

La santé mentale, le bien-être et la souffrance psychique

des jeunes scolarisés
en Bretagne

> Enquête 2017 >

Décembre 2018



L'édition 2017 de l'enquête réalisée auprès des jeunes bretons scolarisés de la cinquième à la terminale contribue à approfondir les connaissances sur leur état de santé et son évolution depuis 2001. Au niveau de la santé mentale, les éléments suivants sont à mettre en exergue :

- Les filles ont une perception de leur santé mentale moins bonne que les garçons et celle-ci se dégrade au fur et à mesure de l'avancée dans leur scolarité. Elles expriment davantage une souffrance psychique, qui se manifeste notamment par des troubles dépressifs plus fréquents. Elles sont deux fois plus nombreuses que les garçons à avoir déjà attenté à leur vie, notamment en filière professionnelle.
- Concernant l'ensemble des tentatives de suicide, chez les garçons comme chez les filles, la moitié a été prise en charge (hospitalisation et/ou consultation). Parmi les suicidants non pris en charge, personne ne s'en est rendu compte deux fois sur trois. Par ailleurs, la récurrence concerne trois suicidants sur dix.

L'analyse des facteurs de risque des épisodes dépressifs sévères identifie :

- un risque 4 fois plus élevé chez les filles que les garçons,
- un risque 2 fois supérieur chez les lycéens en filière générale et technologique par rapport aux collégiens.

Par ailleurs, plus l'ambiance familiale est perçue négativement, plus le risque de présenter des troubles dépressifs sévères est important. De même, les élèves qui ne se sentent pas bien à l'école ont 4 à 5 fois plus de risque de présenter ces troubles que les autres élèves. L'absence de pratique sportive, le temps d'activité prolongé sur internet et le fait d'avoir déjà consommé des drogues autres que le cannabis sont aussi associés à un risque plus élevé.

La typologie réalisée pour caractériser des profils de jeunes en lien avec des signes pouvant révéler une souffrance psychique conduit à identifier cinq classes qui se distinguent des caractéristiques de la population générale. Cette typologie distingue deux groupes antagonistes. Le premier regroupe des jeunes qu'on peut qualifier « sans souffrance psychique » (83 %) et le second discrimine les jeunes en souffrance psychique (17 %).

Cette analyse permet aussi d'apporter des informations complémentaires pour mieux appréhender le mal-être ou la souffrance psychique à l'adolescence. Il apparaît notamment que la souffrance psychique s'intensifie avec la perception négative de l'environnement familial et scolaire, l'avancée dans la scolarité, les consommations répétées d'alcool, les troubles alimentaires, le manque d'activité sportive, la fréquence des violences subies et le sentiment de solitude.

Les principales évolutions sur la décennie témoignent en outre, d'une dégradation de la qualité de vie ressentie chez les filles en terminale, tant pour la santé générale que pour la santé mentale, tandis que la tendance est stable chez les garçons.

De même, la perception s'est altérée dans le domaine de la santé générale et mentale en filière professionnelle.

Le sentiment répété de désespoir face à l'avenir est plus fréquent en 2017, principalement chez les filles et au lycée. A l'inverse, le sentiment de déprime a légèrement diminué.

Les tentatives de suicide ont diminué entre 2007 et 2017, principalement chez les filles, en première et en filière générale et technologique.

CONTEXTE DE L'ENQUÊTE

La santé des jeunes et ses déterminants constituent une priorité régionale partagée par le Conseil Régional, l'Agence Régionale de Santé, le Rectorat et la Direction de l'enseignement catholique qui ont rendu possible cette étude. Cette plaquette fait partie d'un ensemble de plusieurs études exploitant les résultats de l'enquête menée en 2017 sur la « Santé des jeunes scolarisés en Bretagne ».

Elle analyse la santé mentale des élèves de la cinquième à la terminale selon leurs caractéristiques sociodémographiques, leur environnement familial, scolaire et social et leurs pratiques à risque. Une attention particulière est portée aux troubles dépressifs et aux conduites suicidaires.

» DÉFINITION

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la santé mentale se définit comme un « état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive, et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté ». En 2006, la Conférence ministérielle européenne de l'OMS distingue la santé mentale « positive » (proche de la notion de bien-être), la souffrance psychique (état de mal-être qui n'est pas forcément révélateur d'une pathologie ou d'un trouble mental) et les troubles mentaux (relevant d'une prise en charge médicale).

MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE

L'édition 2017 de l'enquête a été réalisée à partir d'un questionnaire en ligne qui abordait 13 thèmes, dont celui de la santé mentale qui comportait 27 questions pour les élèves de la cinquième à la terminale.

L'enquête s'est déroulée en janvier 2017 auprès de 61 établissements tirés au sort : 36 collèges, 17 lycées pour la filière générale et technologique et 8 lycées pour la filière professionnelle. 153 classes ont été sélectionnées : 80 classes en collèges, 49 classes en filière générale et technologique et 24 classes en filière professionnelle.

Les données ont été collectées auprès de 3 500 élèves des classes de cinquième à la terminale. Elles ont été redressées afin que l'échantillon constitué soit représentatif de la population scolarisée en Bretagne. Des tests de comparaison ont été réalisés pour l'analyse des données et toutes les différences mentionnées dans ce document le sont pour un seuil de significativité de 5 %.

< Qualité de vie ressentie	3
< Troubles dépressifs	5
< Facteurs associés aux troubles dépressifs sévères	6
< Tentatives de suicide	7
< Typologie des jeunes en souffrance psychique	8
< Principales évolutions	10



Les filles se perçoivent en moins bonne santé mentale que les garçons...

En 2017, la qualité de vie, mesurée par les scores de santé de Duke, est moins bonne chez les filles que chez les garçons tant pour la santé générale que pour la santé mentale (graphique 1). Plus précisément, les filles ont une moins bonne estime d'elles-mêmes et sont plus anxieuses.

... et leur ressenti se dégrade progressivement au fil de la scolarité

Chez les garçons comme chez les filles, la qualité de vie est perçue plus favorablement au collège, tout particulièrement en classe de cinquième pour les quatre dimensions étudiées (santé générale, mentale, estime de soi et anxiété). Chez les filles, elle se dégrade fortement avec l'avancée dans les niveaux de classe pour toutes ces dimensions (graphique 2).

Chez les garçons, l'évolution la plus significative concerne les scores d'anxiété qui évoluent défavorablement de la cinquième à la terminale.

Les scores de santé varient avec le contexte familial

Les jeunes qui vivent avec leurs deux parents ont des scores de santé générale, de santé mentale, d'estime de soi et d'anxiété, plus favorables que ceux qui vivent dans une famille monoparentale ou recomposée.

Ceux dont le père ou le beau-père exerce un travail présentent des scores plus favorables que ceux dont le père ou le beau-père est au chômage.

La situation professionnelle de la mère apparaît également comme un déterminant de la qualité de vie chez les jeunes, mais dans une moindre mesure : ceux dont la mère ou la belle-mère occupe un emploi présentent des scores meilleurs que ceux dont la mère ou la belle-mère est au chômage dans deux dimensions : la santé générale et la santé mentale.

Les jeunes qui déclarent une « bonne » ambiance familiale présentent une meilleure qualité de vie. Mais, celle-ci se dégrade à mesure que le jugement porté sur l'ambiance familiale est négatif.

