



UNIVERSITÉ  
des  
FAMILLES

Santé mentale  
& mal-être des jeunes

Actes du 14 mai 2014



Jeunesse / Santé



## PREAMBULE

---

### « Santé mentale des jeunes »

Un jeune sur deux en formation (lycéen, étudiant, apprenti) déclare des difficultés d'ordres psychologiques, mais peu ont recours à un professionnel de santé, selon une enquête de 2010 de OpinionWay pour la Fondation Pierre Deniker (recherche et prévention en santé mentale). Dans un document de cette fondation, présidé par le professeur Olié, il est précisé que *« la plupart des difficultés d'ordres psychologiques déclarées par les étudiants peuvent tout à fait relever de difficultés existentielles, fréquentes notamment dans cette tranche d'âge. En revanche, les difficultés exprimées par 9% d'entre eux peuvent évoquer un diagnostic psychopathologique reconnu des professionnels de santé mentale et en particulier, pour 7% d'entre eux, des signes d'allure dépressive. Ces jeunes sont donc susceptibles de présenter une souffrance dont il faut plus particulièrement se préoccuper. Or, parmi ces 9%, 60% n'ont eu recours à aucun professionnel de santé. »*

Ces données rejoignent celles du **Baromètre santé jeune 2010** de l'INPES : si le recours au soin des personnes dépressives a nettement progressé depuis 2005, les résultats du Baromètre santé 2010 pointent toutefois encore des insuffisances dans la prise en charge et le suivi des patients anxieux ou dépressifs.

Des actions cependant existent (ex : programme « Bien dans ses études, bien dans sa vie », la Fondation Pierre Deniker) et des lieux se sont créés, notamment à l'Université, comme les BAPU, dans lesquelles les consultations sont gratuites.

Pour faire le point sur cette question, nous réalisons une UNIF pour répondre aux questions suivantes :

Quelles sont exactement les données concernant la santé mentale des jeunes ?

Que recommander aux parents pour mieux percevoir le malaise des jeunes et les accompagner ?

Comment faire quand un jeune ne veut pas consulter ?

Ces réflexions pourront aboutir à la création d'une plaquette d'information à destination des parents.

## PARTICIPANTS

**Dr Anne GUT-FAYAND**

*Consultation adolescents - Hôpital St-Anne*

**Enguerrand DU ROSCOAT**

*Docteur en psychologie sociale – INPES*

**Laurentine VERON et Fanny SAUVADE**

*Association Apsytude*

**Françoise GALLAND**

*Directrice de l'association SPARADRAP*

Conférence animée par **Rémy GUILLEUX**,  
Vice-président de l'UNAF

## Rémy GUILLEUX

Bonsoir à tous. Je suis heureux d'ouvrir ces Universités des familles, initiative mise en place par l'UNAF il y a pratiquement dix ans. Comme vous le savez, ce type de conférence a pour but de formuler des avis sur les nombreux sujets qui concernent les familles. Les experts et spécialistes que vous êtes nous permettent ainsi de traiter les sujets en profondeur et nous apportent non seulement des éléments de réflexion, mais aussi des réponses aux problématiques rencontrées par les familles. A ce jour, plus de soixante conférences ont été organisées.

Le sujet de ce soir concerne la santé mentale et le traitement du mal-être des jeunes, thème récurrent dans les préoccupations exprimées par les familles. En effet, si d'un côté l'adolescence et la jeunesse participent à la construction et à l'épanouissement des jeunes, de l'autre cette période s'avère également difficile, notamment au sein des familles ou encore en termes d'insertion professionnelle. L'accompagnement et le suivi sont par conséquent des critères primordiaux. »

En tant qu'experts, vous avez très souvent l'occasion de rencontrer de jeunes adultes ou des parents. Je vous propose donc de commencer par dresser un état des lieux de la situation et par quelques éléments de cadrage. Vous nous indiquerez ensuite ce que vous observez et nous ferez part des propositions que vous faites aussi bien aux adolescents qu'à leurs parents.



## Enguerrand DU ROSCOAT

*Docteur en psychologie sociale – INPES*

«Bonjour à tous. Merci de m'avoir invité à l'occasion de cette Université. Je travaille à la Direction des affaires scientifiques de l'INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé), agence sanitaire sous la tutelle du Ministère de la santé. Autrement dit, nous sommes chargés de mettre en œuvre des programmes de prévention pour le Ministère de la santé, que ce soit sur les addictions, la santé mentale ou encore la santé sexuelle.

Je vais maintenant vous présenter quelques données de cadrage sur la santé mentale des jeunes, sur la tranche d'âge 15-25 ans (soit 3 700 personnes interrogées). Je m'appuierai également sur les résultats du baromètre santé de l'année 2010, enquête produite par l'INPES tous les cinq ans.

Cette enquête, dite aléatoire, est menée sur une population globale de plus de 27 000 personnes. Elle nous apporte des données représentatives de la population générale, puisque les personnes sont interrogées au hasard par téléphone, aussi bien sur mobile que sur liste rouge. Ce système nous permet ainsi de récupérer certains individus qui ne répondent pas toujours spontanément aux enquêtes et par conséquent d'obtenir une grande diversité de profils. Nous mettons donc tout en œuvre pour contacter ces foyers, voire pour sélectionner au hasard la personne qui répondra.

**Les données collectées reposent sur trois indicateurs principaux. Premièrement, la détresse psychologique, autrement dit, le fait de se trouver dans un état de détresse psychologique ou d'avoir été dans cet état au cours des quatre dernières semaines. Les critères proposés sont les suivants :**

- . Se sentir très nerveux ;
- . Etre si triste que rien ne peut vous égayer ;
- . Ne pas se sentir au calme ou en paix ;
- . Se sentir triste et maussade ;
- . Ne pas se sentir heureux.

Cette grille nous permet ainsi de catégoriser les personnes interrogées comme étant en état de détresse psychologique ou non.

Le deuxième indicateur fait état des pensées suicidaires au cours des dix derniers mois. Les personnes interrogées répondent ainsi par oui ou non à la question suivante : avez-vous pensé à vous suicider au cours des douze derniers mois ? Le troisième élément repose sur les tentatives de suicide au cours de la vie et au cours des douze derniers mois. Enfin, l'enquête révèle également des informations sur les épisodes dépressifs caractérisés, les troubles alimentaires ou encore les troubles du sommeil.

