglomération du lieu de résidence (zone rurale), ainsi que

⁽³⁾ Concernant le calcul des risques relatifs ajustés correspondant aux résultats présentés, se référer à la note de lecture du tableau 3. Ces valeurs ainsi que leurs intervalles de confiance à 95% ont également été obtenus en modifiant simplement la modalité de référence de la tranche d'âge au sein du modèle.

l'état de santé des répondants (maladie chronique, état de santé générale perçue, présence d'un état dépressif ou de pensées suicidaires).

Les résultats de cette étude indiquent que les personnes de l'entourage (famille, amis, collègues de travail) représentent la catégorie d'interlocuteurs la plus souvent sollicitée en cas de ressenti d'un ME-DP, juste devant les professionnels de santé ou de santé mentale. De nombreuses études indiquent que le recours à des sources d'aide de type « formelles » (c'est-à-dire essentiellement les professionnels de santé) est souvent moins privilégié que le recours à des aides définies comme plus « informelles », telles que le soutien des proches^{12,13}.

Nos résultats confirment aussi l'existence de différences selon le sexe et l'âge. Les femmes de notre échantillon étaient en proportion plus nombreuses que les hommes à avoir parlé de leur ME-DP, de même que les jeunes adultes en comparaison des plus âgés. Ces associations sont retrouvées dans la littérature. Le genre représente en effet l'un des principaux déterminants du comportement de recherche d'aide, les femmes étant en moyenne plus enclines à chercher de l'aide pour leurs problèmes de santé mentale¹³. De façon générale, ce constat est à mettre en lien avec la conception genrée des émotions qui s'est progressivement ancrée au sein de nos sociétés¹⁴, les différences liées au sexe pouvant notamment être imputées à des normes culturelles de masculinité (autonomie, force physique ou contrôle émotionnel) défavorables à la recherche d'aide chez les hommes^{15,16}. Les effets d'âge pourraient relever quant à eux de différences générationnelles, les générations plus âgées ayant a priori été moins sensibilisées aux problématiques de santé mentale que les générations plus jeunes. Une situation d'isolement social, touchant fortement les plus âgés¹⁷, permettrait peut-être aussi d'expliquer ces disparités.

En revanche, les 18-24 ans étaient moins nombreux à en avoir fait part à un professionnel de santé ou de santé mentale. Ce constat rejoint celui d'études internationales montrant que les jeunes adultes n'ont qu'assez peu fréquemment recours à l'aide de professionnels en cas de problèmes de santé mentale^{18,19}. Cela corrobore également les observations récentes montrant que les jeunes adultes se déclarent en moyenne plus enclins à parler de leurs problèmes psychologiques à leurs amis, alors qu'ils sont davantage à considérer qu'il est honteux d'en parler à son médecin⁹. Selon la littérature, les personnes âgées affichent aussi des attitudes plus favorables envers la recherche d'aide professionnelle en santé mentale et l'utilisation des services dédiés²⁰⁻²².

Les résultats de cette étude suggèrent néanmoins que les différences selon l'âge dépendent du sexe, et inversement. Si le fait d'avoir parlé de son mal-être diminue avec l'âge pour les deux sexes, les écarts observés entre les jeunes adultes de moins de 35 ans et les plus âgés de 65 ans et plus, sont beaucoup plus importants chez les hommes (près de 30 points d'écart) que chez les femmes (environ 10 points

d'écart). De même, les effets du sexe varient selon l'âge avec des différences non significatives chez les moins de 35 ans et des écarts importants observés chez les plus de 65 ans. Chez les plus jeunes, l'absence d'écart entre les sexes sur l'indicateur global (en avoir parlé à quelqu'un) masque cependant des différences selon le type d'interlocuteur. Les hommes de 18 à 24 ans restent ainsi en proportion moins nombreux que les femmes du même âge à avoir parlé de leur ME-DP à des professionnels de santé ou de santé mentale, mais plus nombreux à en avoir parlé par l'intermédiaire d'un autre moyen (association, Internet et réseaux sociaux, ou ligne téléphonique d'aide et d'écoute). Une étude a notamment mis en avant le fait que les jeunes se serviraient de plus en plus des réseaux sociaux pour gérer leurs problèmes de santé mentale, déclarant notamment y recevoir un certain support émotionnel ou ayant la possibilité de s'entourer de pairs avec qui partager leurs préoccupations à travers les communautés en ligne²³. L'utilisation plus fréquente de ces autres formes de communication observée ici chez les jeunes hommes pourrait traduire une opportunité d'obtenir un soutien qu'ils ont plus de difficulté à trouver ou solliciter auprès de leur entourage ou des professionnels de santé. L'anonymat ou des ressources alternatives leur permettraient peut-être ainsi de s'affranchir plus facilement des stéréotypes de genre.