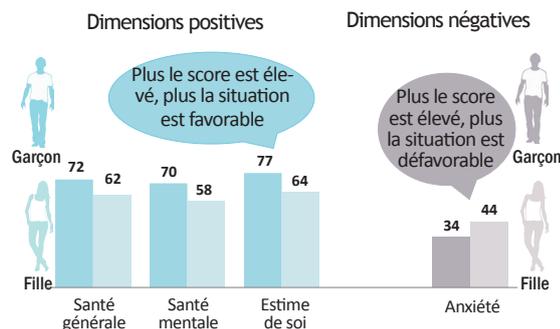
Parallèlement, ceux qui sont satisfaits de la façon dont leurs parents s'occupent d'eux, présentent une meilleure qualité de vie. Ils totalisent les scores moyens les plus favorables dans toutes les dimensions, par opposition à ceux qui estiment que leurs parents ne les comprennent pas.

■ Globalement, les garçons déclarent une meilleure qualité de vie que les filles. Il en est de même des collégiens par rapport aux lycéens.

■ Chez les filles, la dépréciation de la qualité de vie est marquée avec l'avancée dans la scolarité dans toutes ses dimensions, alors que chez les garçons, seuls les scores d'anxiété se dégradent au fil de la scolarité.

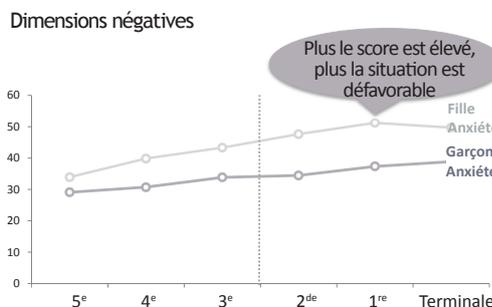
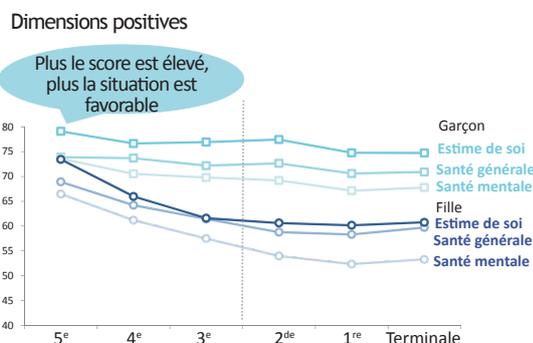
■ Le contexte familial impacte la perception de la qualité de vie.

1 Scores moyens sur l'échelle de Duke par dimension selon le sexe



Source : La santé des jeunes en Bretagne en 2017 - Exploitation ORS Bretagne.

2 Scores moyens sur l'échelle de Duke par dimension selon le niveau de classe



Source : La santé des jeunes en Bretagne en 2017 - Exploitation ORS Bretagne.

► PROFIL SANTÉ DE DUKE

Le profil de santé de Duke est un instrument de mesure de la qualité de vie comportant 17 questions pouvant être regroupées en plusieurs dimensions : physique, mentale, sociale, santé perçue, estime de soi, anxiété, dépression, douleur et incapacité.

Chaque dimension du profil de Duke se caractérise par un score de santé spécifique calculé par addition à partir des réponses données par les jeunes aux questions qui la définissent (pour plus d'informations, voir plaquette «La santé des jeunes scolarisés en Bretagne : résultats de l'enquête 2017»- Décembre 2018 - Disponible sur le site de l'ORS Bretagne).

Dans toutes les dimensions étudiées, les scores sont normalisés de 0 à 100 (plus les scores augmentent, meilleure est la qualité de vie et inversement, plus ils diminuent, plus la qualité de vie se déprécie), sauf pour la dimension relative à l'anxiété dont le score s'évalue en sens contraire (ie plus le score d'anxiété est proche de 100, plus la qualité de vie est dégradée donc mauvaise).

Dans ce chapitre, seules quatre dimensions de la qualité de vie liée à la santé (« santé générale », « santé mentale », « estime de soi » et « anxiété ») sont étudiées. La « dépression » appréhendée grâce à l'échelle de Kandel, outil spécifique utilisé pour mesurer les troubles dépressifs, fait l'objet d'un chapitre dédié (voir à ce propos, les pages 5 et 6).



Les scores de santé varient fortement avec le rapport à l'école

Les jeunes scolarisés qui déclarent « ne pas se sentir bien » à l'école présentent des scores plus défavorables en santé générale et en santé mentale. Ils sont en moyenne plus anxieux et ont une moins bonne estime d'eux-mêmes. Ce même constat s'observe pour ceux qui déclarent une scolarité « en retard », des résultats non satisfaisants, une mauvaise ambiance entre élèves de la classe ou entre élèves et adultes de l'école, ou pour ceux qui ont séché un cours dans l'année.

La qualité de vie augmente avec le nombre d'heures de sommeil

Plus le nombre d'heures de sommeil déclaré est élevé, plus la qualité de vie s'améliore pour les dimensions santé générale, mentale, estime de soi et anxiété (graphique 1).

L'activité physique et sportive, ainsi qu'une alimentation équilibrée sont associées à une meilleure qualité de vie ressentie

Pour toutes les dimensions étudiées (santé générale, mentale, estime de soi et anxiété), les scores évoluent favorablement avec l'intensité de la pratique sportive (graphique 2). De même, ils sont étroitement liés à l'alimentation : plus les jeunes déclarent une alimentation équilibrée, plus ils ressentent une meilleure qualité de vie.

Les relations amicales et sociales sont fortement liées à la qualité de vie

Les jeunes qui déclarent avoir « beaucoup » rencontré des amis ou membres de la famille au cours des huit derniers jours, ou qui ont eu « beaucoup » d'activités de groupe ou de loisirs présentent les meilleurs scores de santé générale, de santé mentale, d'estime de soi et d'anxiété (graphique 3).

Parallèlement à ce constat, la qualité de vie déclarée dans les quatre dimensions étudiées se dégrade chez les jeunes, à mesure que le temps quotidien passé sur internet augmente.

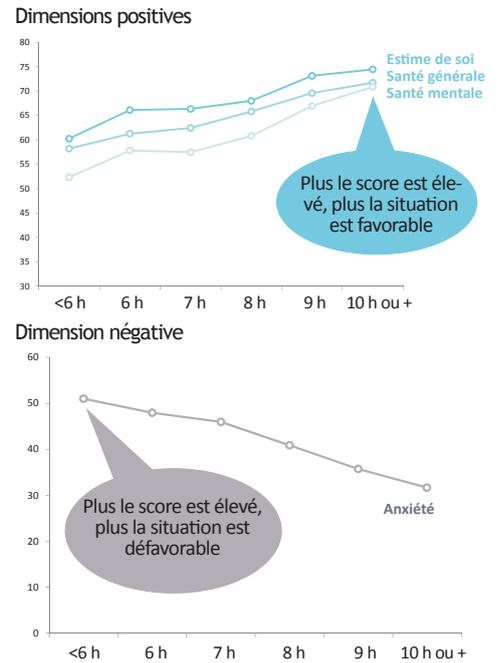
Les victimes de violences déclarent une moindre qualité de vie

Les jeunes qui ont déjà été victimes d'au moins une forme de violence (agression verbale ou physique, vol, propos sexiste ou raciste, propos homophobe, racket, dans l'établissement scolaire ou en dehors), présentent des scores moins favorables que ceux n'en ayant jamais subi dans toutes les dimensions étudiées.