Les résultats démontrent que 14.4 % des 15-25 ans se sont trouvés en état de détresse psychologique au cours des quatre dernières semaines, chiffre légèrement inférieur à celui constaté dans le reste de la population puisque ce taux chez les 26-64 ans atteint 17.2 %. Les femmes représentent 20.3 % et les hommes 8.4 %.

Nous avons ensuite distingué deux tranches d'âges : les 15-19 ans et les 20-25 ans. La détresse psychologique concerne ainsi 7 % des garçons et 19 % des filles âgés entre 15 et 19 ans et 9.6 % des hommes et 21.4 % des femmes chez les 20-25 ans.

S'agissant des pensées suicidaires, 3.2 % des 15-25 ans déclarent avoir pensé à se suicider au cours des douze derniers mois (4 % de femmes et 2.4 % d'hommes) sachant que chez les 26-64 ans, ce chiffre monte à 4.3 %. Chez les 15-19 ans, 2.2 % des garçons sont concernés et 4.4 % des filles et chez les 20-25 ans, 2.6 % d'hommes et 3.7 % de femmes.

En ce qui concerne les tentatives, 4.5 % des 15-25 ans déclarent avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie, contre 6.3 % des 26-64 ans. Chez les femmes, ce taux atteint 6.8 % et chez les hommes 2.3 %. Ce chiffre s'élève à 1.4 % pour les garçons et à 6.8 % pour les filles pour les 15-19 ans. Cette proportion augmente légèrement chez les 20-25 ans puisqu'elle concerne 3.1 % des hommes et 6.7 % des femmes.

A titre de comparaison, l'enquête « Escapade », qui recense les jeunes de 17 ans lors de la journée nationale de service civil, révèle que les tentatives de suicides au cours de la vie

concernent 8 % des adolescents. Là aussi, la proportion de femmes est supérieure à celle des hommes (11.9 % contre 4.8 %).

Concernant les tentatives de suicide au cours des douze derniers mois, 1 % des 15-25 ans sont concernés, (1.5 % de femmes et 0.5 % d'hommes) contre 0.5 % des 26-64 ans. Cette proportion atteint 2 % chez les filles de 15-19 ans. Les raisons invoquées sont essentiellement sentimentales et familiales (72 % pour les filles et 51% pour les garçons).

Pour ce qui est du degré d'intention de mort lors de la dernière tentative de suicide, les questions posées étaient les suivantes :

Étiez-vous réellement décidé à mourir (vous avez survécu par chance) ?

Votre tentative de suicide était-elle un appel à l'aide (mais vous n'aviez pas l'intention de mourir) ?

Une personne sur quatre parmi les 15-25 ans déclare ainsi avoir réellement eu l'intention de mourir sachant que 57 % d'entre elles annoncent qu'il s'agissait avant tout d'un appel à l'aide. Concrètement, 20 % de ces jeunes sont passés à l'acte.

**Parmi les facteurs associés à la détresse psychologique, on retrouve :**

- . Les violences subies au cours des douze derniers mois ;
- . Le chômage ;
- . Un faible niveau de revenus (inférieur à 1 100 €/ mois) ;
- . Les liens sociaux (manque d'activités sociales et de contacts).

**Parmi les tentatives de suicide au cours des douze derniers mois, les facteurs principaux sont :**

- . Les violences subies au cours des douze derniers mois ;
- . Les violences sexuelles subies au cours de la vie ;
- . Un faible niveau de revenus (inférieur à 1 100 €/ mois) ;
- . Le jeune âge ;
- . L'orientation homosexuelle.

**Parmi les personnes ayant eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois, ces facteurs sont :**

- . Les violences subies au cours des douze derniers mois ;
- . Les violences sexuelles subies au cours de la vie ;
- . Le chômage ;
- . L'orientation homosexuelle.

Concernant les personnes qui ont fait une ou plusieurs tentatives de suicide au cours de la vie, l'enquête Escapade démontre davantage de variables. On retrouve ainsi :

La situation scolaire (déscolarisation, redoublement) ;

La situation familiale (conflits ou manque de relations avec le père ou la mère) ;

La consommation de substances psycho-actives (alcool, tabac, cannabis, autres drogues illicites) ;

La perception de son corps (trop maigre ou obésité).

En résumé, la situation des 15-25 ans est préférable à celle des 26-64 ans, tant en termes de détresse psychologique que de pensées suicidaires. En revanche, les tentatives de suicide sont plus nombreuses chez les jeunes filles de 15 à 19 ans. On constate par ailleurs que le nombre de suicides augmente de façon linéaire pour atteindre son point culminant entre 45 et 54 ans. Cette courbe redescend ensuite jusqu'à 64 ans.

**Quant aux épisodes dépressifs caractérisés, l'enquête se base sur une période de forte tristesse ou de perte d'intérêt quasiment tous les jours pendant au moins quinze jours, associée à d'autres symptômes tels que :**

- . La prise de poids.
- . Le manque d'énergie ;
- . Les difficultés à dormir ;
- . Avoir des pensées suicidaires ;
- . La perte de confiance en soi.

Ces critères alternent principalement sur les loisirs, le travail ou encore l'humeur au quotidien. Ce type d'épisode concerne 6.4 % des 15-19 ans (9.3 % des filles et 3.7 % des garçons) et 9.6 % des 20-25 ans (5 % des hommes et 14 % des femmes).

**Les troubles alimentaires font également partie des autres éléments révélés par cette enquête. Ainsi :**

- . Le fait de manger énormément avec de la peine à s'arrêter concerne 10.8 % des hommes et 7 % des femmes entre 15 et 19 ans. Ce chiffre s'élève à 11 % d'hommes contre 14.6 % de femmes chez les 20-25 ans ;
- . Le fait de se faire vomir volontairement concerne 0.1 % des hommes et 1 % des femmes de 15 à 19 ans ;
- . Le fait de redouter de commencer à manger concerne moins de 1 % des hommes et 11 % des femmes chez les 15-19 ans ;
- . Le fait de manger en cachette concerne environ 6 % des hommes et 8.5 % des femmes de 15 à 19 ans contre 1.9 % des hommes et 5 % des femmes chez les 20-25 ans.
- . Enfin, l'insomnie concerne 3 % des hommes et 11 % des filles âgées entre 15 à 19 ans et 19 % des hommes et 21 % femmes de 20 à 25 ans.

