

Facteurs associés à la survenue de problème de santé mentale chez les jeunes de 12 à 24 ans dans la Ville de Kananga en République Démocratique du Congo.

Factors associated with the occurrence of mental health problems among youth aged 12 to 24 in the city of Kananga, Democratic Republic of the Congo

John MUSENGA TSHIBANGU^{1*}, Jean Félix TSHIYAMBA LUBADI AISHA² & Clément ILUNGA MANDE¹

¹ Section Sciences Infirmières et Santé Communautaire, Hygiène et Assainissement, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kananga, Kananga, République Démocratique du Congo,

² Section Sciences Infirmières, Orientation Enseignement et Administration en Soins Infirmiers, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Katende, Dimbelenge, République Démocratique du Congo.

RESUME:

La santé mentale des adolescents et des jeunes constitue un enjeu majeur de santé publique à l'échelle mondiale. La tranche d'âge de 12 à 24 ans représente une période critique de transition marquée par des transformations biologiques, psychologiques et sociales susceptibles d'influencer le bien-être mental. Dans les pays à ressources limitées, notamment en République démocratique du Congo, les jeunes sont souvent exposés à des facteurs de vulnérabilité tels que la précarité socio-économique, l'instabilité familiale, les violences et l'accès limité aux services de santé mentale. Cette recherche, menée entre le 17 mars et le 27 juillet 2025 à Kananga, analyse les facteurs associés à la survenue des problèmes de santé mentale chez les jeunes en milieu urbain de Kananga. Les données ont été recueillies auprès de 422 participants grâce à des entretiens guidés. L'analyse a permis d'identifier 15 facteurs confirmant les hypothèses de recherche dont la tranche d'âge de 17 à 20 ans, le milieu de vie, la déception sentimentale, la consommation des substances psycho-actives, les maladies contractées, les violences subies, la solitude, l'isolement, la sécurité personnelle et la stigmatisation. L'identification de ces facteurs associés à la survenue des problèmes de santé mentale dans ce contexte pourra ainsi servir à orienter les stratégies de prévention et les interventions adaptées aux réalités locales.

Mots clés : Santé mentale, adolescents et jeunes, Facteurs de risque, troubles psychologiques, Katanga.

ABSTRACT :

Adolescent and youth mental health represents a major global public health concern. The 12–24 age group constitutes a critical transitional period characterized by biological, psychological, and social changes that may significantly influence mental well-being. In low-resource settings, particularly in the Democratic Republic of the Congo, young people are frequently exposed to vulnerability factors such as socioeconomic deprivation, family instability, violence, and limited access to mental health services. This study, conducted from March 17 to July 27, 2025, in Kananga, analyzes the factors associated with the occurrence of mental health problems among youth in the urban setting of Kananga. Data were collected from 422 participants through guided interviews. The analysis identified 15 key factors supporting the research hypotheses, including the 17–20 age group, living environment, emotional distress, use of psychoactive substances, past illnesses, experiences of violence, family health issues, loneliness, social isolation, personal safety, and stigma. These findings confirm the initial assumptions of the study.

Keywords : Health mental, adolescent and young adult, risk factors, mental disorders, Kananga.

*Adresse des Auteur(s)

John MUSENGA TSHIBANGU, Section Sciences Infirmières et Santé Communautaire, Hygiène et Assainissement, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kananga, Kananga, République Démocratique du Congo ;

E-mail : johnmusenga12@unikin.ac.cd

Tél : +243 997321146 ;

Jean Félix TSHIYAMBA LUBADI AISHA, Section Sciences Infirmières, Orientation Enseignement et Administration en Soins Infirmiers, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Katende, Dimbelenge, République Démocratique du Congo.

Clément ILUNGA MANDE, Section Sciences Infirmières et Santé Communautaire, Hygiène et Assainissement, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kananga, Kananga, République Démocratique du Congo ;

