

Évolution de la santé psychologique d'étudiantes en psychoéducation pendant la pandémie liée à la COVID-19 : le rôle du soutien social et des stratégies d'adaptation

The evolution of psychological well-being among psychoeducation students during the COVID-19 pandemic: The role of social support and coping strategies

Lyse Turgeon, Julie Goulet, Pierrich Plusquellec, Jonathan Lévesque and Frédéric Nault-Brière, †

Volume 52, Number 1, 2023

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1099292ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1099292ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue de Psychoéducation

ISSN

1713-1782 (print)

2371-6053 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Turgeon, L., Goulet, J., Plusquellec, P., Lévesque, J. & Nault-Brière, F. (2023). Évolution de la santé psychologique d'étudiantes en psychoéducation pendant la pandémie liée à la COVID-19 : le rôle du soutien social et des stratégies d'adaptation. *Revue de psychoéducation*, 52(1), 158–189. <https://doi.org/10.7202/1099292ar>

Article abstract

The aim of this study was to examine the evolution of psychological health among psychoeducation students during the crisis associated with COVID-19. One hundred and fifty-nine students (90 % of women), selected from a sample of 876 students, completed a series of questionnaires at two times: before COVID-19 in October 2019 (Time 1), and during the COVID-19 in January 2021 (Time 2). Questionnaires assessed depression, anxiety, stress, social support, coping strategies, knowledge and use of psychological services on the campus, as well as stressful life events. The results showed that the crisis associated with COVID-19 pandemic did not affect all the students on the same way. Undergraduate students and students who used coping strategies such as avoidance and self-blame attributions before the pandemic showed a deterioration of their psychological well-being. On the other hand, graduate students, those who used coping strategies focused on the problem and those who benefit from a good social support from their families before the pandemic showed an improvement of their psychological well-being. The discussion presents solutions to improve psychological well-being among students.

Évolution de la santé psychologique d'étudiantes en psychoéducation pendant la pandémie liée à la COVID-19 : le rôle du soutien social et des stratégies d'adaptation

The evolution of psychological well-being among psychoeducation students during the COVID-19 pandemic: The role of social support and coping strategies

L. Turgeon¹
J. Goulet¹
P. Plusquellec¹
J. Lévesque¹
F. Nault-Brière^{1,†}

¹ École de psychoéducation,
Université de Montréal

† Décédé le 23 juin 2020

Résumé

L'objectif de cette étude est de documenter l'évolution de la santé psychologique d'étudiantes en psychoéducation durant la crise liée à la COVID-19. Cent cinquante-neuf étudiantes de psychoéducation (90 % de femmes), sélectionnées à partir d'un échantillon plus vaste de 876 étudiantes, ont rempli des questionnaires à deux temps de mesure : avant la COVID-19 en octobre 2019 (Temps 1) et durant la COVID-19 en janvier 2021 (Temps 2). Les questionnaires portaient notamment sur la dépression, l'anxiété, le stress, le soutien social, les stratégies d'adaptation, la connaissance et l'utilisation des services de soutien psychologique sur le campus et les événements de vie stressants. Les données montrent que la pandémie liée à la COVID-19 n'a pas affecté toutes les étudiantes de la même façon. Les étudiantes de premier cycle et celles qui utilisaient davantage des stratégies d'adaptation comme l'évitement ou les attributions auto-accusatrices avant cette crise ont vu une détérioration de leur santé psychologique pendant la crise. Les étudiantes de maîtrise, celles qui utilisaient des stratégies d'adaptation centrées sur le problème et celles qui bénéficiaient d'un bon soutien de la part des membres de leurs familles avant la crise ont plutôt vu une amélioration de leur santé psychologique. Des pistes de solution sont présentées pour améliorer le bien-être étudiant.

Mots-clés : santé psychologique, étudiants, université, psychoéducation, anxiété, dépression, soutien social, stratégies d'adaptation.