## Rémy GUILLEUX

Merci d'avoir planté le décor avec ces chiffres quelques peu effrayants, qui effectivement traduisent des réalités et des signes de mal-être. Cette situation de cadrage nous permet maintenant de donner la parole au docteur Gut-Fayand. Concrètement, quels type de patients s'adressent à vous ? Quels sont les signaux d'alerte pour les parents ou encore quelles recommandations donnez-vous ? Bref, que vivez-vous avec les jeunes au quotidien





**Dr Anne GUT-FAYAND**

*Consultation adolescents - Hôpital St-Anne*

Je vous remercie tout d'abord de m'avoir sollicitée pour cette intervention centrée sur les jeunes adultes. J'aimerais cependant dresser une petite synthèse de l'état de santé des jeunes, avant de vous parler des consultations que je mène en privé ou à l'hôpital Sainte-Anne car il ne s'agit pas non plus d'être alarmiste. Les résultats de cette enquête démontrent en effet que les jeunes vont assez bien, voire même très bien. J'aborderai ensuite les plaintes des patients et les symptômes sur lesquels il faut être vigilant. Enfin, je conclurai sur les actions pratiques.

Les adolescents sont donc globalement en bonne santé et consultent peu. Néanmoins 70 % d'entre eux rencontrent des préoccupations dans leur scolarité et un jeune sur deux en formation (lycéen, collégien ou étudiant) déclare avoir des difficultés d'ordre psychologique, dont 11 % de symptômes persistants. Sachez par ailleurs qu'un diagnostic psychiatrique ou psycho-pathologique est évoqué pour 9 % de ces jeunes, sachant que 60 % d'entre eux n'ont eu aucun contact avec un professionnel de santé.

Nous devons par conséquent réfléchir à la prise en charge de nos jeunes adultes car plus de la moitié des cas ne sont pas détectés. Or, un des premiers interlocuteurs pour les parents peut être soit le médecin généraliste, soit le médecin scolaire. Nous savons en effet que le contact avec le psychiatre ou le psychologue s'avère parfois effrayant lors d'une première consultation.

Comme vous l'évoquiez, les principales plaintes des adolescents portent notamment sur la transformation du corps, la distance avec les parents, les difficultés vers l'autonomie, la motivation concernant l'avenir professionnel ou encore la prise de drogues, sans oublier bien entendu la réussite de soi. Nous constatons ainsi que nos jeunes adultes sont anxieux et craintifs, qu'ils développent des phobies, qu'ils présentent des troubles d'humeur et dépressifs et qu'ils peuvent avoir des envies suicidaires.

**En outre, une enquête européenne a récemment dressé un état des lieux de la prévalence des troubles au cours des douze derniers mois. On constate ainsi que la France n'est pas très bien placée puisque :**

- . 12 % de nos jeunes présentent un trouble d'anxiété,
- . 8.5 % des troubles de l'humeur,
- . 1.4 % des troubles du contrôle des impulsions,
- . 18 % des problèmes liés à la dépendance ou à l'abus aux substances,
- . 12.5 % ont des idées suicidaires ;

S'agissant des troubles dépressifs, les parents se trouvent parfois désarçonnés face à l'attitude de leurs enfants. Il est en effet délicat de faire la différence entre l'adolescence « normale » et l'entrée dans un épisode dépressif. Or, comme deux tiers de nos jeunes

adultes ne sont pas traités contre la dépression, on constate dans cette population des échecs scolaires, des tentatives de suicides ou encore des dépendances aux drogues. Autrement dit, l'épisode dépressif est mal détecté et plus de la moitié des cas n'est pas traitée, ce qui est énorme. De plus, ce chiffre est en constante augmentation puisque le suicide représente la première cause de mortalité chez les 15-25 ans. Il s'agit donc d'une question de santé publique. En outre, nous nous trouvons relativement démunis, voire parfois même impuissants car ce type d'état demeure imprévisible.

Les troubles dépressifs présentent des caractéristiques très hétérogènes chez les adolescents. Il peut s'agir de tristesse, de manque d'envie, de démotivation, de boulimie ou encore d'hypersomnie. Ces troubles sont donc très différents de ceux constatés chez les adultes. En d'autres termes, il s'agit de « dépressions masquées ».

Les tentatives de suicide constituent quant à elles une conduite typique de l'adolescence puisque cette période se caractérise par de l'impulsivité, de la frustration ou de l'intolérance. Dit autrement, les jeunes adultes n'ont pas ce qu'ils veulent, ils claquent la porte ou sont fâchés contre leurs professeurs. Ils optent donc pour la prise d'anxiolytiques, d'antidépresseurs ou d'alcool sans se rendre compte des enjeux. Or, ces récurrences peuvent entraîner des tentatives de suicide, qui, bien souvent chez les jeunes filles ne sont que des appels à l'aide. En revanche, les garçons ne se « ratent pas ». Nous sommes donc impuissants face à certaines situations, excepté pour certains patients présentant un épisode dépressif sévère que nous arrivons à identifier. Pour autant, comment arriver à communiquer avec la famille, leur annoncer que nous sommes préoccupés et que nous devons garder leur enfant à l'hôpital ou en centre d'accueil et de crise ? Notre rôle consiste donc à les alerter, sachant que la majorité des adolescents ne souhaitent pas séjourner à l'hôpital et préfèrent s'amuser avec leurs amis. Néanmoins, ils sont bel et bien déprimés. Il y a donc une énorme prise de risque de toutes parts.

Nos entretiens visent essentiellement à rechercher les facteurs de risques biologiques et environnementaux, ainsi que les facteurs individuels et familiaux. Concrètement, il s'agit de savoir s'il existe des antécédents familiaux de dépression, des troubles bipolaires ou encore des fluctuations d'humeur, de l'état d'excitation à l'état de dépression. Le repérage de ces symptômes est important car la prise en charge thérapeutique n'est pas la même que pour un épisode dépressif par exemple. Il existe donc des facteurs génétiques biologiques liés à l'histoire de la famille. Les facteurs environnementaux révèlent quant à eux le stress au quotidien ou encore les drogues. Il est donc primordial de considérer ces deux facteurs.