D'autres caractéristiques que le sexe et l'âge, en particulier celles relatives à la santé ou au lieu de résidence, étaient liées au fait d'avoir parlé de son ME-DP à quelqu'un.

Souffrir d'une pathologie chronique ou se percevoir en mauvaise santé étaient associés au fait d'avoir parlé de son ME-DP à quelqu'un. Cela pourrait probablement s'expliquer en partie par une exposition supérieure au système de santé. Ces individus étant généralement suivis médicalement, on peut en effet supposer qu'ils ont davantage d'opportunités d'en parler, notamment à leur médecin traitant ou aux professionnels en charge de leur suivi. Par ailleurs, les personnes atteintes d'une maladie chronique sont aussi plus à risque de développer des troubles psychiques²⁴. En revanche, les personnes présentant un état dépressif avaient une plus faible probabilité d'avoir parlé de leur ME-DP que les autres, déclarant en particulier moins souvent en avoir parlé à leur entourage. À l'inverse, les personnes ayant rapporté des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois avaient plus de chances d'en avoir parlé, comparativement aux individus non concernés, ceci étant notamment observé à travers des écarts sur le fait d'en avoir fait part à un professionnel ou via un autre moyen ou support. Ces résultats semblent refléter un constat précédemment établi : si les personnes souffrant de problèmes ou troubles psychiques recherchent moins fréquemment d'aide adaptée, cette tendance varierait selon le type de trouble ou la sévérité des symptômes^{25,26}. Le repli sur soi constitue aussi l'un des signes d'un état de dépression susceptible d'inhiber la recherche d'aide.

Concernant les pensées suicidaires, les résultats sont en adéquation avec ceux du Baromètre santé 2021 de Santé publique France, selon lesquels 64% des personnes ayant déclaré des pensées suicidaires au cours de l'année déclaraient en avoir parlé à quelqu'un⁵.

Les habitants des zones rurales présentaient également une plus faible probabilité d'avoir parlé de leur ME-DP que ceux résidant dans de grandes agglomérations, indépendamment des autres facteurs. En dépit de l'existence de problématiques liées aux difficultés d'accès aux soins ou à la désertification médicale, les résultats des analyses descriptives nous indiquent que les individus habitant en zone rurale avaient surtout moins souvent tendance à en avoir parlé à une personne de leur entourage, sans écart observé sur le fait d'en avoir parlé à un professionnel de santé ou de santé mentale par rapport aux résidents des zones urbaines. Les freins au fait de réussir à évoquer ou partager son mal-être pourraient en partie s'expliquer par des normes d'autonomie, de forte indépendance, de confidentialité ou d'anonymat, ou encore par une stigmatisation particulièrement renforcée en contexte rural^{27,28}. En revanche, la catégorie socioprofessionnelle, la situation professionnelle et la situation financière perçue n'ont ici pas été identifiées comme facteurs associés au fait d'avoir parlé de son ME-DP à quelqu'un, malgré un taux d'isolement relationnel plus important chez les populations les plus précaires²⁹.

Enfin, le fait de vivre seul était également associé au fait d'avoir parlé de son ME-DP à quelqu'un. Cela semble peut-être illustrer le fait que les personnes vivant seules ne sont pas nécessairement plus isolées socialement, les jeunes célibataires ayant même en moyenne une plus forte propension à développer des contacts avec leur entourage que les couples³⁰. Ce résultat reste cependant assez difficile à interpréter en l'absence d'informations supplémentaires disponibles sur le type de ménage, car le fait de vivre seul ou non regroupe, dans l'un ou l'autre cas, des situations très diverses en termes d'isolement social ou de composition du foyer (familles monoparentales, collocations, couples avec ou sans enfant, personnes vivant seules mais en situation de couple, etc.). Par ailleurs, bien que les personnes avec un diplôme supérieur ou équivalent au bac aient plus souvent déclaré avoir parlé de leur ME-DP que ceux ayant un niveau de diplôme inférieur (reflétant ainsi l'association parfois observée à travers la littérature entre la recherche d'aide et le niveau d'éducation¹³), cet indicateur n'apparaissait pas comme facteur associé à ce comportement dans nos résultats.