Abstract

The aim of this study was to examine the evolution of psychological health among psychoeducation students during the crisis associated with COVID-19. One hundred and fifty-nine students (90 % of women), selected from a

Correspondance :

Lyse Turgeon
École de psychoéducation
Université de Montréal
C. P. 6128, succursale Centre-ville, Montréal (Québec) H3C 3J7
lyse.turgeon@umontreal.ca

sample of 876 students, completed a series of questionnaires at two times: before COVID-19 in October 2019 (Time 1), and during the COVID-19 in January 2021 (Time 2). Questionnaires assessed depression, anxiety, stress, social support, coping strategies, knowledge and use of psychological services on the campus, as well as stressful life events. The results showed that the crisis associated with COVID-19 pandemic did not affect all the students on de same way. Undergraduate students and students who used coping strategies such as avoidance and self-blame attributions before the pandemic showed a deterioration of their psychological well-being. On the other hand, graduate students, those who used coping strategies focused on the problem and those who benefit from a good social support from their families before the pandemic showed an improvement of their psychological well-being. The discussion presents solutions to improve psychological well-being among students.

Keywords: Key words : psychological health, students, university, psychoeducation, anxiety, depression, social support, coping strategies

Introduction

La santé psychologique des étudiants¹ universitaires constituait déjà un enjeu de première importance avant la pandémie liée à la COVID-19, qui a exacerbé les difficultés chez certains d'entre eux. De nombreuses études ont confirmé ce phénomène (Debowska et al., 2020; Essadek et Rabeyron, 2020; Institut de la statistique du Québec, 2020; Khan et al., 2020). Cependant, à ce jour, peu d'études longitudinales ont été réalisées, ce qui permet difficilement de confirmer la détérioration de la santé psychologique chez cette population. Par ailleurs, peu d'études ont examiné les différences entre les domaines d'études en ce qui a trait à la santé psychologique des étudiants. Si un bon équilibre psychologique est important pour tous les individus, il le serait encore plus pour les étudiants en formation dans des disciplines liées à la relation d'aide, en raison des enjeux spécifiques qu'ils rencontrent (Boisvert, 2018). L'objectif de cette étude est de documenter la santé psychologique chez des étudiantes dans une discipline liée à la relation d'aide (psychoéducation), de manière longitudinale. Plus spécifiquement, l'étude vise à décrire l'évolution de la santé psychologique (dépression, anxiété, stress) durant la pandémie liée à la COVID-19, à examiner le rôle du soutien social et des stratégies d'adaptation et à comparer les étudiantes selon le niveau d'étude.

¹ Nous avons choisi d'utiliser le masculin pour désigner la population étudiante en général afin d'alléger le texte. Par contre, pour désigner la population étudiante de psychoéducation, nous avons pris la décision d'utiliser le féminin compte tenu que les femmes sont majoritaires à 90 %.

Contexte théorique

Il est important de se préoccuper de la santé psychologique des étudiants étant donné les conséquences néfastes associées à la détresse. Sur le plan scolaire, la détresse psychologique est liée à des résultats plus faibles et même à l'abandon des études (Eisenberg, 2009; Roh et al., 2010; Stallman, 2010). Les étudiants qui vivent davantage de détresse sont plus nombreux à s'isoler, font moins d'exercice physique et présentent de moins bonnes habitudes alimentaires et de sommeil (Commission de la santé mentale du Canada [CSMC], 2017), ce qui peut en retour contribuer à augmenter les symptômes de dépression et d'anxiété.

Bien avant l'avènement de la crise liée à la COVID-19, les chercheurs avaient commencé à s'intéresser à la santé psychologique des étudiants universitaires (Dadonna, 2011; Grégoire et al, 2016; Paré et Marcotte, 2014; Prince, 2015). Depuis, plusieurs études ont montré les effets négatifs de la pandémie liée à la COVID-19 sur la santé psychologique des étudiants universitaires, notamment aux États-Unis (Roche et al., 2022), en France (Essadek et Rabeyron, 2020), en Belgique (Schmits et al., 2021), en Espagne (Odriozola-Gonzalez et al., 2020), en Pologne (Debowska et al., 2020), en Australie (Dodd et al., 2021; Lyons et al., 2020), en Chine (Cao et al., 2020; Chen et al., 2020), en Inde (Verma, 2020) et au Bangladesh (Khan et al., 2020).