En ce qui concerne l'alcool et les drogues, 88 % des adolescents français ont déjà expérimenté l'alcool, 46 % ont déjà connu l'ivresse et 31 % ont déjà fumé du cannabis. Aussi, lorsque les parents m'expliquent que tous les jeunes consomment, je leur signale que ce n'est pas le cas de tous les adolescents. Il existe en effet une intrication entre l'éducatif et le psychologique. En d'autres termes, quelle image les parents donnent-ils à la consommation

de drogue ? En outre, 15 % des jeunes interrogés déclarent avoir fumé du cannabis au cours des 30 derniers jours.

Je rappelle qu'il existe deux grandes catégories en psychiatrie. Les troubles de la personnalité et la psychose. La psychose fait parfois peur aux gens car le patient est déconnecté de la réalité et peut avoir des comportements dangereux. Pour autant, il souffre énormément. Il est donc très important pour nous de repérer cet état chez les jeunes adultes car plus ces symptômes sont repérés facilement, plus il est possible de les traiter pour obtenir une rémission. Toutes les études le démontrent aujourd'hui. J'ai d'ailleurs travaillé sur ce sujet à Sainte-Anne pendant plusieurs années pour mettre en place ce centre d'évaluation des jeunes adultes et adolescents. L'objectif consiste à effectuer un repérage précoce des troubles schizophréniques pour amener les patients aux soins le plus rapidement possible. Il est toutefois très difficile d'identifier des psychoses débutantes. De plus, il existe un lien très fort entre l'adolescence et les fantômes psychotiques.

**Voici à titre d'exemple, l'existante de signes prodromiques dans une population normale d'adolescents (signes présents avant le déclenchement d'une maladie) :**

- . La pensée magique ;
- . L'expérience perceptuelle inhabituelle ;
- . Perte marquée des initiatives ;
- . Comportements étranges et marqués ;
- . Discours digressifs ou sur-élaborés ;
- . Affect à distance ou peu approprié ;
- . Isolement ou repli social ;
- . Diminution importante de l'hygiène.

Sachez que ces signes prodromiques n'entraînent pas forcément de traitements médicamenteux, mais qu'ils permettent une approche spécifique dans les soins. Au-delà de tous ces symptômes, il s'agit également de considérer l'adolescent dans son environnement (famille, scolarité, société, droits).

Pourquoi avons-nous eu l'envie de créer des consultations d'aide, sachant que de plus en plus de maisons pour adolescents et de lieux d'accueil voient le jour ? Nous avons tout simplement constaté qu'il existait une véritable problématique d'accès aux soins. Or, soit les jeunes pensent qu'ils iront mieux dans le temps, soit ils ne souhaitent pas se rendre en psychiatrie sous peine d'être stigmatisés. Ces jeunes consultent donc tardivement, alors que les symptômes existent déjà et qu'ils se sont installés depuis de nombreux mois voire de nombreuses années. J'ai moi-même reçu des patients en souffrance depuis deux ou trois ans en total échec scolaire.

Par conséquent, si cette problématique touche aussi bien les adolescents que les parents, elle concerne aussi énormément les professionnels qui se retrouvent ainsi en difficulté face

à la complexité de la prise en charge. Bref, ils manquent cruellement de moyens et d'équipes pluridisciplinaires et ces intervenants ont besoin d'adresses pour orienter les jeunes vers des consultations.

J'aimerais par ailleurs que vous reteniez au moins deux choses de cette présentation. Premièrement, l'intensité des symptômes et deuxièmement leur retentissement sur la vie scolaire, familiale et sociale car ces critères permettent d'amener nos jeunes adultes aux soins. Autrement dit, il faut redoubler de vigilance lorsque la tristesse et le désinvestissement perdurent dans le temps.

Nous constatons ainsi que 70 % des parents font eux-mêmes la demande de consultation de leurs enfants. Il est en effet très rare que les jeunes adultes se tournent spontanément vers nous (10 %). Si tel est le cas, cela signifie qu'ils vont déjà très mal et qu'ils ont déjà perdu de nombreux mois. De fait, ils acceptent assez facilement les soins. Enfin, 20 % des consultations proviennent directement des médecins généralistes ou des médecins scolaires. En définitive, la famille se situe bien au premier rang lors du démarrage de la consultation de l'adolescent.

**Parmi les symptômes alarmants, on retrouve :**

- . Le fléchissement de la scolarité dans le temps ;
- . Le désinvestissement des activités scolaires et extrascolaires ;
- . L'apparition ou l'aggravation d'un trouble anxieux (peur d'un examen ou d'une dispute) ;
- . Troubles anxieux généralisés (manque de prise d'initiative ou panique soudaine) ;
- . Symptômes somatiques (maux de tête, vertiges, nausées, vomissements, fourmillements des membres) ;
- . Consommation excessive d'alcool ou de drogues ;
- . Troubles du sommeil ;
- . Troubles de la concentration ou de la mémoire ;
- . Troubles du comportement ;
- . Angoisse.

L'intensité de ces critères et leur retentissement sur le quotidien dans le temps doit donc amener le jeune adulte à venir consulter. Ces consultations d'évaluation proposent généralement des séances courtes et raisonnables. Cependant, les demandes affluent très vite. En outre, nous essayons de proposer un autre rendez-vous dans les quinze jours et non dans les quatre mois, au risque de perdre l'adolescent. Ces rencontres permettent de reprendre la problématique et l'histoire avec le jeune adulte ; l'histoire de la famille et de la fratrie, celle de la scolarité, ou encore celle des symptômes. Nous demandons d'ailleurs à l'adolescent d'être très précis de façon à pouvoir enquêter au mieux sur les facteurs déclenchants. Nous définissons ensuite si cette symptomatologie est réactionnelle ou si elle perdure.