Limites

Notre étude comporte plusieurs limites. Elles concernent en particulier la méthode d'échantillonnage et la nature des variables disponibles.

La méthode d'échantillonnage par quotas, ainsi que le recrutement des répondants au sein d'un *Web panel*, limitent la généralisation de nos résultats à

l'ensemble de la population, notamment en termes de fréquence observée du comportement. Une publication récente suggère que les personnes inscrites dans les panels, indépendamment de leurs caractéristiques sociodémographiques, se distinguent par des comportements en ligne plus actifs, sont plus informées, utilisent davantage les réseaux sociaux et publient plus de messages³¹. Ces caractéristiques non contrôlées dans notre étude sont susceptibles d'avoir affecté la fréquence mesurée du comportement, en particulier le fait d'avoir parlé de son mal-être à « d'autres personnes ou structures » (ex : associations, Internet et réseaux sociaux, ligne d'aide et d'écoute). Cependant, cette analyse ne visait non pas à estimer la prévalence du comportement au sein de la population, mais à explorer les facteurs associés à celui-ci. Nous pouvons faire l'hypothèse que les déterminants identifiés (ex : sexe, âge), ainsi que leurs mécanismes d'action supposés (ex : normes sociales de genre), sont de portée générale et s'appliquent aux individus indépendamment de leur probabilité d'inclusion dans l'enquête.

Concernant le fait de parler ou non de son mal-être, il est envisageable que les termes « mal-être » et « difficultés psychologiques » aient pu être interprétés de différentes manières selon les individus. Malgré l'analyse de sensibilité réalisée en lien avec la fréquence du mal-être ressenti (effectifs restreints) et les variables d'ajustement intégrées au modèle (notamment état anxieux, état dépressif et pensées suicidaires), un degré d'information plus précis sur la nature et l'intensité des symptômes ressentis pourrait être intéressant à mettre en perspective dans le cadre d'autres travaux ou études sur le sujet.

Par ailleurs, cette étude ne permet pas de distinguer le type de professionnels avec lesquels les personnes ont pu aborder leurs problèmes de santé mentale. Or, si les exemples proposés à travers la question posée aux participants faisaient plutôt mention du fait d'avoir sollicité ou non un professionnel parmi un médecin généraliste, psychologue, psychiatre ou psychothérapeute, la littérature scientifique plus ancienne sur le sujet a pu mettre en avant que les personnes préféreraient souvent parler de leur ME-DP à des professionnels non spécialisés en santé mentale¹².

Enfin, si certaines inégalités sociales ou territoriales de santé ont pu être mises en avant dans le cadre de cette étude, des apports complémentaires seraient sans doute nécessaires afin d'être en mesure de les mettre davantage en exergue. Les données à disposition n'ont en effet pas toujours permis de présenter un gradient social ou de détailler de façon plus fine certains des indicateurs intégrés aux analyses (niveau d'éducation, type de ménage). Non mesurables au sein de l'enquête, d'autres déterminants potentiels pourraient aussi être pris en compte dans le cadre de futurs travaux ; notamment associés à des contextes sociaux, territoriaux ou environnementaux (comme le contexte socio-économique du territoire, l'offre de soins et de services, les conditions de vie, le soutien social, etc.). De même, la non-prise en compte des déterminants socio-cognitifs du comportement,

tels que les opportunités, les capacités ou motivations des individus à adopter le comportement (en particulier le niveau de littératie en santé mentale ou encore la stigmatisation des troubles psychiques), constitue une limite importante. La mesure de ces déterminants est à considérer, afin de mieux identifier les freins et leviers à l'adoption du comportement. Les effets issus de la combinaison ou de l'articulation entre les différents facteurs mériteraient également d'être investigués. Toutefois, les associations mesurées en lien avec les facteurs sociodémographiques, socio-économiques ou encore liés à l'état de santé des répondants apportent des premiers éléments d'informations utiles pour cibler les actions de communication et d'information visant à promouvoir la libération de la parole et à lutter contre la stigmatisation.