La plupart de ces études sont des enquêtes populationnelles réalisées à un seul temps de mesure ou encore à deux temps de mesure, mais avec des cohortes différentes. Jusqu'à maintenant, peu d'études longitudinales ont été réalisées pour suivre l'évolution de la santé psychologique des étudiants durant la pandémie liée à la COVID-19 et encore moins ont permis de comparer les taux de détresse avant et pendant la pandémie. Hamza et al. (2021) ont réalisé une des rares études avec des données recueillies avant la pandémie liée à la COVID-19. Ils ont comparé des données pré-pandémie recueillies en mai 2019 à des données durant la pandémie en mai 2020. Ils ont interrogé 773 étudiants universitaires canadiens. Leurs résultats étonnants montrent que les étudiants qui avaient une santé psychologique précaire avant la pandémie ont vu une amélioration de leur état après un an, alors que ceux dont la santé psychologique se situait dans la norme avant la pandémie ont vu une détérioration de leur état. Hamza et al. (2021) expliquent ce résultat par l'augmentation de l'isolement social chez les étudiants du deuxième groupe. Les auteurs émettent l'hypothèse que les étudiants qui souffraient déjà de conditions psychologiques au premier temps de mesure étaient possiblement habitués à l'isolement social. Ils suggèrent par ailleurs de mettre en place des stratégies de prévention qui ciblent non seulement les étudiants à risque, mais aussi toute la communauté étudiante.

Benham (2020) a aussi mené une étude longitudinale auprès de 1 222 étudiants américains de premier cycle universitaire. Le niveau de stress a été évalué à trois reprises, soit avant la pandémie liée à la COVID-19 et deux fois pendant. Les résultats montrent une diminution des manifestations de stress. Néanmoins cette diminution est perceptible uniquement entre le premier temps de mesure (automne

2019) et le troisième temps de mesure à l'été 2020. Or, le stress vécu durant la période estivale est généralement moins élevé chez les étudiants, ce qui pourrait avoir biaisé les conclusions.

Malgré ces premiers résultats, il semble difficile de tirer des conclusions claires sur l'évolution de la santé psychologique étudiante durant la pandémie liée à la COVID-19, compte tenu du nombre limité d'études longitudinales. Par ailleurs, on connaît encore mal les facteurs de risque et de protection, que ce soit chez les étudiants plus vulnérables et à l'inverse, chez ceux qui ont le mieux réussi à traverser la crise liée à la COVID-19. Pourtant, de meilleures connaissances à cet égard pourraient permettre de suggérer des pistes d'action et de prévention plus ciblées.

Plusieurs facteurs sont susceptibles d'influencer la détresse psychologique chez les étudiants. Parmi les caractéristiques sociodémographiques, les femmes, les étudiants célibataires et ceux dont le statut socioéconomique est plus faible présentent davantage de symptômes anxieux et dépressifs (Dyrbye, 2006; Ibrahim et al., 2013). Les étudiants plus jeunes et de premier cycle sont généralement plus à risque (Eisenberg et al., 2007; 2013).

Les étudiants dans des domaines liés à la relation d'aide pourraient être exposés à des défis spécifiques et vivre plus de détresse psychologique, en partie en raison de l'expérience liée aux stages dans les milieux de pratique (Boisvert, 2018). Si ces stages peuvent être vécus comme une expérience très enrichissante et stimulante, ils peuvent aussi constituer une expérience anxiogène étant donné qu'ils sollicitent autant les savoirs, les savoir-faire que les savoir-être, dans des contextes moins contrôlés que les salles de classe (Jogaratham et Buchana, 2004). Le défi peut être encore plus important pour les jeunes en début de parcours universitaire, dont les expériences de vie sont encore limitées et les stratégies d'adaptation encore en développement, les rendant plus vulnérables à la contagion émotionnelle (Boisvert, 2018). Pour ces raisons, les étudiants en relation d'aide pourraient être plus à risque de vivre de la détresse psychologique. Il est important de se préoccuper de leur santé psychologique puisqu'ils deviendront des intervenants pour qui l'état de bien-être est essentiel à la réalisation d'un travail de qualité (*American Psychological Association* [APA], 2016).