Une moins bonne santé est ressentie par les consommateurs réguliers de produits psychoactifs

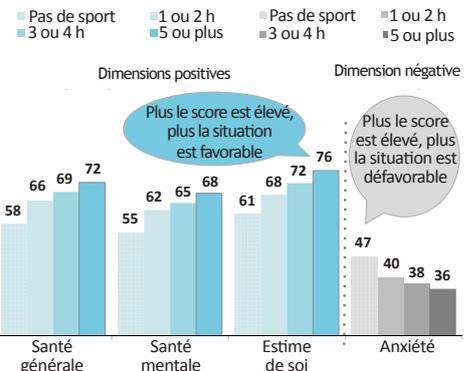
Les scores de santé ressentie sont plus défavorables chez les jeunes qui fument du tabac quotidiennement ou qui déclarent un usage régulier d'alcool ou de cannabis. Ils présentent en moyenne des scores de santé générale et de santé mentale plus faibles que les jeunes qui n'en consomment pas. Ils sont plus anxieux et ont une moins bonne estime d'eux-mêmes.

1 Scores moyens sur l'échelle de Duke par dimension selon la durée du sommeil (en heures)



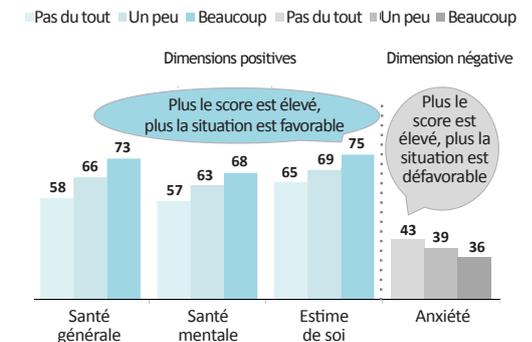
Source : La santé des jeunes en Bretagne en 2017 - Exploitation ORS Bretagne.

2 Scores moyens sur l'échelle de Duke par dimension selon la pratique hebdomadaire d'une activité physique ou sportive*



*Nombre d'heures par semaine en dehors du sport à l'école
Source : La santé des jeunes en Bretagne en 2017 - Exploitation ORS Bretagne

3 Scores moyens sur l'échelle de Duke par dimension selon la fréquence des activités de groupe ou de loisirs au cours des huit derniers jours



Source : La santé des jeunes en Bretagne en 2017 - Exploitation ORS Bretagne.



Quatre jeunes sur dix présentent des troubles dépressifs « moyens » à « sévères »

Selon l'échelle de Kandell, 29 % des jeunes ne présentent aucun trouble dépressif, 30 % des troubles « légers », 26 % des troubles « moyens » et 15 % des troubles « sévères ». L'absence de troubles dépressifs concerne deux fois plus de garçons que de filles (*graphique 1*).

En miroir, elles sont trois fois plus nombreuses à présenter des troubles « sévères ».

■ Trois jeunes sur dix ne présentent pas de troubles dépressifs.

■ Un jeune sur quatre présente des troubles dépressifs « moyens » et un jeune sur sept des troubles « sévères ».

■ Plus de la moitié des filles sont concernées par des troubles dépressifs « moyens à sévères ».

■ Les troubles dépressifs « sévères » sont plus fréquents au lycée qu'au collège.

La dépressivité se développe avec l'avancée dans les niveaux de classe

La part des jeunes affichant des troubles dépressifs « moyens » à « sévères » est multipliée par deux entre la cinquième et la terminale, passant de 25 % à 56 %.

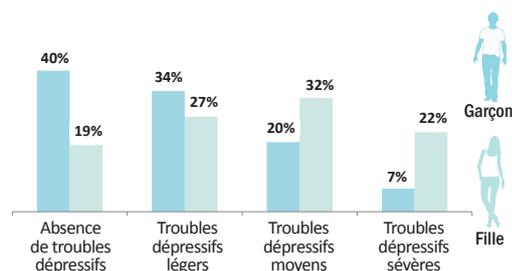
Ce constat s'observe aussi bien chez les garçons que chez les filles (*graphique 2*). Les filles sont environ deux fois plus concernées que les garçons pour chaque niveau de classe.

Les troubles dépressifs sont plus fréquents chez les lycéens en filière générale et technologique

Globalement, les lycéens en filière générale et technologique sont plus nombreux à présenter des troubles dépressifs « moyens à sévères » (53 % d'entre eux contre 45 % en filière professionnelle et 31 % au collège).

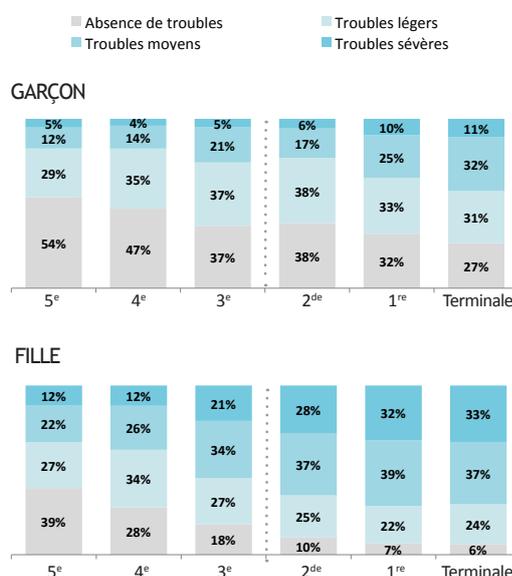
La fréquence des troubles « sévères » est plus élevée au lycée qu'au collège, sans différence significative entre la filière générale et technologique et la filière professionnelle. Ces troubles concernent davantage les filles : un tiers d'entre elles au lycée présentent des troubles dépressifs « sévères », quelle que soit la filière (*graphique 3*).

1 Répartition des jeunes selon le degré de dépressivité et le sexe



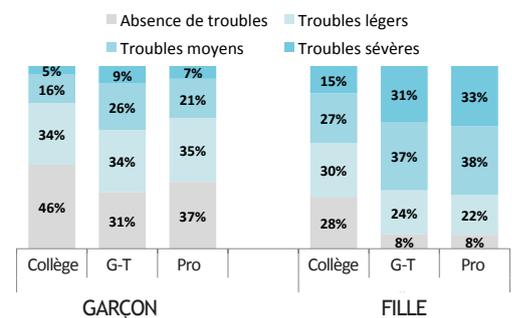
Source : La santé des jeunes en Bretagne en 2017 - Exploitation ORS Bretagne

2 Troubles dépressifs selon le niveau de classe



Source : La santé des jeunes en Bretagne en 2017 - Exploitation ORS Bretagne

3 Troubles dépressifs selon la filière*



* G-T : filière générale et technologique ; Pro : filière professionnelle.
Source : La santé des jeunes en Bretagne en 2017 - Exploitation ORS Bretagne.

► ÉCHELLE DE KANDEL : INSTRUMENT DE MESURE DE LA DÉPRESSIVITÉ

Instrument générique de mesure des troubles dépressifs, l'échelle de Kandell est construite à partir de sept questions auxquelles les jeunes devaient répondre en indiquant une fréquence (jamais, rarement, assez souvent ou très souvent).

En fonction de leurs réponses, un score est calculé par addition en cumulant l'ensemble des items. Ce score permet de classer les jeunes en 4 catégories :

- « Absence de troubles dépressifs »,
- « Troubles dépressifs légers »,
- « Troubles dépressifs moyens »
- « Troubles dépressifs sévères ».