L'hôpital Sainte-Anne propose des bilans cliniques et neuropsychologiques très précis pour évaluer le patient de façon objective. Ce dernier apprécie d'ailleurs ce type d'évaluation qui

lui permet de mieux comprendre les difficultés. Nous profitons également de ce temps pour réaliser un bilan biologique et neuroradiologique car même si nous faisons de la psychiatrie, nous devons toujours exclure une pathologie somatique organique. D'autre part, nous sommes également en lien avec le relais étudiants-lycéens de la fondation des étudiants de France où un professionnel intervient pour réaliser des consultations psychopédagogiques. Enfin, nous proposons également des consultations familiales.

Ces consultations visent à créer du lien et à évaluer la dynamique relationnelle familiale et sociale. En effet, certains parents sont parfois très inquiets, alors que leurs enfants vont bien. A l'inverse, d'autres ne sont pas du tout inquiets, alors que l'adolescent est demandeur de soins. Ces consultations cliniques servent également à faire circuler la parole pour mieux identifier les symptômes et les comprendre davantage. Il ne s'agit donc pas de poser un diagnostic de manière hâtive, mais de reconstituer l'historique des troubles et de proposer une démarche de prise en charge. En d'autres termes, il s'agit d'accompagner les jeunes à ne pas se désinsérer de la consultation de psychologie ou de psychiatrie. Voilà pourquoi la toute première séance est très importante.

Généralement, nous réalisons environ cinq entretiens d'évaluation avec le jeune adulte et la famille. Nous restituons ensuite les tests. Parfois, il suffit simplement de recadrer l'adolescent sur le plan éducatif et scolaire, en ajoutant un peu de psychologie, pour qu'il se sente déjà mieux. Par ailleurs, nous devons aussi savoir lui proposer des soins. Le patient a-t-il besoin de renforts de soins ? Doit-il consulter un psychologue ou un psychiatre ? Faut-il mettre un traitement en place ? Quel type de psychothérapie faut-il lui proposer ? A ce titre, nous constatons d'ailleurs que la thérapie motivationnelle fonctionne très bien auprès des jeunes adultes. Cette technique vise à s'inspirer du patient pour essayer de le placer dans une spirale d'efficacité. Si l'adolescent se trouve par exemple dans une spirale de désinvestissement scolaire, il s'agit de l'entraîner vers le succès grâce à des méthodes cognitives. Nous utilisons également la thérapie comportementale et cognitive (familiale et psychosociale). Enfin, nous préconisons parfois l'hospitalisation qui peut s'avérer très bénéfique pour le patient.

L'avantage de ces consultations permet donc de réaliser un véritable *check-up*. Notre rôle consiste par conséquent à faire revenir le jeune adulte et à lui faire comprendre que nous voulons l'aider. Le fait de réussir cette étape constitue déjà une grande avancée.

Ce centre d'évaluation sert aussi d'expertise. Si un jeune est anxieux, il s'agit simplement de lui redonner confiance, à lui et à sa famille. En outre, cette structure permet également d'adapter une prise en charge ou de changer un traitement.

En définitive, plus les difficultés sont repérées de manière précoce, meilleures sont les chances de réintégration du sujet dans la vie socioprofessionnelle et meilleure sera son adaptation. Par ailleurs, le CPOA de l'hôpital Sainte-Anne propose aussi des consultations de parents sans les enfants.

S'agissant des perspectives, nous aimerions développer les moyens humains pour proposer davantage de prises en charge hors les murs et décroisonner ainsi nos structures. Cela nous permettrait de travailler en commun et d'accéder plus facilement aux soins ou encore de développer des équipes mobiles comme le font les Australiens ou les Canadiens. Je rêve moi-même de prendre un café avec les patients pour les amener aux soins, au lieu de les recevoir derrière un bureau. Cependant, cela reste encore très difficile, même si certaines structures telles que le CIAPA tentent de décroisonner davantage en travaillant dans les centres-villes. Nous aimerions également augmenter les plages d'accueil et développer les approches personnalisées en accompagnant le jeune adulte au plus près (par exemple deux fois par semaine) car l'adolescent a de meilleures chances d'avancer s'il est bien coaché.

Nous constatons également que la demande est de plus en plus importante. Pour autant, cela ne signifie pas que le jeune adulte est de plus en plus malade. Nous pensons simplement qu'il existe une différence entre l'éducatif et la psychiatrie. Certains parents sont parfois perdus, alors que de simples mesures éducatives permettent d'orienter les adolescents sur le chemin de l'amélioration.

**Voici pour terminer quelques adresses de consultations :**

- La maison des adolescents à Paris (bd de Port Royal) et à Robert Debré ;
- La consultation de l'hôpital Sainte-Anne ;
- Le relais étudiant (structure de la Fondation des étudiants de France) ;
- Les professions libérales.

**Rémy GUILLEUX**

Merci docteur. Vous avez beaucoup insisté sur l'accompagnement et le lien avec les jeunes adultes pour créer une démarche de confiance. Afin de poursuivre dans cette idée, je vous propose de céder la parole à Laurentine Véron et à Fanny Sauvade, pour nous expliquer la manière dont elles interviennent auprès des populations concernées.



**Laurentine VERON**

Je vous remercie tout d'abord de votre invitation. Nous sommes ravies d'être parmi vous aujourd'hui. Ma collègue Fanny Sauvade et moi-même sommes toutes les deux psychologues, co-fondatrice et co-directrices d'Apsytude. Cette association vise le bien-être des étudiants dans leur épanouissement universitaire et personnel. Nous allons donc vous présenter notre façon de travailler sur le terrain car notre manière d'intervenir est très spécifique. Nous concluons ensuite notre exposé par quelques pistes de réflexions.

Apsytude a été créée il y a maintenant quatre ans et demi. Nous intervenons sur l'ensemble du continuum mal-être-bien-être auprès des étudiants. Nous agissons en prévention de la souffrance psychologique, en termes de santé mentale et prenons en charge les étudiants

en souffrance. Ces activités sont complétées d'une dimension « recherche » puisque nous évaluons en permanence l'ensemble de nos actions.



**Fanny SAUVADE**

Nous essayons d'adapter nos méthodes d'intervention selon la population car nous savons très bien que l'adolescence est une période fragile sur le plan psychique. Le jeune adulte rencontre en effet de nombreux changements et bouleversements. Or, tout changement entraîne un stress qui le pousse à s'adapter. Beaucoup de jeunes adultes quittent ainsi leurs parents pour étudier dans une ville nouvelle. Cette étape les amène à s'assumer seuls, à prendre de nouvelles responsabilités et à s'adapter à un nouveau rythme avec des règles différentes. D'autres sont également obligés de travailler puisqu'un jeune sur dix exerce un job étudiant pour financer ses études. Cette période critique peut donc potentialiser l'émergence de pathologies ou faire apparaître des états de mal-être et de souffrance.