I. INTRODUCTION

Actuellement les problèmes de santé mentale de jeunes constituent une préoccupation majeure dans le monde [1,2]. Dans leur environnement quotidien, la plupart des jeunes sont confrontés aux multiples situations qui les conduisent à la déviation de leur psychisme et arrivent parfois à contracter certains problèmes de santé mentale. L'OMS estime qu'environ 20%, les jeunes dans le monde contractent un problème de santé mentale [3]. Environ 450 millions de personnes dans le monde sont touchées par les troubles mentaux [4]. Selon Young MINDS le nombre d'appels concernant l'anxiété est passé de 27% en 2009 et 40% en 2010 [5]. En 2010, un rapport de l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM) estime que 10 à 20% des jeunes sont touchés par la maladie mentale et 3,8% d'admission dans les hôpitaux généraux sont attribués à des troubles anxieux, troubles bipolaires la Schizophrénie, la dépression mentale, troubles de personnalité, trouble alimentaires, et comportement suicidaire. Selon l'enquête sur la santé mentale et le bien être dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2002 des jeunes de 12 à 25 ans, les statistiques montrent ces résultats ; 27,4% santé excellente ; 41,7% très bonne santé, 24,8% bonne santé ; 5,0% santé passable ; 1,2% mauvaise santé. L'enquête sur les

Facteurs associés à la survenue de problème...

comportements liés à la santé mentale chez les jeunes d'âges scolaire a relevé 5% des jeunes filles n'avaient pas confiance en elles-mêmes et 5,5% pour les jeunes garçons estimaient leur état de santé [6].

D'après l'enquête collective de l'organisation mondiale pour la santé et l'association de santé publique canadienne. Certains facteurs qui ont une influence sur la santé mentale sont inhérent à l'individu, certains viennent de la famille et d'autres sont présent à la collectivité. Ces facteurs n'agissent pas souvent indépendamment les uns les autres. C'est leur interaction complexe qui influe sur la santé mentale de personne et des collectivités [7]. En 2007, un rapport de l'OMS, estime qu'en Afrique un dédoublement démente tous les 20 ans pour les prochaines décennies. Bon nombre de déterminant de la santé mentale résidant à l'extérieur des systèmes de soins de santé physique et mentale, reflètent l'influence d'autres secteurs comme ; l'économie ; l'éducation et le logement [8].

Par conséquent, on doit obtenir la coopération active des autres secteurs si, l'on élabore des stratégies qui amélioreront la santé de la population et qui réduiront l'incidence de la maladie mentale.

En effet, la santé mentale est une ressource qui se développe au cours d'une personne. L'expérience de certaines épreuves à l'enfance (agression sexuelle) peut accroître les risques de contracter une maladie mentale à l'âge adulte. Des même les mécanismes personnels d'adaptation que l'individu acquièrent tôt dans la vie peuvent l'aider à ne pas présenter de maladie mentale à l'âge adulte. Il est important de tenir compte du développement de l'individu durant toute sa vie afin de reconnaître le plus tôt possible les risques des maladies mentales, d'intervenir rapidement pour aussi favoriser une santé optimale durant toute la vie. Il est possible à noter que : le stress, le revenu, la scolarité, le soutien social, l'Etat d'emploi la profession, sont des facteurs qui influencent la santé mentale [9].

En RDC, d'après le rapport du programme de santé mentale au Congo, estime que 900 millions de cas des troubles mentaux [10].

Au Kasai central d'après le rapport d'état de lieux publié en date du 20/11/2015 par Programme National de Santé Mentale, à Kananga les troubles mentales et neurologiques relèvent à 1,663 cas à 2015 [9]. En RDC, la situation de santé mentale est négligée elle ne semble pas être bien reprise même dans les ODD.

En outre, il y a moins des recherches publiées dans le domaine de santé mentale dans le contexte congolais. Par ailleurs, une étude réalisée en 2022 par Musenga et

collaborateurs stipule que la situation s'accroît jusqu'à s'empirer [12]. Dans cette étude, nous nous sommes penchés sur ce sujet avec comme principale question de recherche : quels sont les facteurs associés à la survenue de problème de santé mentale chez les jeunes de 12 à 24 ans dans la ville de Kananga ?

Cette étude postule que les facteurs psychologiques entraînent le stress, ce dernier conduit ou provoque les problèmes de santé mentale. Les variables socio-économiques, individuelles provoquent les problèmes de santé mentale, mais n'ont aucune influence sur le stress.

Elle vise à analyser les facteurs associés à la survenue de problème de santé mentale chez les jeunes de 12 à 24 ans dans la ville de Kananga en vue de contribuer à la réduction du taux de prévalence de ces problèmes. Ainsi, quatre objectifs spécifiques ont été fixés, à savoir : décrire les facteurs sociodémographiques chez les jeunes de 12 à 24 ans, déterminer les problèmes de santé mentale chez les jeunes de 12 à 24 ans, décrire les facteurs associés à la survenue de problème de santé mentale chez les jeunes de 12 à 24 ans et établir les relations qui existent déjà entre les facteurs et la survenue des problèmes de santé mentale des jeunes.