Questionnaire de Kandell :

- Au cours des 12 derniers mois t'est-il arrivé... ?
- > De te réveiller la nuit.
 - > D'avoir des difficultés à t'endormir le soir.
 - > De manquer d'énergie.
 - > D'être inquiet.
 - > De te sentir nerveux.
 - > De te sentir déprimé.
 - > D'être désespéré en pensant à l'avenir.



Les filles ont un risque quatre fois plus élevé que les garçons de présenter des troubles dépressifs sévères

Les filles apparaissent plus exposées que les garçons au risque de dépression sévère (tableau 1). De plus, les lycéens en filière générale et technologique ont un risque deux fois supérieur à celui des collégiens.

La perception négative de l'environnement familial et scolaire sont ensuite les deux facteurs les plus associés aux troubles dépressifs sévères

Plus l'ambiance familiale est perçue négativement, plus le risque de présenter des troubles dépressifs sévères est important : il est multiplié par deux à trois par rapport aux jeunes qui en ont une image positive. Il est doublé pour les élèves qui pensent que leur mère ou belle-mère ne les comprend pas.

De la même façon, les élèves qui ne se sentent pas bien à l'école ont quatre à cinq fois plus de risque de présenter des troubles dépressifs sévères que les autres élèves. Dans une moindre mesure, les jeunes dont les résultats scolaires « leur causent des soucis » présentent un risque plus fort que ceux qui en sont satisfaits. En parallèle, les jeunes « en retard scolaire » sont plus à risque que les autres, tandis que les élèves ayant au moins une année d'avance ont un risque moindre.

Les variables caractérisant les dimensions relatives à l'environnement familial, social et scolaire que sont les rapports avec le père, le niveau de classe, l'absentéisme scolaire, l'ambiance entre les élèves de la classe, les relations entre élèves et adultes de l'établissement scolaire, le recours à un tiers en cas de brimades ou d'harcèlement ne sont pas ressorties comme étant statistiquement associées aux troubles dépressifs sévères.

La sédentarité, appréhendée par l'utilisation d'internet, et l'absence de pratique sportive, participe à l'expression de troubles dépressifs sévères

Plus le temps consacré à internet durant le week-end augmente, plus le risque est important. Parallèlement, les jeunes qui ne pratiquent pas d'activités sportives en dehors de l'école ont un risque plus élevé de présenter des troubles dépressifs sévères que ceux qui en font régulièrement.

Tentative de suicide et troubles dépressifs sévères vont de pair

Les élèves ayant déjà fait une tentative de suicide au cours de leur vie sont deux fois plus concernés par des troubles dépressifs sévères que ceux n'ayant jamais tenté à leurs jours. Ce risque augmente avec le nombre de tentatives de suicide.

D'autres facteurs sont relatifs aux comportements des jeunes

Bien que l'expérimentation de drogues illicites autres que le cannabis ne concerne que 39 élèves (soit 1 %), celle-ci est associée à la dépression sévère. À un degré moindre, « présenter des troubles du comportement alimentaire » ou « avoir subi une agression » le sont aussi. Les variables caractérisant les dimensions « santé physique » (statut pondéral), « comportements » (schéma alimentaire régulier, rapports sexuels) ou « consommations » (tabagisme quotidien, expérimentation du cannabis et de la cigarette électronique) ne sont pas ressorties comme étant statistiquement associées aux troubles dépressifs sévères.

1 Facteurs associés aux troubles dépressifs sévères

Variables	Modalités	OR	IC à 95%
Caractéristiques générales			
Sexe	Garçon	réf	
	Fille	4,2	3,1-5,8
Filière	Collège	réf	
	Générale et technologique	2,0	1,2-3,3
	Professionnelle	1,0	0,5-1,8
Environnement familial			
Ambiance familiale	Bonne	réf	
	Moyenne	1,5	1,1-2
	Tendue	2,4	1,6-3,6
	Plutôt à fuir	2,9	1,5-5,4
Tu penses que ta mère ou ta belle-mère...	S'occupe de toi comme tu le souhaites	réf	
	Est indifférente à ton égard	1,7	0,8-3,8
	Ne te comprends pas	2,1	1,3-3,3
	Est trop autoritaire	0,8	0,4-1,5
	S'intéresse trop à toi	1,4	0,8-2,3
Tu n'es pas concerné(e)	1,1	0,5-2,3	
Environnement scolaire			
Sentiment dans l'établissement	Tout à fait bien	réf	
	Plutôt bien	1,8	1,3-2,4
	Plutôt pas bien	5,1	3,1-8,3
	Pas bien du tout	3,6	1,4-9,2
Résultats scolaires	Te satisfont	réf	
	Te causent des soucis	1,7	1,3-2,2
	Te laissent indifférents	1,1	0,7-1,6
Scolarité	En avance	0,4	0,1-0,8
	À l'heure	réf	
	En retard	1,4	1-2
Activités extrascolaires			
Combien d'heures par jour as-tu passé sur internet le week-end dernier ?	Moins d'une 1/2 heure	réf	
	Environ 1 heure	1,4	0,7-2,9
	Environ 2-3 heures	1,9	1-3,6
	Environ 4-5 heures	2,2	1,2-4,2
	6 heures ou plus	2,8	1,5-5,5
Pratique d'activité physique ou sportive en dehors de l'école	Oui, régulièrement	réf	
	De temps en temps	0,9	0,7-1,2
	Non	1,5	1,1-2,1
Comportements			
Tentatives de suicide	Jamais	réf	
	Une fois	2,3	1,5-3,4
	Plusieurs fois	3,6	1,9-7,1
Expér. d'autres drogues illicites*	Non	réf	
	Oui	2,5	1-5,9
Avoir subi au moins une agression	Non	réf	
	Oui	1,7	1,4-2,1
Troubles du comport. alimentaire	Oui	réf	
	Non	1,6	1,3-2,2

Source : La santé des jeunes en Bretagne en 2017 - Exploitation ORS Bretagne.
*Expérimentation d'autres drogues illicites que le cannabis

► MÉTHODOLOGIE

L'objectif est d'identifier les facteurs associés à la présence de troubles dépressifs sévères, identifiés avec l'échelle de Kandell (cf. page 5), après ajustement avec les autres paramètres caractérisant les jeunes et leur environnement.

Si odd-ratio (OR) > 1 : le facteur est un facteur de risque.

Si odd-ratio (OR) < 1 : le facteur est un facteur de protection.

► DÉFINITION

Troubles du comportement alimentaire

Déclarer, assez souvent ou très souvent, au moins un des comportements suivants : manger énormément avec de la peine à s'arrêter, se faire vomir volontairement, redouter de commencer à manger par peur de ne pas savoir s'arrêter, manger en cachette.



Un jeune sur treize a déjà fait une tentative de suicide, plus fréquemment les filles (11 %) que les garçons (4 %) 8 % des jeunes ont déjà fait une tentative de suicide. Parmi eux, plus d'un sur quatre (27 %) a récidivé.

Près d'un quart des filles est concerné en filière professionnelle

Quel que soit le niveau de classe, les filles sont plus nombreuses que les garçons à déclarer une tentative de suicide. Leurs passages à l'acte sont les plus fréquents en seconde (15 % d'entre elles) et en troisième (13 %).

Les élèves en filière professionnelle sont plus fréquemment concernés par les tentatives de suicide (12 %, contre 8 % au collège et 6 % en filière générale et technologique). Les filles en filière professionnelle le sont six fois plus que les garçons (graphique 1).