Si le besoin existe, nous manquons cependant de ressources. De plus, comme la question de la santé est généralement gérée par les parents, les étudiants ont souvent du mal à se prendre en charge car ils ne connaissent pas forcément la structure du système de santé. A quel moment doit-il s'inquiéter pour lui-même ? Quels sont les signes d'alerte ? Quand doit-il consulter un professionnel ? Par ailleurs, comme le fait de se sentir mal diminue aussi nos ressources psychiques, il est parfois difficile de demander de l'aide et d'enclencher une démarche de soins. Enfin, le manque de ressources financières impacte également car beaucoup d'étudiants sont de plus en plus en situation de précarité.

D'une manière générale, ce public est relativement volatile, tant sur le plan psychique que dans la réalité. Certains partent faire des études à l'international en faisant un semestre dans une ville puis six mois dans une autre. Il est donc difficile de les capter. Pour notre association, l'enjeu consiste par conséquent à les amener aux soins car l'adolescence est aussi une période où le jeune peut rebondir facilement. L'idée consiste donc à agir au plus tôt.

L'ensemble de ces concepts nous ont ainsi amenées à déployer des méthodes assez spécifiques, grâce à des mots-clés. Premièrement, l'accessibilité. Il est en effet très important de ne pas avoir de freins à la consultation (proximité, tarifs, personne à contacter). Deuxièmement, l'adaptabilité. Ce public demande beaucoup de souplesse et nous ne pouvons pas lui demander autant qu'à des adultes. Nous devons par exemple être vigilants et réactifs dans la prise de rendez-vous et dans notre manière d'intervenir. Troisièmement, nous essayons aussi de développer le nombre d'interventions chez les pairs car les messages sont plus faciles à diffuser et ils sont mieux placés pour connaître leurs besoins. Nous essayons donc de co-construire nos actions et de les mener avec d'autres

étudiants. Nous tentons également d'aller au-devant des jeunes et d'aller les chercher dans leur environnement. De la même façon, la notion de réseau est aussi très importante. Nous essayons ainsi de nouer des liens avec d'autres professionnels du milieu socioéducatif pour proposer une prise en charge globale. Ce principe rassure d'ailleurs les étudiants et les aide à mieux adhérer à la démarche. Enfin, nous réalisons un gros travail de communication en utilisant notamment Internet et les réseaux sociaux. D'ailleurs, nous développons actuellement une plateforme d'information en ligne, véritable outil de prévention et de soutien pour les étudiants.

Deux dispositifs nous permettent d'illustrer ces méthodes d'actions au quotidien. Tout d'abord les Point Ecoute Psychologique du Supérieur (PEPS). Ils représentent notre plus gros dispositif en termes de volume horaires. Concrètement, des psychologues accueillent et accompagnent individuellement les étudiants sur le plan psychologique. Ces consultations ne sont pas limitées dans le temps. Il est en effet très important pour nous de proposer une prise en charge individualisée adaptée à la problématique de chaque étudiant. Pour certains, ce type de consultation permet de « vider son sac » pour mieux rebondir. Pour d'autres, il est nécessaire d'avoir un accompagnement régulier tout au long de l'année.

Autre spécificité de ces PEPS, les étudiants ne viennent pas vers nous. Nous nous déplaçons nous-mêmes sur les lieux de vie et sur les lieux d'études, en développant des partenariats avec les établissements d'enseignement supérieur et certains organismes publics. A ce jour, l'association compte onze lieux d'accueil sur le Grand Lyon, Saint-Etienne et Paris. Ce système permet de déstigmatiser la problématique des étudiants et de les rassurer dans leur démarche. Autrement dit, l'adolescent se rend au PEPS non pas parce qu'il pense avoir un trouble psychique, mais parce qu'il est avant tout étudiant. Cette nuance impacte très fortement en termes de communication.

Nous essayons également d'intervenir dans des horaires adaptés, soit entre 12h00 et 14h00, soit entre 18h00 et 21h00. Les étudiants peuvent nous contacter par téléphone, par mail ou par le site Internet. Nous proposons aussi des entretiens en plusieurs langues pour les étudiants étrangers. Les consultations sont offertes sur les lieux d'écoute en partenariat avec les écoles ou avec le CROUS. Pour les structures non partenaires, les consultations n'excèdent jamais 10 euros, selon la situation des étudiants.

La majeure partie des étudiants consultent pour des questions d'isolement et de lien social, d'autres pour des symptômes anxio-dépressifs et certains pour des troubles liés à l'estime de soi, la confiance en soi et l'affirmation de soi. Viennent enfin les préoccupations d'orientation scolaire.





## Laurentine VERON

Le deuxième de nos dispositifs s'appelle « Porte t'apporte ». Cette recherche-action, mise en place sur la région Rhône-Alpes en 2012-2013 est subventionnée par l'INPES, l'ARS Rhône-Alpes et le CROUS Lyon-Saint-Etienne. Il s'agit d'évaluer un programme de prévention de la dépression et du suicide chez les étudiants qui vivent en résidence universitaire. Ces derniers présentent en effet de nombreux facteurs de risques supplémentaires, tels que l'éloignement des parents ou encore des ressources financières moindres. Ce programme comporte trois volets. Premièrement, un PEPS. Deuxièmement, des actions de prévention en porte-à-porte faites par des pairs (étudiants en psychologie encadrés et formés). Ils vont à la rencontre des résidents deux fois par an pour délivrer une information de prévention et réaliser une action individualisée adaptée à chaque résident. Enfin, l'intervention auprès des personnels de résidences sur la sensibilisation à la détresse des étudiants. Ces personnes sont en effet les premières à être en contact avec les adolescents. Nous leur fournissons donc des outils pour les aider à repérer les jeunes en souffrance et accompagner ceux qui viendraient se confier à eux.