Conclusion

En France, la prévalence élevée des troubles psychiques contraste avec une réalité préoccupante : une proportion importante de personnes confrontées à un mal-être ou à des difficultés psychologiques n'en parle à personne. Pourtant, exprimer son mal-être est une étape essentielle pour accéder à une prise en charge adaptée, comme le rappellent les recommandations de la HAS, qui soulignent l'importance d'une intervention précoce et personnalisée selon la gravité des symptômes^{6,7}. La recherche d'aide, en particulier auprès de professionnels de santé, a un impact positif et protecteur sur la santé mentale à long terme¹³. À l'inverse, le retard dans la prise en charge des troubles psychiques peut conduire à une aggravation de ces derniers et à une réduction des effets bénéfiques des traitements¹².

Ces constats rappellent la nécessité de déployer des actions ciblées pour faciliter l'expression des difficultés psychologiques et réduire la stigmatisation associée. La formation et la sensibilisation des différents professionnels de santé au sujet du repérage des signes de souffrance psychique représentent également un enjeu important en ce sens. Les résultats de cette étude permettent d'identifier les publics prioritaires, moins enclins à parler de leur mal-être ou de leurs difficultés psychologiques : notamment les hommes, les personnes âgées (en particulier les hommes âgés), les personnes présentant un état dépressif, ainsi que les personnes résidant en zone rurale. Ces publics doivent faire l'objet d'une attention particulière dans les stratégies de prévention, afin de garantir un accès équitable et précoce aux soins. ■

Liens d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt au regard du contenu de l'article.

Références

[1] Wu T, Jia X, Shi H, Niu J, Yin X, Xie J, *et al.* Prevalence of mental health problems during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2021;281:91-8.

[2] COVID-19 Mental Disorders Collaborators. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet.* 2021;398(10312):1700-12.

[3] World Health Organization. Mental health and Covid-19: Early evidence of the pandemic's impact. Scientific brief. Geneva: WHO; 2022. 11 p. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1

[4] Léon C, du Roscoät E, Beck F. Prévalence des épisodes dépressifs en France chez les 18-85 ans : résultats du Baromètre santé 2021. *Bull Epidemiol Hebd.* 2023;(2):28-40. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/2/2023_2_1.html

[5] Léon C, du Roscoät E, Beck F. Prévalence des pensées suicidaires et tentatives de suicide chez les 18-85 ans en France : résultats du Baromètre santé 2021. *Bull Epidemiol Hebd.* 2024;(3):42-56. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2024/3/2024_3_1.html

[6] Haute Autorité de santé. Guide – Affection de longue durée – Affections psychiatriques de longue durée – Troubles anxieux graves. Saint-Denis: HAS; 2007. 36 p. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide_medecin_troubles_anxieux.pdf

[7] Haute Autorité de santé. Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en premier recours. Saint-Denis: HAS; 2017. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1739917/fr/episode-depressif-caracterise-de-l-adulte-prise-en-charge-en-premier-recours

[8] European commission: Directorate-general for health and food safety and Ipsos European public affairs. Mental health – Report. Publications office of the European Union; 2023. 102 p. <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/41a51902-7f89-11ee-99ba-01aa75ed71a1/language-en>

[9] Mertens C, Gillaizeau I, Léon C, du Roscoät E. Représentations sur la santé mentale et les troubles psychiques. Résultats des vagues 24 à 35 de l'enquête CoviPrev (mai 2021 – septembre 2022). Saint-Maurice: Santé publique France; 2023. 21 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/enquetes-etudes/representations-sur-la-sante-mentale-et-les-troubles-psychiques-resultats-des-vagues-24-a-35-de-l-enquete-coviprev>

[10] Cox B, van Oyen H, Cambois E, Jagger C, le Roy S, Robine JM, *et al.* The reliability of the minimum European health module. *Int J Public Health* 2009;54(2):55-60.

[11] Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983;67(6):361-70.

[12] Jorm AF. Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *Am Psychol.* 2012;67(3):231-43.

[13] Pereira A, Dubath C. Les comportements promoteurs d'une bonne santé mentale : synthèse de la littérature scientifique. Genève: minds – Promotion de la santé mentale à Genève; 2022. 64 p. <https://www.minds-ge.ch/ressources/les-comportements-promoteurs-dune-bonne-sante-mentale>

[14] Boquet D, Lett D. Les émotions à l'épreuve du genre. *Clio Femmes Genre Histoire.* 2018;47:7-22.