Un suicidant sur deux a été pris en charge

Environ 45 % des jeunes qui ont tenté de se suicider ont été pris en charge.

Parmi l'ensemble des suicidants, près d'un quart a été hospitalisé et 37 % ont été pris en charge en dehors de l'hôpital, le plus souvent par un psychologue, un médecin (traitant ou spécialisé), ou un psychiatre (graphique 2).

Parmi les suicidants n'ayant fait l'objet d'aucune prise en charge, 64 % n'en ont parlé à personne et 27 % ont répondu que personne ne s'en était rendu compte (graphique 3).

Les tentatives de suicide sont plus fréquentes chez les jeunes qui ont un rapport difficile à l'école...

Les jeunes qui ne se sentent « pas bien du tout » à l'école ou « plutôt pas bien » sont plus nombreux à avoir déjà tenté de se suicider (respectivement 18 % et 28 % d'entre eux vs 7 % de ceux qui se sentent « tout à fait bien » ou « plutôt bien »).

Un constat similaire est observé pour ceux qui déclarent que leurs résultats scolaires « leur causent du souci » ou les laissent indifférents, pour ceux qui ont séché les cours plus d'une fois dans les douze derniers mois, et ceux qui ont subi au moins une forme d'agression à l'école ou en dehors.

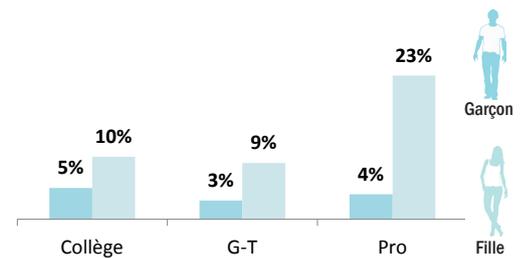
...ou des difficultés socio-familiales

Les jeunes qui vivent dans une famille recomposée (13 %), monoparentale (10 %) ou dans une autre structure familiale (par exemple, présence des grands-parents, vit seul, en foyer...) (12 %) déclarent plus souvent un passage à l'acte que ceux qui vivent avec leurs deux parents (6 %).

Les tentatives de suicide sont plus fréquentes parmi les jeunes qui jugent l'ambiance familiale « à fuir » ou « tendue » (respectivement 30 % d'entre eux et 21 % vs 4 % des jeunes qui la jugent « bonne »). Les jeunes qui déclarent « peu » ou « pas du tout » d'activités de groupe ou de loisirs déclarent plus souvent une tentative de suicide (9 % vs 6 % de ceux qui ont « beaucoup » d'activités).

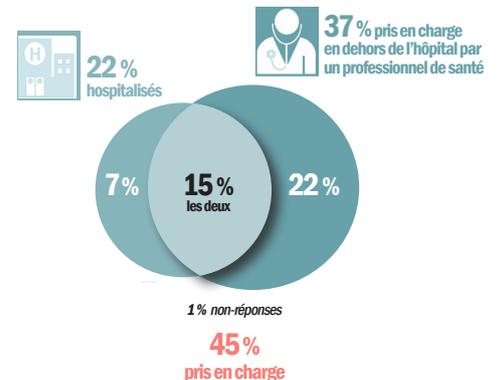
Selon le profil de Duke, les sentiments d'anxiété et de faible estime de soi sont plus fréquents chez les jeunes suicidants.

1 Jeunes déclarant avoir fait au moins une tentative de suicide au cours de leur vie selon le sexe et la filière*



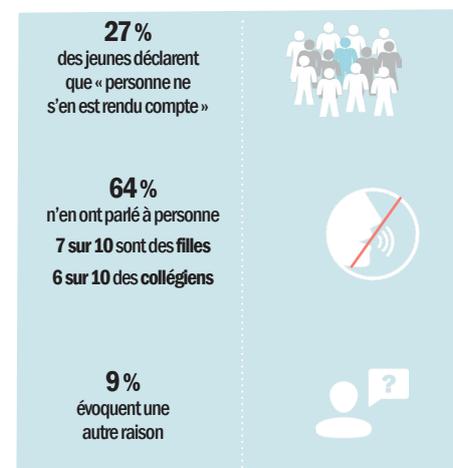
* G-T : filière générale et technologique ; Pro : filière professionnelle
Source : La santé des jeunes en Bretagne en 2017 - Exploitation ORS Bretagne

2 Répartition des suicidants selon leur type de prise en charge suite à une tentative de suicide*



* Prise en charge lors de l'unique tentative de suicide, ou lors de la première si plusieurs
Source : La santé des jeunes en Bretagne en 2017 - Exploitation ORS Bretagne

3 Motifs de non-recours aux soins évoqués par les jeunes suite à une tentative de suicide*



* La question posée était « Pourquoi tu n'as eu aucune des prises en charge décrites ci-dessus ? » c'est-à-dire celles présentées dans le graphique 2

Source : La santé des jeunes en Bretagne en 2017 - Exploitation ORS Bretagne



■ En 2017, la typologie fait ressortir cinq classes de jeunes et met en évidence deux groupes antagonistes. Le premier regroupe les jeunes « sans souffrance psychique » (classes 1 et 2, soit 83 % des adolescents) et s'oppose au second groupe, correspondant aux adolescents « en souffrance psychique » (classes 3 à 5, soit 17 % des jeunes).

Classe 1 : Des jeunes sans manifestation de signes de souffrance psychique (31 % des jeunes)

La quasi-totalité des individus de cette classe ne se sont jamais sentis déprimés ou désespérés face à l'avenir. Aucun n'a pensé au suicide et par conséquent l'essentiel de ces jeunes n'a jamais attenté à ses jours (*graphique 1*). Cette classe à prépondérance masculine regroupe des individus fréquentant plus souvent le collège et plus nombreux en classe de 4^e. Ils déclarent plus fréquemment se sentir tout à fait bien à l'école et être satisfaits de leurs résultats scolaires que le reste des jeunes. Ils habitent plus fréquemment avec leurs deux parents, jugent davantage « qu'ils s'occupent d'eux comme ils le souhaitent » et par conséquent ils sont plus nombreux à être satisfaits de l'ambiance familiale. En parallèle, ils adoptent plus souvent un schéma alimentaire régulier, prennent davantage un petit-déjeuner tous les jours, et ont plus fréquemment une bonne perception de leur corps. Ils sont plus nombreux à ne pas présenter de troubles du sommeil et à pratiquer régulièrement une activité physique ou sportive. Ils déclarent plus souvent ne jamais sécher les cours, ni être en retard et ne jamais faire usage de produits psychoactifs.