Le principe de ce programme consiste à aller à la rencontre des résidents de manière personnalisée. Nous allons frapper à leur porte en soirée, nous passons par des étudiants qui parlent avec d'autres étudiants, nous leur proposons des ressources sur la dépression ou le suicide et nous les informons de l'existence de cellules d'écoute présentes dans leur résidence. De fait, comme nous passons plusieurs fois dans l'année et que nous avons recueilli un maximum de données, chaque étudiant a été contacté au moins à quatre reprises.

Cette démarche est extrêmement bien accueillie par les étudiants qui sont ravis que l'on s'intéresse à eux. Elle a d'ailleurs permis à certains de déclencher une demande d'aide et à d'autres de venir consulter, alors qu'ils n'auraient pas osé le faire s'il n'y avait pas eu cette intervention. Nous avons également reçu des retours très positifs du personnel du CROUS et avons constaté que le climat général de la résidence s'était largement amélioré.



## Fanny SAUVADE

Hormis ce continuum, nous essayons également de tenir un discours en amont pour amener ces jeunes vers les soins le plus tôt possible. Voici d'ailleurs quelques messages que nous diffusons auprès des étudiants :

- Ne pas attendre d'aller mal pour aller mieux (il existe toujours une solution aux problèmes) ;
- Tenter l'expérience (ne pas avoir d'idées reçues) ;
- Etre autonome et adulte consiste aussi à savoir demander de l'aide en cas de besoin (reconnaitre ses propres limites) ;
- Savoir bien s'entourer (confidents, amis, familles).



## Laurentine VERON

S'agissant des parents, nous les incitons à accompagner mais ne pas faire « à la place de... ». Nous leur suggérons par exemple de communiquer nos coordonnées pour que le jeune prenne lui-même le rendez-vous. Nous leur demandons aussi de faire confiance à leurs enfants car lorsqu'ils disposent de l'information, ces derniers savent s'en saisir au bon moment. Quant aux jeunes qui ne souhaitent pas consulter, il faut peut-être attendre le moment opportun. Enfin, les parents peuvent aussi prendre rendez-vous pour se faire accompagner en cas de situation difficile.

## Rémy GUILLEUX

Je rappelle à nos internautes qu'ils peuvent également adresser leurs questions puisque le dernier quart d'heure de cette conférence est consacré à cela. Je passe maintenant la parole à Madame Galland, directrice générale de l'association Sparadrap, partenaire de l'UNAF depuis de nombreuses années pour la présentation d'un projet en direction des adolescents.



## Françoise GALLAND

*Directrice de l'association SPARADRAP*

L'association Sparadrap a maintenant vingt ans. Son objectif consiste à guider les enfants dans le monde de la santé, sachant que nous sommes surtout spécialisés dans les situations de soins et d'exams. Nous pouvons donc intervenir dans de nombreuses situations, depuis la prématurité jusqu'à la maladie grave, en passant par les vaccins, l'hôpital ou la santé mentale. Nous nous adressons à la fois aux enfants, aux parents et aux professionnels. Nous éditons également de nombreuses brochures pour expliquer les soins et les examens. Enfin, nous formons aussi les professionnels (médicaux et paramédicaux) sur toutes nos thématiques, autrement dit sur la prise en charge de la douleur, l'information auprès des enfants ou encore la présence des proches dans les situations difficiles.

En termes de santé mentale, nous avons créé en 2007 un livret intitulé « J'ai des soucis dans ma tête et si nous en parlions ensemble ». Il s'agissait avant tout de rassurer les enfants sur le fait que tout le monde peut avoir des soucis et que la seule façon pour demander de l'aide était de pouvoir en parler. Nous expliquions également qu'il fallait commencer à en parler aux enfants le plus tôt possible au lieu de leur laisser croire que leurs parents pourraient deviner à leur place. Ce document présentait ainsi 70 situations du quotidien telles que la présence d'un proche à l'hôpital, le refus d'aller en vacances dans la famille, la peur des informations à la télévision ou encore les disputes entre les parents. Nous évoquions également tous les bons moments de la vie et proposons des solutions au quotidien.

Cependant, certains soucis occupent une trop grande place dans la vie, tant pour soi-même que pour les autres (enfants tristes, insomnies, TOC...). Nous avons donc réalisé un livret sur

ce sujet. Nous préconisons alors aux parents de rencontrer un psychologue, avec toutes les réticences que cela entraîne, sachant, comme vous le disiez, que la première consultation s'avère primordiale. Ce support permet notamment aux enfants de pointer du doigt une situation délicate en montrant simplement les illustrations sans pour autant en parler.

Concernant les adolescents, nous avons aussi édité un document expliquant par exemple la première consultation gynécologique afin de prévenir des situations de mal-être. Concrètement, cet outil permet de ne pas stigmatiser le jeune, mais de lui laisser lui-même le soin de découvrir les choses.

Nous travaillons actuellement sur un livret dédié aux adolescents en reprenant la trame de celui que nous avons édité pour les plus jeunes. Un premier groupe de travail s'est récemment réuni pour repérer des situations et la manière de les agencer, sachant qu'il existe de nombreuses pistes de soutien pour cette tranche d'âge (parents, maisons scolaires, missions locales, association Aspytude). Nous espérons diffuser ce document dès la fin de l'année.

J'en profite également pour lancer un appel aux internautes car nous cherchons toujours des relecteurs pour finaliser nos documents.

**Rémy GUILLEUX**

L'appel est donc lancé. Je vous propose maintenant d'aborder les questions-réponses.

# Questions réponses



## QUESTION N°1

**Avons-nous connu une aggravation ou une amélioration ? Existe-t-il une meilleure prise en charge par la médecine primaire (médecine scolaire) ? La détresse psychologique ou la santé mentale sont-ils des sujets moins tabous ?**

> **Enguerrand DU ROSCOAT** : S'agissant des indicateurs de santé mentale, nous constatons une certaine stabilité depuis les années 2000. En revanche, nous observons une baisse sensible du nombre de suicides, excepté entre 2005 et 2010, mais, sur cette période, une partie pourrait éventuellement être liée à la crise. Concernant les personnes souffrant de dépression, nous avons remarqué une forte augmentation de la prise en charge, notamment pharmacologique (+ 20 %). Cette hausse correspond à une baisse comparable des prises en charge psychothérapeutiques.