II. MATERIELS ET METHODES

Il s'agit d'une étude quantitative observationnelle. Elle utilise le devis explicatif en vue de déterminer si les facteurs plus haut cités sont à associés à la survenue des problèmes de santé mentale. Le recours à une enquête transversale s'est avéré indispensable du fait que, nous avons étudié en même temps les facteurs et les événements sans déterminer la fréquence temporelle qui les unies. Cette enquête porte sur les jeunes de deux sexes âgés de 12 à 24 ans (moyenne âge : 18 ans) au jour de l'enquête, vivant dans la zone de santé ciblée. Nous avons recouru au modèle multi varié (régression logistique) pour ressortir les facteurs associés à la survenue des problèmes de santé mentale chez les jeunes de 12 à 24 ans et élimine l'effet des variables parasites.

Elle est menée dans 3 zones de santé de la division provinciale de la santé de Kasai central. Il s'agit des zones de santé de Kananga, Ndesha et Katoka). Ces zones de santé sont tirées au hasard par la méthode de l'urne sur l'ensemble de six (6) zones de santé que porte la ville de Kananga.

La population cible de cette étude est composée de jeunes Kanangais de deux sexes, ce choix est porté, parce que l'OMS (2005) déclare que le problème de santé mentale est estimé aujourd'hui à 20% dans le monde entier et leurs conséquences étant dévastatrices avec un échantillon plus représentatif, faisant recours à l'échantillonnage probabiliste de type échantillon aléatoire en grappes à deux degrés. Au

premier degré, nous avons tiré trois zones de santé de la DPS, ces zones ont été tiré au sort sur une liste préétablie de six zones qui constituent la ville de Kananga ; au deuxième degré nous avons tiré au sort treize aires de santé dans ces trois zones de santé, dont deux dans la zone de santé de NDESHA, deux dans la zone de santé de KATOKA, et neuf dans celle de KANANGA. Les participants devront répondre aux critères suivants (i) être un(e) congolais (e) originaire du Kasai central ; (ii) habiter l'une de zone de santé au moins deux ans ; (iii) être âgé (e) de 12 à 24 ans au jour de l'enquête ; (iv) Parler aisément et écrire au moins l'une des langues de recherche : Français, Tshiluba et Lingala et ; (v) accepter de participer librement et volontairement à l'étude.

Comme le taux des problèmes de santé mentale semble être méconnu en RD Congo, nous avons utilisé 50% comme portion des jeunes ayant les problèmes de santé mentale.

Ainsi, nous avons :

- p : 50%, soit 0,50% ;
- q : 50%, soit 0,50% ;
- d : 5%, soit 0,05

$$n = \frac{z^2 p.q}{d^2}$$

La marge d'erreur est fixée à 5%, soit 0,05, le degré de confiance à 95%, le coefficient de confiance (Z) de 1,96. Nous avons calculé la taille minimale de l'échantillon à l'aide de la formule suivante

Ainsi, nous avons obtenu une taille d'échantillon minimal de :

$$n = \frac{1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{0,05^2} = \frac{0,9604}{0,0025} = 384 \text{ sujets, } n = \text{la taille de l'échantillon.}$$

La taille de l'échantillon ainsi trouvée sera augmentée de 10% pour palier le problème de non réponse, ce qui a donné une taille d'échantillon minimal de 422 sujets sélectionnés. La méthode de questionnaire-entrevue et le questionnaire dûment élaboré à cette fin ont servi pour la collecte des informations.

Par rapport au dépouillement, les questionnaires ont été vérifiés minutieusement lors du dépouillement de l'enquête, vérifié la complétude du remplissage et repérage du code erroné. Les variables continues ont été dichotomisées, soit sur des seuils évidents à l'observation des données de la littérature. Les données ont été saisies sur le logiciel Excel et analysées sur le logiciel SPSS à l'aide d'un ordinateur Acer.

Les tests statistiques de signification notamment ont été appliqués : khi-carré (Pearson, Yates, rapport de vraisemblance selon qu'il y avait des valeurs observées inférieures à 5 ou pas) pour calculer la prévalence chez le groupe. Toutes ces analyses faites pour vérifier l'existence d'une liaison statistique entre les problèmes de santé mentale des jeunes et les facteurs auxquels ils sont exposés. La régression logistique pour retenir les variables qui sont réellement explicatives de la variable dépendante. Les résultats sont estimés à un intervalle de confiance de 95% avec un risque d'erreur de 5%.