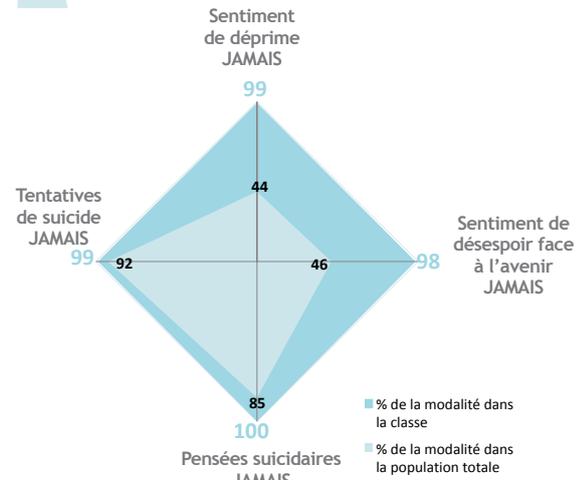
Classe 2 : Des jeunes sans pensées ni crise suicidaire mais présentant épisodiquement des sentiments de déprime et de désespoir (52 % des jeunes)

Aucun des individus de cette classe n'a pensé au suicide au cours de l'année passée et la quasi-totalité n'a jamais tenté de se suicider. Mais, à la différence des individus de la classe 1, ils déclarent, quant à eux davantage s'être sentis « rarement » ou « assez souvent » déprimés ou désespérés en pensant à l'avenir que l'ensemble des jeunes (*graphique 2*). Cette classe légèrement plus féminine se compose d'élèves un peu plus souvent en première ou terminale et fréquentant plus souvent une filière générale et technologique. Ils déclarent plus fréquemment se sentir « plutôt bien » à l'école. Bien qu'il leur arrive de présenter un peu plus souvent des signes de fatigue et des difficultés à l'endormissement, la différence par rapport à la population totale est peu marquée. Par ailleurs, ils ne se distinguent pas de l'ensemble des jeunes pour les usages de produits psychoactifs.

Classe 3 : Des jeunes présentant des signes préoccupants de mal-être (12 % des jeunes)

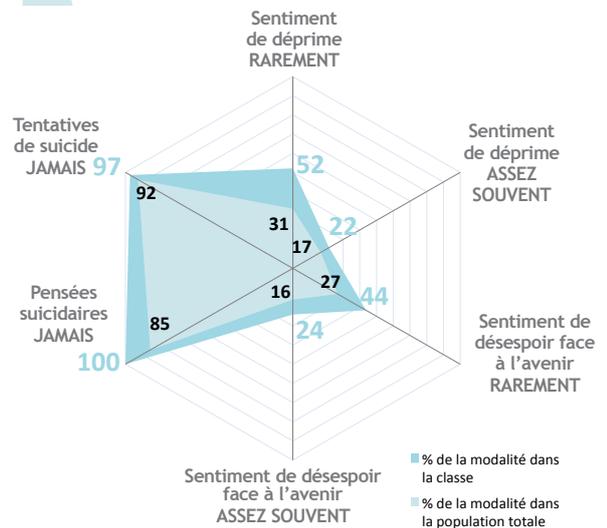
Les individus de cette classe sont plus nombreux à présenter des signes de dépressivité. Pour 82 % d'entre eux, il leur est arrivé de penser au suicide « rarement » et ils ont plus souvent déjà tenté de mettre fin à leurs jours (26 %). Ils expriment de manière répétée (« assez » ou « très souvent ») s'être sentis déprimés et désespérés en pensant à l'avenir (*graphique 3*). Cette classe plutôt féminine est composée d'individus déclarant une ambiance familiale mitigée voir dégradée ainsi que de l'incompréhension de la part de leurs deux parents ou de l'indifférence de leur père. En parallèle, leur sentiment vis-à-vis de l'école est aussi partagé : ils se sentent davantage soit « plutôt bien », soit « plutôt pas bien ». Leurs résultats scolaires leur causent plus souvent des soucis.

1 Caractéristiques de la classe 1



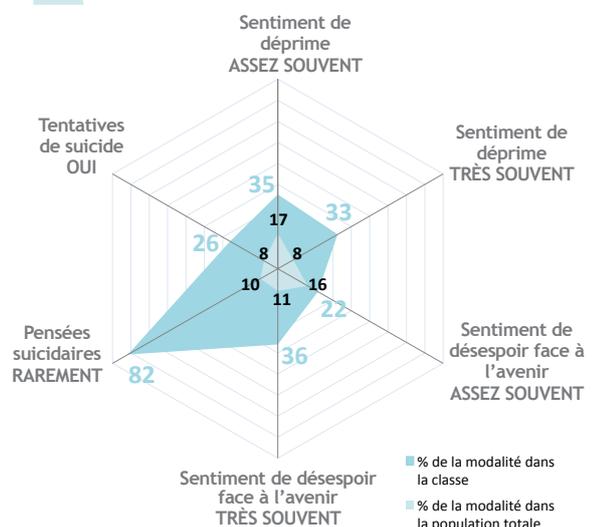
Source : La santé des jeunes en Bretagne en 2017 - Exploitation ORS Bretagne.

2 Caractéristiques de la classe 2



Source : La santé des jeunes en Bretagne en 2017 - Exploitation ORS Bretagne.

3 Caractéristiques de la classe 3



Source : La santé des jeunes en Bretagne en 2017 - Exploitation ORS Bretagne.



Les classes 3 à 5 témoignent de signes de souffrance psychique qui s'intensifient : de l'expression d'un fort mal-être à une souffrance exacerbée.

Ils sont plus nombreux à avoir un schéma alimentaire irrégulier, à ne pas prendre de petit-déjeuner tous les jours, à avoir une image corporelle négative d'eux-mêmes et à faire un régime pour maigrir. Ne pratiquant pas d'activité physique ou sportive, ils rapportent plus fréquemment des troubles du sommeil, se sentent davantage seuls et ont été plus souvent victimes de violences. Ils sont plus fréquemment fumeurs quotidiens de tabac mais ne se démarquent pas pour les autres consommations de produits psychoactifs.

Classe 4 : Des jeunes en souffrance psychique (3 % des jeunes)

La totalité de ces jeunes a pensé « assez souvent » au suicide et près de la moitié a déjà fait une tentative de suicide. Ils déclarent plus fréquemment les autres signes de dépressivité de manière répétée : les sentiments de déprime (« assez souvent » et « très souvent ») et de désespoir en pensant à l'avenir (« très souvent ») (graphique 4). Cette classe à forte prépondérance féminine est composée d'individus déclarant plus souvent une ambiance familiale « tendue », des rapports difficiles avec leurs parents (incompréhension des deux ou indifférence du père) et se sentir « plutôt pas bien » à l'école.

Ils adoptent davantage un schéma alimentaire irrégulier, sont plus nombreux à avoir une image corporelle négative et suivent trois fois plus souvent un régime pour maigrir. Davantage victimes de violences, ils souffrent de troubles du sommeil fréquents et se sentent plus souvent seuls. Par ailleurs, bien qu'ils soient un peu plus nombreux à déclarer un tabagisme occasionnel, ils ne se distinguent pas pour les autres usages de produits psychoactifs.

Classe 5 : Des jeunes présentant tous les signes de souffrance psychique à leur paroxysme (2 % des jeunes)

La totalité des jeunes de cette classe pense « très souvent » au suicide et ils sont plus nombreux à avoir déjà tenté de se suicider. En parallèle, ils expriment davantage se sentir « très souvent » déprimés et désespérés en pensant à l'avenir (graphique 5).

Ces jeunes déclarent une ambiance familiale « plutôt à fuir » assortie de rapports d'incompréhension avec la mère et d'indifférence avec le père. En parallèle, ils ne se sentent « pas bien du tout » à l'école et leurs résultats scolaires leur causent des soucis. Plus nombreux à présenter un schéma alimentaire irrégulier et à ne jamais prendre de petit-déjeuner, ils ont davantage une perception négative de leur corps. Souffrant plus fréquemment de troubles du sommeil, la quasi-totalité confie avoir déjà été victimes de violences et ils déclarent plus souvent sécher les cours ou « être absent une journée ou plus » de manière répétée. Ils sont plus nombreux à se sentir très souvent seuls, à avoir consommé 5 verres d'alcool ou plus au moins 3 fois au cours du dernier mois et être fumeur occasionnel de tabac.