Les données de l'enquête de la Fédération des associations étudiantes du campus de l'Université de Montréal [FAÉCUM] (2016) ont été analysées séparément pour les étudiantes de l'École de psychoéducation (FAÉCUM, 2019). Au total, 195 étudiantes ont pris part à l'enquête. Les résultats indiquent que celles-ci présentent des niveaux de détresse psychologique et d'épuisement professionnel un peu plus élevés en comparaison avec l'ensemble de la population étudiante de l'Université de Montréal. Ainsi, 70 % d'entre elles rapportent vivre une détresse psychologique élevée, en comparaison à 64 % pour l'ensemble de la communauté étudiante. Les étudiantes de psychoéducation montrent également plus de symptômes d'épuisement professionnel, en particulier sur la sous-échelle d'épuisement émotionnel. La différence entre les étudiantes de psychoéducation et l'ensemble de

la population étudiante n'est peut-être pas très grande, mais il demeure que cette détresse est préoccupante chez des personnes appelées à intervenir auprès de populations vulnérables.

Les résultats d'une enquête qualitative réalisée en 2019 auprès de 82 étudiantes de psychoéducation, de professeurs, de chargés de cours, de superviseurs de stages et de membres du personnel de soutien avaient fait ressortir certains facteurs influençant positivement et négativement la santé psychologique étudiante. Entre autres éléments, les résultats avaient permis de constater que les étudiantes en début de parcours universitaire étaient plus vulnérables. Parmi les facteurs liés à une bonne santé psychologique, le rôle du soutien social et des stratégies d'adaptation est ressorti de manière importante (Turgeon et al., 2023).

La présence d'un bon soutien social constitue un élément important pour assurer la réussite scolaire des étudiants universitaires et le maintien d'une bonne santé psychologique (*Canadian Association of College and University Student Services et Canadian Mental Health Association*, 2013; Farrer et al., 2016). Le soutien social se définit par l'existence ou la disponibilité de personnes sur qui on peut compter, qui prennent soin de nous, qui nous valorisent et qui nous aiment (Nicolas, 2009). Quant au soutien social perçu, il se définit par la croyance que cette aide sera disponible en cas de besoin (Nicolas, 2009). La littérature a montré que le soutien social perçu joue un rôle de protection entre le stress et le bien-être psychologique (Alsubaie et al., 2019; Holt et Espelage, 2005). En fait, la relation entre le soutien social et une santé psychologique saine est établie depuis quelques années (Kawachi et Berkman, 2001). Par exemple, les adolescents réussissent à trouver des solutions à leurs problèmes grâce au soutien qu'ils reçoivent de leurs amis, de leurs enseignants et des membres de leur famille (Holt et Espelage, 2005). À l'inverse, des relations interpersonnelles négatives, la perception que ces relations sont négatives, un faible soutien social ou un sentiment de solitude sont associés à des problèmes psychologiques, dont la dépression et l'anxiété chez les étudiants universitaires (Hipkins et al., 2004; Matthews et al., 2016; McCarthy et al., 2002; Union étudiante du Québec, 2019).

Les stratégies d'adaptation des étudiants jouent également un rôle primordial dans leur bien-être psychologique. Par exemple, des études ont montré un lien entre des stratégies d'adaptation positives (p. ex. résolution de problèmes) et la détresse psychologique; à l'inverse, l'utilisation des stratégies négatives comme la consommation abusive de substances serait associée à plus de détresse (Deasy et al., 2014; Dennhardt et Murphy, 2011). Les programmes axés sur l'apprentissage de stratégies d'adaptation sont reconnus pour diminuer le risque d'épuisement professionnel chez les infirmières (Lee et al., 2016). Chez les étudiants universitaires, les stratégies d'adaptation sont vues comme l'un des plus importants facteurs de résilience en contexte d'adversité (Byrd et al., 2012).