Sur le plan éthique, après avoir reçu l'autorisation de conduire l'enquête dans les aires de santé retenues, avons expliqué les objectifs poursuivis pour l'étude et les bénéfices à tirer à tous les niveaux, le type d'investigation proposée, les risques encourus et les précautions à prendre pour les minimiser, les enquêtés ont la liberté de participer ou non à l'enquête. Le consentement éclairé du sujet est obtenu avant l'administration du questionnaire. Les principes de confidentialité ont été requis pour le respect de la vie privée et la personnalité des enquêtés. Les questionnaires d'enquête ont été gardés en un seul endroit accessible uniquement à l'équipe d'investigateurs.

III. RESULTATS

Les résultats de recherche obtenus dans cette étude sont présentés dans les tableaux ci-dessous.

Tableau 1 : Répartition des sujets d'étude selon leurs caractéristiques sociodémographiques

Variables	Catégories	F	%
sociodémographiques			
Sexe des répondants	Masculin	285	67,5
	Féminin	137	32,5
Tranches d'âge	12-16 ans	76	18,0
	17-20 ans	209	49,5
	21-24 ans	137	32,5
Niveau d'instruction	Primaire	28	6,6
	Secondaire	286	67,8
	Supérieur	108	25,6
Eglise fréquentée	Catholique	209	49,5
	Protestante	66	15,6
	Kimbanguiste	51	12,1
	Brahmaniste	16	3,8
	Autres	80	19,0
Milieu de vie	Kananga	248	58,8
	Katoka	111	26,3

Facteurs associés à la survenue de problème...

	Ndesha	59	14,0
	Tshikaji	4	,9
État matrimonial	Célibataire	281	66,6
	Marie	137	32,5
	Divorce	4	,9
Occupation	Élève	140	33,2
	Étudiant	106	25,1
	Travailleur	156	37,0
	Chômeur	20	4,7

L'analyse du tableau 1 démontre que le sexe masculin des sujets représente une proportion de 67,05 % soit 285 sujets par rapport au sexe féminin 32,5 % soit 137 sujets ; par rapport l'âge, 76 sujets soit 18 % sont à la tranche d'âge de 12 à 16 ans, par contre, celle de 17 à 20 ans représente 49,5% soit 209 sujets. Le niveau d'instruction inférieur est celui de primaire, représente 6,6 %, soit 26 sujets. L'église la moins fréquentée est celle de Branhamiste 3,6 % soit 16 sujets. Parmi le milieu de vue de nos répondants ceux qui habitent Tshikaji, représentent une proportion inférieure de 0,9 % soit 4 sujets. A ce qui concerne l'état matrimonial, le célibataire représente une proportion supérieure de 66,6 % soit 281 sujets, par rapport aux mariés 32, 5 % soit 137 sujets. Une proportion très faible de répondants sont des chômeurs 4,7 % soit 20 sujets.

Tableau 2 : Répartition des sujets d'étude selon leur exposition aux facteurs de stress reliés aux problèmes de santé mentale

Variables	Catégories	f	%
Perte d'un être cher	Oui	402	95,3
	Non	20	4,7
Déception sentimentale	Oui	408	96,7
	Non	14	3,3
Existence de la discrimination	Oui	416	98,6
	Non	6	1,4
Existence des contraintes temporelles	Oui	360	85,3
	Non	62	14,7

Les résultats de ce tableau démontrent que 95,3 % soit 402 de sujets ont connu une perte d'un être cher, contre 4,7 % soit 20 sujets. Ceux qui ont connu une déception sentimentale représentent 96,7 % soit 408 sujets ; par rapport aux autres.

L'existence de la discrimination s'élève à 98,6 % soit 416 sujets par rapport aux autres. 85,3 % soit 360 sujets accusent l'existence de contraintes du temps.