LECTURE DES GRAPHIQUES RADARS

Chaque branche des graphiques « radars » correspond à une proportion (déprime, désespoir face à l'avenir, pensées suicidaires ou tentatives de suicide). L'ensemble des valeurs de chaque branche définit une aire.

Sur chaque graphique apparaissent deux aires, l'aire la plus claire se rapporte à la population totale des jeunes, l'aire la plus foncée représente la population de la classe étudiée.

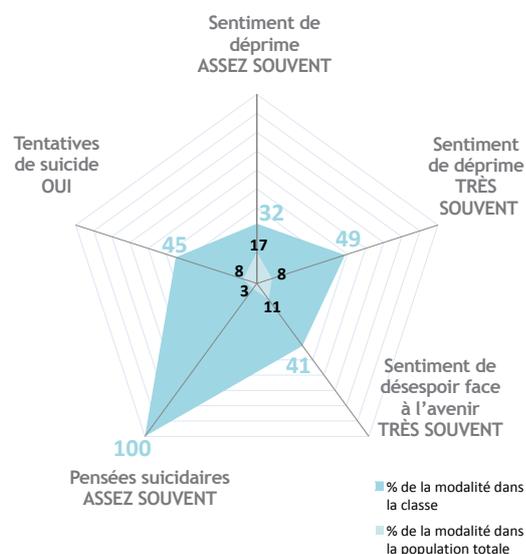
Ils permettent de visualiser l'écart entre les valeurs observées dans une classe par rapport à celles mesurées dans la population totale.

MÉTHODOLOGIE

Afin de déterminer des profils d'adolescents à partir de signes pouvant témoigner d'une souffrance psychique, la méthode statistique utilisée en 2007 (une classification suivie d'un partitionnement) a été reconduite en 2017 sur un échantillon comparable, à savoir sur la population des élèves des classes de 4^e, 3^e, 1^{re} et terminale.

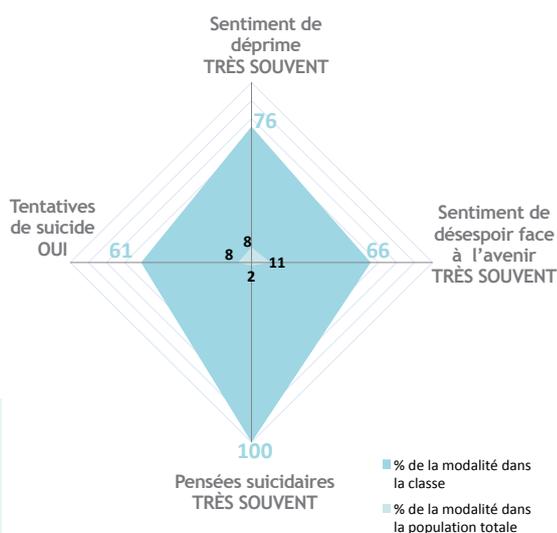
Les quatre variables retenues en 2007 pour la création des classes (le sentiment de déprime, celui de désespoir face à l'avenir et les pensées suicidaires au cours des douze derniers mois ainsi que le fait d'avoir déjà fait une tentative de suicide au cours de la vie) ont été reprises.

4 Caractéristiques de la classe 4



Source : La santé des jeunes en Bretagne en 2017 - Exploitation ORS Bretagne

5 Caractéristiques de la classe 5



Source : La santé des jeunes en Bretagne en 2017 - Exploitation ORS Bretagne



Les jeunes se perçoivent en moins bonne santé en 2017...

Le score moyen de santé générale a légèrement diminué entre 2007 et 2017, passant de 68 à 66 en dix ans, témoignant d'une moins bonne santé générale ressentie. La qualité de vie ressentie est stable tant pour la santé mentale que pour l'estime de soi.

... surtout les filles en première et en terminale

Une baisse sensible des scores en santé générale est observée chez les filles, particulièrement en première et en terminale (*graphique 1*). A l'inverse, les scores sont stables pour les autres classes.

Concernant la santé mentale, la baisse la plus significative entre 2007 et 2017 concerne les filles de terminale (*graphique 2*). A l'inverse, les scores ont augmenté significativement pour les filles en troisième.

Parallèlement, le niveau d'anxiété a augmenté chez les filles (43 à 46).

En filière professionnelle, la perception s'est dégradée dans le domaine de la santé générale et mentale

L'évolution la plus défavorable entre 2007 et 2017 concerne les jeunes en filière professionnelle, tant pour la santé générale que mentale, alors que les scores sont restés stables au collège et en filière générale et technologique (*graphique 3*).

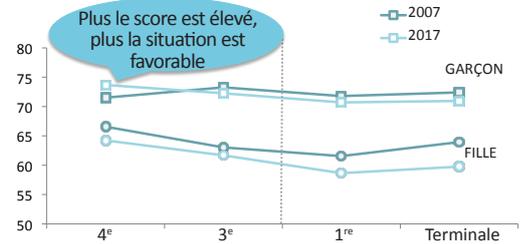
» MÉTHODOLOGIE

Cette nouvelle édition de l'enquête permet de porter un regard sur l'évolution des indicateurs de santé des jeunes collégiens et lycéens bretons.

Les résultats de l'enquête 2017 ont été comparés à ceux obtenus en 2001 et en 2007 pour les types d'établissements et niveaux de classes communs aux trois enquêtes. La comparaison se base sur les niveaux de classe de quatrième et troisième des collèges et première et terminale des lycées généraux, technologiques et professionnels.

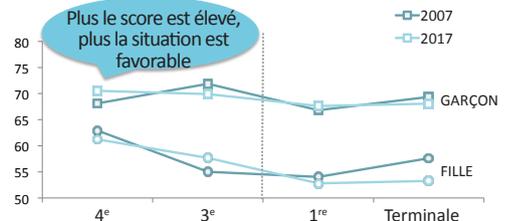
L'analyse des évolutions concerne 1 686 élèves en quatrième, 1 661 élèves en troisième, 1 327 en première et 1 259 en terminale (soit 5 933 élèves au total).

1 Scores de santé GÉNÉRALE selon le sexe et le niveau de classe



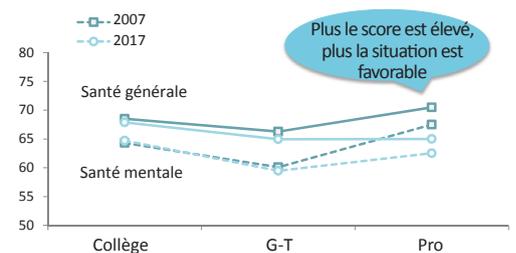
Source : La santé des jeunes en Bretagne en 2017 - Exploitation ORS Bretagne. Données sur le profil de santé de Duke non disponibles en 2001.

2 Scores de santé MENTALE selon le sexe et le niveau de classe



Source : La santé des jeunes en Bretagne en 2017 - Exploitation ORS Bretagne. Données sur le profil de santé de Duke non disponibles en 2001.

3 Scores de santé GÉNÉRALE ET MENTALE selon la filière*



* G-T : filière générale et technologique ; Pro : filière professionnelle. Source : La santé des jeunes en Bretagne en 2017 - Exploitation ORS Bretagne. Données sur le profil de santé de Duke non disponibles en 2001.