En somme, les données présentées jusqu'à maintenant montrent que la détresse psychologique est un problème d'une importance capitale chez les étudiants universitaires. Cependant, les données longitudinales en ce qui concerne l'impact de la pandémie liée à la COVID sont encore limitées et parfois contradictoires. Le rôle du soutien social et des stratégies d'adaptation sera également considéré, pour examiner dans quelle mesure ces variables permettent de distinguer les étudiantes qui ont vécu ou pas une détérioration de leur santé psychologique durant la pandémie liée à la COVID-19. Il est par ailleurs important de documenter la détresse psychologique chez les étudiants en relation d'aide étant donné que peu d'études ont examiné cette population jusqu'à maintenant. Des meilleures connaissances à ce niveau permettront de mettre en place des interventions et des services qui répondent mieux à leurs besoins spécifiques.

Objectifs

Cette étude vise à décrire l'évolution de l'état de santé psychologique des étudiantes de l'École de psychoéducation de l'Université de Montréal durant la pandémie liée à la COVID-19. Plus précisément, le premier objectif est d'examiner si les symptômes dépressifs, anxieux et de stress ont évolué avec l'avènement de la COVID-19. Un deuxième objectif est d'examiner l'évolution des connaissances et de l'utilisation des services d'aide en santé psychologique. Le troisième objectif est d'examiner l'impact de différents modérateurs, dont le niveau d'études, les événements de vie stressants et un diagnostic de santé mentale sur l'évolution de la santé psychologique. Le dernier objectif est d'examiner l'impact du soutien social et des stratégies d'adaptation sur la santé psychologique des étudiantes.

Méthodologie

Échantillon et procédure

L'échantillon est composé de 159 étudiantes, sélectionnées à partir d'un échantillon plus vaste de 876 étudiantes ayant pris part à une enquête sur la santé psychologique. Elles ont été retenues parce qu'elles ont rempli des questionnaires à deux temps de mesure : T1 (en octobre 2019, avant la COVID-19) et T2 (janvier 2021, à l'apogée de la deuxième vague de COVID-19 et à la suite du deuxième confinement). L'invitation à participer à l'étude a été envoyée par courriel à toutes les étudiantes de baccalauréat, de maîtrise et de doctorat de l'École de psychoéducation de l'Université de Montréal. Les participantes ont signé un formulaire de consentement. L'étude a par ailleurs été approuvée par le comité d'éthique de l'Université de Montréal. Les participantes ont rempli les questionnaires en ligne, d'une durée d'environ 45 minutes. Une section présentant une liste de ressources pour les participantes ressentant le besoin de consulter pour des difficultés psychologiques a été insérée.

Mesures

Questionnaire général

Un questionnaire général comportait des questions sur l'âge, le genre, le niveau d'études et les ressources financières. Une question portait aussi sur les diagnostics antérieurs reliés à un problème de santé psychologique (oui/non). Les étudiantes étaient invitées à spécifier le ou les troubles de santé mentale diagnostiqués le cas échéant. Une question portait sur les événements de vie stressants vécus au cours de la dernière année (oui/non; p. ex., fin d'une relation, décès dans la famille, maladie) et à spécifier le ou les événements au besoin. Une série de questions portait également sur l'utilisation des services d'aide psychologique. Notamment, les étudiantes devaient indiquer si elles avaient déjà reçu des services d'aide (oui/non), si elles connaissaient les services pour la santé psychologique sur le campus (pas du tout/ un peu/ moyennement/beaucoup), si elles s'étaient déjà informées par rapport à ces services (oui/non) et si elles en avaient déjà bénéficié (oui/non).