Tableau 3 : Description des facteurs personnels des sujets d'étude

Variables	Catégories	f	%
Comportements additifs (abus des substances psycho actives)	Oui	127	30,1
	Non	295	69,9
Types de substances psychoactives abusées	Alcool	54	12,8
	Tabac	60	14,2
	Drogue	7	1,7
	Autres	12	2,8
	Abstinence	289	68,5
Maladies physiques ou psychologiques préexistantes	Maladies physique aigue	382	90,5
	Maladie physique chronique	4	,9
	Problèmes psychologique	36	8,5
Antécédents de violences	Oui	289	68,5
	Non	133	31,5
Formes de violences subies	Psychologique	229	79,2
	Physique	60	20,8

Il ressort du tableau 3 que 30,1 % soit 127 sujets ont un comportement additif contrairement aux 69,9 % soit 295 sujets ; 14,2 % soit 60 sujets consomment le tabac ; 12,8 % soit 54 sujets consomment l'alcool ; 1,7 % soit 7 sujets utilisent la drogue ; 2,8 % soit 12 sujets utilisent autres substances. 68,5 % soit 289 sujets s'abstiennent. 90,5 % soit 382 sujets accusent les maladies physiques aiguës, 8,5 % soit 36 sujets accusent les problèmes psychologiques 68,5 % soit 289 sujets accusent les antécédents de violence contrairement aux 31,5 soit 133 sujets, 79,2 % soit 229 accusent d'avoir subi une violence psychologique contrairement à 20,8 % soit 60 sujets.

Tableau 4 : Description des facteurs socio-familiaux et économiques des sujets d'étude

Variables	Catégories	f	%
Lieu d'habitation	Seul	82	19,4
	Chez le parent	198	46,9
	Chez les amis	19	4,5
	Chez les oncles	41	9,7
	Chez les grands parents	47	11,1
Existence des problèmes familiaux	Autres	35	8,3
	Oui	139	32,9
Personne qui supporte la responsabilité de la maison	Non	283	67,1
	Papa	344	81,5
	Maman	64	15,2
Avis sur le revenu du ménage	Personne	14	3,3
	Faible	75	17,8
	Moyen	55	13,0
Perception qu'il existe un problème de santé familiale	Suffisant	292	69,2
	Oui	384	91,0
Perception qu'on vit	Non	38	9,0
	Oui	396	93,8

seul	Non	26	6,2
Perception qu'on est isolé	Oui	400	94,8
	Non	22	5,2
Perception qu'il y a un problème de sécurité personnelle	Oui	386	91,5
	Non	36	8,5
Perception que la situation d'emploi en famille est mauvaise	Oui	406	96,2
	Non	16	3,8
Perception qu'il existe de stigmatisation sociale	Oui	394	93,4
	Non	28	6,6
Perception que la famille est responsable de sa vie	Oui	336	79,6
	Non	86	20,4

Il ressort de ce tableau que le lieu d'habitation représente 19,4 % soit 82 sujets, qui habitent seul, 46,9 % soit 198 sujets vivent chez les parents, 4,5 % soit 19 sujets chez les amis, 9,7 % soit 41 sujets, chez les oncles ; 11,1 % soit 47 sujets, chez les grand parents, 8, 3 % soit 35 sujets sont vagabonds ; 32,9 % soit 139 sujets, accusent l'existence des problèmes dans la famille, contrairement 67,1 % soit 283 sujets. Les 81,5 % soit 344 sujets déclarent que la maison est supportée par le papa. Les 15,2 % soit 64 sujets disent que maman supporte la maison contrairement, aux 3,3 % soit 14 sujets. 17,8 % soit 75 sujets ont un faible revenu ; 13 % soit 55 sujets ont un revenu moyen, contrairement à 69,2 % soit 292 sujets qui ont un revenu suffisant. 91 % soit 389 sujets accusent d'avoir les problèmes de santé en famille. Contrairement à 9 % soit 38 sujets. 93,8 % soit 396 sujets, vivent en solitude ; contrairement à 6,2 % soit 26 sujets ; 94,8 % soit 400 sujets vivent en isolement, contre 5,2 % soit 22 sujets. 91,5 % soit 386 sujets accusent un problème de sécurité personnelle, contre 8,5 % soit 36 sujets. Les 96,2 % soit 406 sujets ont une situation d'emploi mauvaise, contre 3,8 % soit 16 sujets. 93,4 % soit 394 sujets sont stigmatisées contrairement à 6,6 % soit 28 sujets. 79,6 % soit 336 sujets ont une responsabilité familiale contrairement à 20,4 % soit 86 sujets.

Résultats relatifs à la vérification des hypothèses : analyse bivariée

Les résultats de l'analyse bivariée en vue de détecter les éventuelles associations entre variables sont présentés dans les différents tableaux ci-dessous.