Les sentiments de déprime et de désespoir face à l'avenir ont évolué en sens inverse

En 2017, plus de la moitié des jeunes déclarent s'être déjà sentis, durant l'année, déprimés (56 %) ou désespérés en pensant à l'avenir (54 %).

La fréquence de ces sentiments a varié entre 2001 et 2017. Le sentiment de déprime a légèrement diminué (*graphique 1*), alors que celui de désespoir face à l'avenir a augmenté, particulièrement lorsqu'il est déclaré « assez » et « très souvent » (*graphique 2*).

Le sentiment répété de désespoir face à l'avenir est plus fréquent en 2017, principalement pour les filles et au lycée

Les filles sont davantage concernées que les garçons (32 % vs 19 %) par le sentiment répété (« assez » ou « très souvent ») de désespoir face à l'avenir. L'écart entre les deux sexes s'est creusé entre 2001 et 2017. En effet, elles étaient 19 % dans ce cas en 2001 et les garçons 15 %.

Ce sentiment est plus marqué au lycée, surtout en filière générale et technologique (34 % vs 29 % en filière professionnelle et 19 % au collège). Il a particulièrement progressé depuis 2001, où il n'était que de 12 % en filière générale et technologique et 11 % en filière professionnelle.

La prévalence des pensées suicidaires a diminué entre 2007 et 2017...

Alors qu'un jeune sur quatre (22 %) était concerné par des pensées suicidaires en 2001 comme en 2007, cette fréquence a nettement baissé en 2017 (15 %) (*graphique 3*).

... ainsi que celle des tentatives de suicide

Les jeunes qui déclarent une tentative de suicide sont proportionnellement moins nombreux en 2017 (7 %) qu'en 2001 et 2007 (respectivement 9 % et 11 %) (*graphique 4*).

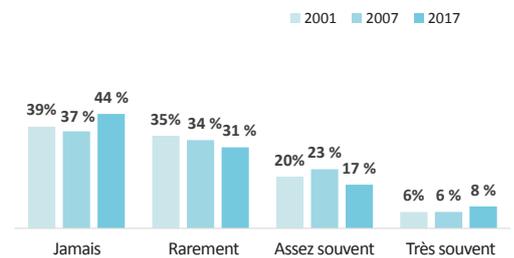
Les tentatives de suicide sont moins fréquentes chez les filles, les élèves de première et de filière générale et technologique

La prévalence des tentatives de suicide chez les filles est passée de 15 % en 2007 à 11 % en 2017, et respectivement de 6 % à 5 % chez les garçons.

La part des élèves ayant fait une tentative de suicide a été divisée par deux en 10 ans en classe de première : 12 % en 2007 contre 6 % en 2017.

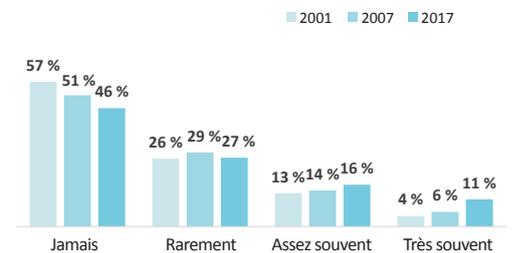
En filière générale et technologique, une baisse est également observée : 11 % en 2007 vs 5 % en 2017, tandis qu'en filière professionnelle, elle est plus modérée (de 13 % à 11 %).

1 Sentiment de déprime au cours de l'année



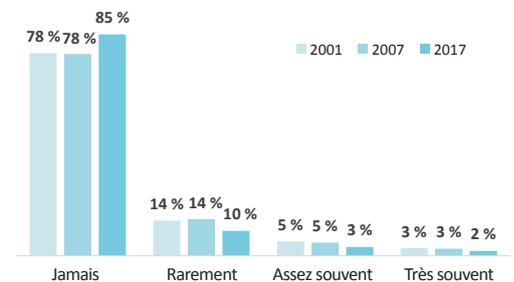
Source : La santé des jeunes en Bretagne en 2017 - Exploitation ORS Bretagne

2 Sentiment de désespoir face à l'avenir, au cours de l'année



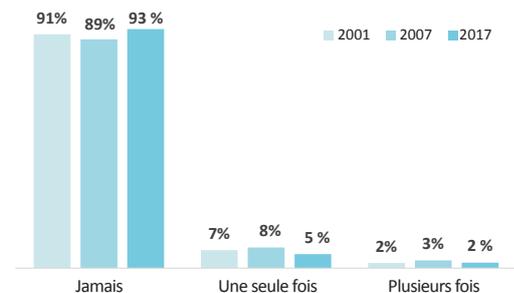
Source : La santé des jeunes en Bretagne en 2017 - Exploitation ORS Bretagne

3 Pensées suicidaires au cours de l'année



Source : La santé des jeunes en Bretagne en 2017 - Exploitation ORS Bretagne

4 Tentatives de suicide au cours de la vie



Source : La santé des jeunes en Bretagne en 2017 - Exploitation ORS Bretagne

Le sentiment de déprime est moins souvent déclaré en 2017 que 10 ans et 16 ans plus tôt.

Le sentiment de désespoir face à l'avenir a lui progressivement augmenté depuis 2001.

Les pensées suicidaires sont moins fréquentes en 2017.

Les tentatives de suicide ont diminué entre 2007 et 2017.



Lire aussi

Santé des jeunes scolarisés en Bretagne : résultats de l'enquête 2017
Décembre 2018 – ORS Bretagne

Santé sexuelle des jeunes scolarisés en Bretagne en 2017 - À paraître – ORS Bretagne

Nutrition, activité physique et sédentarité des jeunes scolarisés en Bretagne en 2017 - À paraître – ORS Bretagne

POUR EN SAVOIR PLUS SUR LES ÉLÉMENTS MÉTHODOLOGIQUES,
consulter la brochure multi-thématique des principaux résultats de l'enquête
La santé des jeunes scolarisés en Bretagne : résultats de l'enquête 2017
Décembre 2018 – ORS Bretagne

Nous adressons nos remerciements aux chefs d'établissements
et à tous les personnels de la communauté scolaire qui ont contribué au bon
déroulement de l'enquête, ainsi qu'à tous les élèves qui ont accepté de participer.

COMITÉ DE PILOTAGE ENQUÊTE SANTÉ JEUNES

Académie de Rennes
Dr Catherine BURGAZZI
Isabelle CHAUVET – LE MARCHAND
Agence Régionale de Santé Bretagne
Salima TAYMI

Conseil Régional de Bretagne
Nathalie GIBOT
Mathilde LENAIN

Direction de l'Enseignement Catholique
Christine KHAN

Observatoire Régional de Santé
Dr Isabelle TRON
Léna PENNOGNON

RÉALISATION

Rédaction

Sous la direction de Dr Isabelle TRON, Directrice, ORS Bretagne.
Patricia BÉDAGUE et Léna PENNOGNON, Chargées d'études, ORS Bretagne.
Thibault D'HALLUIN, Interne de santé publique
Avec la participation de Maxime RATY, stagiaire Master 2 Démographie,
Université de Strasbourg.

Conception graphique

Elisabeth QUÉGUINER, Chargée de communication, ORS Bretagne.

Étude réalisée en partenariat avec l'Agence Régionale de Santé Bretagne,
le Conseil Régional de Bretagne, l'Académie de Rennes
et la Direction de l'Enseignement Catholique.