[15] Addis ME, Mahalik JR. Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *Am Psychol.* 2003;58(1):5-14.

[16] Gough B, Novikova I. Mental health, men and culture: How do sociocultural constructions of masculinities relate to men's mental health help-seeking behaviour in the WHO European region? Copenhagen: World Health Organization. Regional office for Europe; 2020. 72 p. <https://iris.who.int/handle/10665/332974>

[17] Petits frères des pauvres. Baromètre solitude et isolement : quand on a plus de 60 ans en France en 2021. Paris: Petits frères des pauvres; 2021. 112 p. <https://www.petits>

[18] Vanheusden K, van der Ende J, Mulder CL, van Lenthe FJ, Verhulst FC, Mackenbach JP. Beliefs about mental health problems and help-seeking behavior in Dutch young adults. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2009;44(3):239-46.

[19] Martin JM. Stigma and student mental health in higher education. *High Educ Res Dev.* 2010;29(3):259-74.

[20] Mackenzie CS, Gekoski WL, Knox VJ. Age, gender, and the underutilization of mental health services: The influence of help-seeking attitudes. *Aging Ment Health.* 2006;10(6):574-82.

[21] Mackenzie CS, Heath PJ, Vogel DL, Chekay R. Age differences in public stigma, self-stigma, and attitudes toward seeking help: A moderated mediation model. *J Clin Psychol.* 2019;75(12):2259-72.

[22] Committee on the mental health workforce for geriatric populations; Board on health care services; Institute of medicine. *The mental health and substance use workforce for older adults: In whose hands?* Washington, DC: National Academies Press (US); 2012. 396 p.

[23] Royal society for public health, youth health movement. #StatusofMind: Social media and young people's mental health and wellbeing. Londres: RSPH; 2017. 32 p. <https://www.rsph.org.uk/our-work/publications/statusofmind/>

[24] Verhaak PFM, Heijmans MJWM, Peters L, Rijken M. Chronic disease and mental disorder. *Soc Sci Med.* 2005; 60(4):789-97.

[25] Wang PS, Berglund P, Olfson M, Pincus HA, Wells KB, Kessler RC. Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the National comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(6):603-13.

[26] Kessler RC, Demler O, Frank RG, Olfson M, Pincus HA, Walters EE, et al. Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *N Engl J Med.* 2005;352(24):2515-23.

[27] Cheesmond NE, Davies K, Inder KJ. Exploring the role of rurality and rural identity in mental health help-seeking behavior: A systematic qualitative review. *J Rural Ment Health* 2019;43(1):45-59.

[28] Mohatt NV, Kreisel CJ, Hoffberg AS, Mph LW, Beehler SJ. A systematic review of factors impacting suicide risk among rural adults in the United States. *J Rural Health.* 2021;37(3):565-75.

[29] Riffaut H, Dessajan S, Saurier D, Bérhuet S, Hoibian S. Solitudes 2024. Le temps des solitudes. Les fragilités relationnelles à l'épreuve des temporalités. Paris: Fondation de France – Observatoire Philanthropie & Société; 2025. 62 p. <https://www.credoc.fr/publications/le-temps-des-solitudes-les-fragilites-relationnelles-a-lepreuve-des-temporalites-rapport>

[30] Pan Ké Shon JL. Vivre seul, sentiment de solitude et isolement relationnel. Institut national de la statistique et des études économiques. 1999;678:4 p. <https://www.bnsp.insee.fr/ark:/12148/bc6p0702cwv.textelimage>

[31] Legleye S, Chauvet G, Merly-Alpa T, Soullier N. Who are the online panelists and why they cannot represent the general population. *Surv Methods Insights Field*; 2025. 17 p.

Citer cet article

Mertens C, du Roscoät E, Léon C, Lasbeur L, Gillaizeau I. Parler de son mal-être ou de ses difficultés psychologiques : résultats de l'enquête CoviPrev, mai 2022-septembre 2023. *Bull Epidemiol Hebd.* 2026;(8):128-40. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2026/8/2026_8_1.html

Cet article est sous licence internationale *Creative Commons Attribution 4.0* qui autorise sans restrictions l'utilisation, la diffusion, et la reproduction sur quelque support que ce soit, sous réserve de citation correcte de la publication originale.