Tableau 5 : Facteurs sociodémographiques associés au risque de survenue des problèmes de santé mentale chez les sujets d'étude

Variables	Risque de survenue des problèmes de santé mentale		Total	X ²	ddl	p	S
	OUI	NON					
Sexe	Masculin	273	12	285	0,243	1	0,468
	Féminin	129	8	137			
Tranche d'âge	12-16 ans	68	8	76	7,293	2	0,026
	17-20 ans	203	6	209			
	21-24 ans	131	6	137			
Niveau d'instruction	Primaire	26	2	28	0,630	2	0,730
	Secondaire	272	14	286			
	Supérieur	104	4	108			
État matrimonial	Célibataire	263	18	281	6,381	2	0,041
	Marier	135	2	137			
	Divorcé	4	0	4			
Profession	Élève	128	12	140	17,845	3	,000
	Étudiant	104	2	106			
	Travailleur	154	2	156			
	Chômeur	16	4	20			

Nous notons dans ce tableau que : Khi-deux = 7,293, ddl = 2, $p = 0,026$ de la tranche d'âge de 17 à 20 ans au risque de survenue des problèmes de santé mentale ; Khi-deux = 6,381, ddl = 2, $p = 0,041$ pour le milieu de vie et Khi-deux = 17,845, ddl = 3, $p = 0,000$ pour la profession.

Tableau 6 : Facteurs de stress associés au risque de survenue des problèmes de santé mentale

Variables	Risque de survenue des problèmes de santé mentale		Total	X ²	ddl	p	S
	Oui	Non					
Perte précoce d'un être cher	Oui 384	18	402	0,354	1	0,552	NS
	Non 18	2	20				
	402	20	422	46,602	1	0,000	TS
Déception sentimentale	Oui 394	14	408				
	Non 8	6	14	0,303	1	0,582	NS
	402	20	422				
Discrimination	Oui 396	14	410	95,001	1	0,000	TS
	Non 6	2	8				
	402	18	420	422			
Contraintes de temps	Oui 358	2	360				
	Non 44	18	62				
	402	20	422				

Il ressort de ce tableau que : Khi-deux = 46,602, ddl = 1 et $p = 0,000$ pour la déception sentimentale, Khi-deux = 95,001, ddl

Facteurs associés à la survenue de problème...

= 1 et $p = 0,000$ pour les contraintes de temps au risque de survenue des problèmes de santé mentale.

Tableau 7 : Facteurs personnels aux sujets d'étude associés au risque de survenue des problèmes de santé mentale

		Risque de survenue des problèmes de santé mentale		Total	X ²	ddl	p	S
Variables		Oui	Non					
Consommation des substances psychoactives	Oui	111	16	127	24,055	1	0,000	TS
	Non	291	4	295				
		402	20	422				
Forme des substances	Alcool	44	10	54	86,699	4	0,000	T.S.
	Tabac	60	0	60				
	Drogues	7	0	7				
	Autres	6	6	12				
	Abstinence	285	4	289				
Maladies contractées		402	20	422	12,520	2	0,002	TS
	Physique	368	14	382				
	Aigüe	4	0	4				
	Chronique	30	6	36				
Avoir subi la violence	Autres	402	20	422	22,865	1	0,000	TS
	Oui	285	4	289				
	Non	117	16	133				
Formes de violence		402	20	422	2,202	1	0,138	NS
	Psychologique	233	2	235				
	Physique	58	2	60				
		291	4	295				

Il ressort de ce tableau ce qui suit : Khi-deux : 24,855, ddl = 1, et $p = 0,000$ pour consommation des substances psychoactives ; Khi-deux = 87,699 ddl = 4, et $p = 0,000$ pour formes des substances, Khi-deux = 12,520, ddl = 2 et $p = 0,002$ pour les maladies contractées ; Khi-deux = 22,865, ddl = 1, $p = 0,000$ pour avoir subi la violence au risque de survenue des problèmes de santé mentale.

Tableau 8 : Facteurs socio-familiaux et économiques associés au risque de survenue des problèmes de santé mentale

		Risque de survenue des problèmes de santé mentale		Total	X ²	ddl	p	S
Variables		Oui	Non					
Condition d'habitation	Seul	82	0	82	8,174	5	0,147	NS
	Chez les parents	186	12	198				
	Chez les amis	19	0	19				
	Chez les oncles	37	4	41				
	Chez le grandparent	45	2	47				
	Autres	33	2	35				
		402	20	422				
Problème en famille	Oui	135	4	139	1,591	1	0,297	NS
	Non	267	16	283				