Indicateurs de santé psychologique

Symptômes dépressifs. L'Inventaire de dépression de Beck II (Beck et al., 1998), traduction du *Beck Depression Inventory* (Beck et al., 1996) a été utilisé pour évaluer les symptômes de dépression. Cet instrument comprend 21 questions mesurant les symptômes dépressifs durant les deux dernières semaines. Chacune des questions est cotée sur une échelle en quatre points (0 à 3). Les cotes sont ensuite additionnées afin d'établir un score global variant entre 0 et 63 (Beck et al., 1998). Les normes établies permettent d'identifier quatre niveaux de sévérité : aucune dépression (0-13), dépression légère (14-19), dépression modérée (20-28) et dépression sévère (29 et plus). Selon différentes études menées dans des populations générales, un score au-dessus de 13 indiquerait un niveau clinique de dépression (von Glischinski et al., 2019). Selon des études menées auprès d'étudiants universitaires, un point de coupure de 20 serait indiqué pour détecter un épisode de dépression majeure selon les critères du DSM-5 (Dozois et al., 1998; Shean et Baldwin, 2010; Vasegh et Baradaran, 2014). Dans la présente étude, l'outil présente une excellente cohérence interne aux deux temps de mesure (T1 $\alpha = 0,88$; T2 $\alpha = 0,89$).

Anxiété situationnelle et de trait. L'Inventaire d'anxiété situationnelle et de trait (Gauthier et Bouchard, 1993), traduction du *State-Trait Anxiety Inventory* (Spielberger et al., 1983), a été utilisé afin d'évaluer les symptômes d'anxiété. L'instrument comporte deux échelles : l'anxiété situationnelle, qui fait référence à l'anxiété ressentie dans l'immédiat et l'anxiété de trait, qui évalue la propension à être anxieux de manière générale. Chacune des dimensions est mesurée à partir de 20 items sur une échelle de Likert en quatre points (1 = presque jamais, 2 = parfois, 3 = souvent, 4 = presque toujours). Un score moyen a été calculé à partir des 20 items pour chaque échelle. Dans la présente étude, trois niveaux de sévérité ont été établis en fonction de l'échelle de mesure : léger (< 2,5), modéré (entre 2,5 et < 3,5) et sévère (3,5 et plus). Les étudiantes qui se trouvent dans la catégorie

sévère rapportent vivre le symptôme évalué « presque toujours » à au moins la moitié des questions. Celles dans la catégorie modérée ont répondu « souvent » (ou une combinaison équivalente avec « presque toujours ») à une majorité des items. Les étudiantes dans le niveau léger répondent en deçà de « parfois » à la moitié des items. Dans la présente étude, les deux échelles présentent une excellente cohérence interne aux deux temps de mesure ($\alpha = 0,93- 0,94$).

Stress perçu. La version abrégée de l'Échelle de stress perçu (Cohen et al., 1983; traduction de Lesage et al., 2012) a permis d'évaluer dans quelle mesure les étudiantes considèrent que leur vie est imprévisible, incontrôlable et surchargée. Dix items sur une échelle de Likert en cinq points (0 = jamais, 1 = presque jamais, 2 = quelquefois 3 = souvent et 4 = très souvent) sont été utilisés pour déterminer la fréquence des pensées et des sentiments liés au stress dans le dernier mois. Le score total peut varier entre 0 et 40. Des points de coupure utilisés dans d'autres études (Ramesh Bhat et al., 2011; Swaminathan et al., 2015; Thangaraj et D'Souza, 2014) ont été utilisés pour déterminer trois niveaux de sévérité : léger (0-13) modéré (14-26) et sévère (27-40). Dans la présente étude, l'outil présente une bonne cohérence interne aux deux temps de mesure (T1 $\alpha = 0,78$; T2 $\alpha = 0,87$).

Soutien social (T2).

Le soutien social perçu a été mesuré par la traduction du *Multimensional Scale of Perceived Social Support* (Zimet et al., 1988; traduction libre). Cet outil compte 12 items cotés sur une échelle de Lickert en sept point (1 = très fortement en désaccord à 7 = très fortement en accord) mesurant trois dimensions du soutien social : le soutien d'une personne significative, le soutien de la famille et le soutien des amis. Un score moyen a été calculé pour chacune des dimensions. Les trois dimensions mesurées présentent une excellente consistance interne ($\alpha = 0,93- 0,96$).

Stratégies d'adaptation (T2).