En outre, on relève une déstigmatisation de la dépression, avec un angle d'attaque extrêmement critiqué par la psychopathologie française, refusant d'admettre que la dépression était une maladie. Nous avons alors répondu que les psychologues et les psychiatres devaient instancier un diagnostic dans la relation. Cette annonce a également eu un effet sur les médecins généralistes qui ont beaucoup utilisé les outils que nous avons développés en 2007. Quoi qu'il en soit, l'augmentation des prises en charge pharmacologiques en cas de dépression est une réalité. Toutefois, une béquille chimique peut s'avérer très importante pour les personnes gravement atteintes, sans négliger pour autant le suivi psychothérapeutique.

> **Dr Anne GUT-FAYAND** : Il y a sûrement eu davantage de médicaments prescrits grâce à votre campagne car la dépression est effectivement une maladie biologique. Il est donc important de communiquer sur ce sujet. Je soutiens d'ailleurs les patients et les associations de patients pour faire reconnaître la dépression comme une maladie biologique. Néanmoins, je pense qu'il y a beaucoup plus d'adolescents anxieux et qu'il faudrait travailler davantage à la remise en place de repères et revenir à des mesures éducatives basées sur la confiance. Autrement dit, les parents doivent avoir confiance en eux pour transmettre cette confiance à leurs enfants. D'autre part, les sensibilisations diverses et variées aident aussi les gens à se rendre aux soins et à en parler beaucoup plus facilement.

Je pense par ailleurs qu'il existe de grandes difficultés en milieu rural et que le milieu urbain offre davantage d'opportunités. En effet, tous les départements ne disposent pas encore de maisons des adolescents.

> **Fanny SAUVADE** : Nous avons également créé l'association en réaction au manque de structures.

## QUESTION N°2

### Comment aider un adolescent qui va mal quand celui-ci refuse de consulter un médecin ou un psychologue ?

> **Dr Anne GUT-FAYAND** : Il faut tout d'abord trouver avec lui la tierce personne avec qui le contact passe et avec qui il aura envie de dialoguer. Il peut s'agir de l'entraîneur de football s'il fait du sport, d'un ami d'un oncle ou d'une tante. Bref, il s'agit de déployer les moyens humains avant les moyens médicaux car il existe toujours une personne pouvant l'amener progressivement à consulter. Comme vous le disiez, il faut également s'y prendre le plus tôt possible dès l'enfance.

**Rémy GUILLEUX** : Vos propos replacent encore une fois les parents, voire les grands-parents au centre du débat.

> **Dr Anne GUT-FAYAND** : Exactement. D'ailleurs, si notre mission consiste à déstigmatiser la psychiatrie, il ne s'agit pas non plus de pousser à la psychiatrisation.

## QUESTION N°3

### Quelles sont les spécificités pour les jeunes en activité professionnelle ou en recherche d'emploi ?

> **Fanny SAUVADE** : Le passage à la vie professionnelle est effectivement une période de transition très compliquée, surtout lorsqu'il s'agit de rechercher un emploi. On constate alors une perte de repère et un décalage. Il est par conséquent délicat de trouver sa place et de conserver sa confiance en soi.

## QUESTION N°4

### Un jeune doit-il changer de psychologue lorsqu'il n'accroche pas avec lui ?

> **Dr Anne GUT-FAYAND** : Oui, bien entendu. Le psychologue doit effectivement installer une relation de confiance avec le jeune. A l'inverse, persévérer aux côtés d'un psychologue

en qui l'on n'a pas confiance risquerait d'écœurer la personne de toute psychothérapie. Il ne faut donc surtout pas insister. Par ailleurs, il est aussi préférable de prendre quelques renseignements en amont avant de prendre rendez-vous. Bref, il ne faut pas du tout négliger la relation interpersonnelle dans la psychothérapie, sous peine d'échec.

## QUESTION N°5

### Que faire lorsqu'on ne voit aucun progrès pour un jeune suivi en psychothérapie ?

> **Enguerrand DU ROSCOAT** : Tout dépend du type de psychothérapie et depuis combien de temps. S'il s'agit d'une psychothérapie brève avec des objectifs à court terme, cela peut être problématique. Dans ce cas, il faut se poser la question du choix du psychologue. Pour les psychothérapies plus longues, il existe différentes phases. Il est alors possible de revenir en arrière.

> **Dr Anne GUT-FAYAND** : Voilà pourquoi il est important de se renseigner avant de consulter. Faut-il aller voir un psychiatre ou un psychologue ? Certains viennent même me voir sans savoir qui je suis. Il est donc essentiel de bien communiquer car il demeure encore beaucoup trop de flou sur ce sujet.

**Enguerrand DU ROSCOAT** : A ce titre, les livrets du Psycom expliquent très bien les différentes psychothérapies selon les pathologies. Certaines associations peuvent également vous orienter, tout comme les médecins.

## QUESTION N°6

### Les jeunes vous parlent-ils plus facilement de leurs difficultés aujourd'hui ?

> **Fanny SAUVADE** : Il est difficile de répondre car notre association est encore très jeune. Cependant, ils nous parlent peut-être davantage car nous allons à leur rencontre.

#### Rémy GUILLEUX

Merci à vous cinq et merci à nos internautes. Le débat fut riche et varié et mériterait d'être prolongé. Je suis par ailleurs très sensible aux messages exprimés ce soir car ils replacent les parents au cœur du sujet. Ces derniers sont en effet les premiers éducateurs de leurs enfants. Merci donc d'avoir rappelé cette démarche de mise en confiance, d'estime de soi, de valorisation et d'unicité de la personnalité chère à l'UNAF. Encore une fois merci à chacune et chacun d'entre vous.



UNIVERSITÉ  
des  
FAMILLES



**POUR EN SAVOIR PLUS**

[www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)

[www.psycom.org](http://www.psycom.org)

[www.apsytude.com](http://www.apsytude.com)

[www.sparadrap.org](http://www.sparadrap.org)

**Retrouvez toutes les conférences-débats  
en vidéo sur :**

**[www.unaf.fr](http://www.unaf.fr) / université des familles**



28 place Saint-Georges 75009 Paris  
Tél. 01 49 95 36 00

[www.unaf.fr](http://www.unaf.fr)