		402	20	422				
Qui travail en famille	Papa	328	16	344	1,026	2	0,599	NS
	Maman	60	4	64				
	Personne	14	0	14				
Revenu	Faible	71	4	75	0,209	2	0,901	NS
	Moyen	53	2	55				
	Suffisant	278	14	292				
Santé familiale	Oui	370	14	384	11,295	1	0,001	T.S.
	Non	32	6	38				
		402	20	422				
Solitude	Oui	382	14	396	51,415	1	0,000	TS
	Non	20	6	26				
		402	20	422				
Isolement	Oui	388	12	400	51,415	1	0,000	TS
	Non	14	8	22				
		402	20	422				
Sécurité personnel	Oui	376	10	386	46,270	1	0,000	TS
	Non	26	10	36				
		402	20	422				
Situation d'emploi	Oui	388	18	406	2,219	1	0,136	NS
	Non	14	2	16				
		402	20	422				
Stigmatisation	Oui	382	12	395	37,728	1	0,000	TS
	Non	20	8	28				
		402	20	422				
Responsabilité familiale	Oui	318	18	336	1,394	1	0,238	NS
	Non	84	2	86				
		402	20	422				

Nous notons à ce tableau : Khi-deux : 11,295 ddl = 1 et $p = 0,000$ pour la santé familiale, Khi-deux = 20,637 ddl = 1 et $p = 0,000$ pour la solitude, Khi-deux = 51,415, ddl = 1 et $p = 0,000$ pour l'isolement ; Khi-deux = 46,270, ddl = 1, $p = 0,000$ pour sécurité personnelle, Khi-deux = 37,728 ; ddl = 1 et $p = 0,000$ pour la stigmatisation au risque de survenue des problèmes de santé mentale.

IV. DISCUSSION

Les résultats issus de ces enquêtes sur terrain démontrent 13 facteurs confirmant nos hypothèses de l'étude dont les facteurs socio démographiques : tranche d'âge de 17 à 20 ans, milieu de vie, état matrimonial des mariés et profession ; les facteurs de stress : déception sentimentale et contraintes de temps ; les facteurs personnels : consommation des substances psychoactives, formes des substances, maladies contractées, avoir subi la violence et les facteurs socio-familiaux et économiques : santé familiale, solitude, isolement, sécurité personnelle et stigmatisation).

L'analyse bivariée de l'enquête a révélé ce qui suit : Khi-deux = 7,293, ddl = 2 et $p = 0,026$ de la tranche d'âge de 17 à 20 ans ; Khi-deux = 6,381, ddl = 2 et $p = 0,0141$ pour le milieu de vie et Khi-deux = 17,845 ddl = 3 et $p = 0,000$ pour la profession au risque de survenue des problèmes de santé mentale.

Ces données semblent être similaires à celles présentées par Grundemanin, Nybor et Schellart qui ont conclu qu'environ

75 % des personnes quittent leur travail parce qu'elles souffrent des problèmes de santé mentale et elles sont déclarées inaptes à cause de troubles mentaux [11].

Les résultats de l'étude montrent que : Khi-deux = 46,602, ddl = 1 et $p = 0,000$ pour la déception sentimentale, Khi-deux = 95,001 ddl = 1 et $p = 0,000$ pour les contraintes de temps au risque de survenue des problèmes de santé mentale. Ces données croisent celles présentées par Kapuba, dans son étude sur la santé mentale des jeunes de 12 à 25 ans dans la ville de Kananga. Il a conclu que : 61,4 % des jeunes sont stressés par le sentiment de découragement, 75,7 % des jeunes ont le dégoût de vie ; 61,4 % ont l'anxiété de séparation, 64,2 % sont stressés par la mésestime de soi. 51,4 % sont frappés et stressés par l'anxiété généralisée [12].

L'enquête sur les facteurs personnels a démontré : Khi-deux = 24,855, ddl = 1 et $p = 0,000$ pour la consommation des substances psycho actives Khi-deux = 87,699, ddl = 4 et $p = 0,000$ pour formes de substances ; Khi-deux = 12,520, ddl = 2 et $p = 0,002$ pour les maladies contractées ; Khi-deux = 2,865 ddl = 1 et $p = 0,000$ pour les violences subies ; au risque de survenue des problèmes de santé mentale.

Pour Lamoureux, dans son étude sur les problèmes de santé mentale des jeunes de 12 à 25 ans scolarisés au Canada, l'étude a conclu que : les violences, l'abus des substances psycho actives (l'alcool, le tabac, dépendance aux barbituriques et la dépendance au cannabis sont des facteurs qui influencent négativement la santé mentale des jeunes [13].

Il ressort de l'analyse des résultats de ces facteurs : Khi-deux = 11,295, ddl = 1 et $p = 0,001$ pour la santé familiale ; Khi-deux = 20,637, ddl = 1 et $p = 0,000$ pour la solitude, Khi-deux = 51,415, ddl = 1 et $p = 0,000$ pour l'isolement, Khi-deux = 46,270, ddl = 1 et $p = 0,000$ pour la sécurité personnelle, Khi-deux = 37,728, ddl = 1 et $p = 0,000$ pour la stigmatisation au risque de survenue des problèmes de santé mentale.

Ces données sont confirmées par les conclusions de Lamoureux qui stipulent que la stigmatisation est à l'origine de problèmes de santé mentale [13].

V. CONCLUSION

Cette recherche a permis d'identifier plusieurs éléments contribuant à l'apparition des troubles mentaux chez les jeunes de 12 à 24 ans. Les résultats indiquent que des facteurs comme l'âge, le milieu de vie, les relations affectives, et la consommation de substances influencent fortement ce risque. Le stress, en lien avec certaines contraintes sociales et

émotionnelles, joue également un rôle clé. Des aspects économiques, familiaux et personnels apparaissent aussi comme déterminants. Ces observations soulignent l'importance d'interventions ciblées pour prévenir les troubles psychiques chez les jeunes.

Au regard de ces résultats, nous suggérons à l'Etat Congolais : d'allouer un budget conséquent aux problèmes de santé mentale pour la planification et l'exécution des activités promotionnelles, préventives, curatives et de réadaptation des handicaps mentaux ; de mener certaines actions efficaces qui peuvent se concentrer sur l'environnement proche, ou lointain de l'individu qui sont portées sur les déterminants de la santé mentale telles que la réduction de la précarité, l'amélioration des réseaux sociaux, la réduction de la consommation problématique des substances psycho actives et l'amélioration du milieu du travail. Et aux professionnels de santé de mettre en place les actions individuelles ou collectives pouvant s'appuyer sur les actions de proximité visant à modifier les comportements en ciblant les contextes et les publics telles que le soutien de parentalité, les enfants et les jeunes, les personnes âgées, et le milieu du travail.

REFERENCES

1. Kwan B, Rickwood D.J. A systematic review of mental health outcome measures for young people aged 12 to 25 years. *BMC Psychiatry*. 2015;15, 279.
2. Lukoševičiūtė-Barauskienė J, Žemaitaitytė M, Šumakarienė V, Šmigelskas K. Adolescent Perception of Mental Health: It's Not Only about Oneself, It's about Others Too. *Children* (Basel, Switzerland). 2023;10(7), 1109.
3. OMS. Modification de l'hygiène corporelle en rapport avec le profil de personnalité éd. Paris. 2011.
4. OMS. www.who.int/fr. principaux problèmes de santé de causes de mortalité chez les jeunes filles de 15-19 ans. 2015.
5. Young MINDS. Epidémiologie de santé mentale des enfants. www.ipubli.inserm.fr/bitstream/and; 2013.
6. ESCC (2002). Rapport de l'Organisme britannique œuvrant dans la santé mentale des jeunes
7. OMS et ASPC. Neurologie, 2ème éd. 2002.
8. OMS. Rapport sur les besoins non satisfaits en santé mentale. 2012.

9. OMS. Rapport sur la santé mentale des populations en situations d'urgence. 2014.
10. Musenga TJ, Mushiya TM, Lushiku BC. Prévalence des troubles mentaux et comportementaux dans les structures spécialisées de la Ville de Kananga de 2017 à 2021. *Eclat de Ceridac*. 2022; 2,112-126.
11. Musenga TJ. Les problèmes de santé mentales des jeunes de 12-25 ans dans la ville de Kananga : Rapport du Programme National de Santé Mentale Kasai Central-Kananga. 2022.
12. Programme National de Santé Mentale. Rapport d'état des lieux sur la santé mentale à Kananga. Programme National de Santé Mentale, République Démocratique du Congo. 2015.
13. Grundemanin N et Schellart O. Pourquoi pas moi, Kinshasa. 1991.
14. Kapuba A. Etude sur la santé mentale des jeunes de 12 à 25 ans dans la ville de Kananga. 2014.
15. Lamoureux S. Problèmes de santé mentale des jeunes de 12 à 25 ans scolarisés au Canada. 2004.