Les stratégies d'adaptation (ou stratégies de *coping*) ont été mesurées à l'aide de la traduction francophone (Cousson-Gélié et al., 1996) du *Ways of Coping Checklist-Revised* (Folkman et Lazarus, 1980). L'outil mesure trois types de stratégies : 1) les stratégies d'adaptation axées sur le problème, 2) les stratégies d'adaptation axées sur les attributions auto-accusatrices et l'évitement et 3) les stratégies d'adaptation centrées sur le soutien social. Les répondants doivent d'abord identifier une situation stressante vécue durant les derniers mois, puis indiquer dans quelle mesure ils ont utilisé les stratégies proposées sur une échelle de Lickert en cinq points (0 = non; 1 = plutôt non; 2 = ni oui, ni non; 3 = plutôt oui; 4 = oui). Un score moyen a été calculé pour chacune des dimensions. Dans la présente étude, les différentes dimensions des stratégies d'adaptation présentent une bonne consistance interne ($\alpha = 0,76 - 0,80$).

Niveau d'étude

Dans le questionnaire général, les étudiantes ont indiqué leur année et leur cycle d'études au T1 et au T2. Trois niveaux d'études ont été établis : les étudiantes qui étaient au baccalauréat au T1 et au T2 ($n = 109$), les étudiantes qui ont fait la transition entre le baccalauréat et la maîtrise entre le T1 et le T2 ($n = 34$) et les étudiantes qui étaient aux cycles supérieurs dès le premier temps de mesure ($n = 16$).

Stratégie analytique

Les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel IBM SPSS (version 27). Des analyses descriptives ont d'abord permis de brosser le portrait de la santé psychologique des étudiantes aux deux temps de mesure. Ensuite, des analyses de variance mixtes à mesures répétées avec facteur inter-sujet ont permis de vérifier si l'évolution des symptômes dépressifs, anxieux et de stress différait pour certains groupes d'étudiantes. Notamment, le rôle modérateur du niveau d'étude, d'un diagnostic de problème de santé mentale et des événements de vie stressants avant la pandémie liée à la COVID-19 (T1) a été mesuré. Des comparaisons par paires ont permis d'évaluer l'évolution des symptômes dans chaque groupe des modérateurs à l'étude. Une correction de Bonferroni a été appliquée pour les comparaisons multiples.

Afin de vérifier si les différentes dimensions du soutien social et des stratégies d'adaptation sont associées aux indicateurs de santé psychologique (symptômes dépressifs, anxieux et de stress) des analyses de régressions linéaires multiples de type hiérarchique ont été effectuées pour chacun de ces indicateurs de santé psychologique. Les prédicteurs ont été entrés en trois blocs. Le premier bloc inclut les variables de contrôle (genre, âge et ressources financières). Dans le deuxième bloc, les variables de soutien social ont été incluses. Dans le troisième bloc, les stratégies d'adaptation centrées sur les problèmes ont été incluses. Ces variables ont été choisies parce qu'il semblait plus pertinent d'inclure des variables qui reflétaient le soutien reçu de même que les stratégies mises en place pour affronter les difficultés de manière concomitante à la détresse psychologique vécue. Ce sont donc les liens transversaux entre la santé psychologique et ses déterminants qui ont été mesurés.

Résultats

Données sociodémographiques

Les données sociodémographiques au premier temps de mesure (T1) sont présentées dans le Tableau 1. L'échantillon est composé principalement de femmes. La majorité ont 25 ans et moins. Un peu plus de la moitié indiquent être en couple et une minorité ont des enfants. La majorité des participantes rapportent avoir des ressources financières adéquates par rapport à leurs besoins.

Tableau 1*Données sociodémographiques au T1*

Genre	% (n)
Féminin	93,7(149)
Masculin	6,3(10)
Catégorie d'âge	
< 25 ans	78(135)
26-35 ans	11,3(18)
36-45	3,1(5)
> 45	0,6(1)
État civil	
En couple	54,1(86)
Célibataire	45,9(73)
Enfants à charge	5,7(9)
Ressources financières	
Nettement insuffisantes	6,3(10)
Légèrement insuffisantes	19,5(31)
Adéquates	59,7(95)
Excédantes	114,5(23)

Diagnostiques, événements majeurs et services d'aide

Le Tableau 2 présente les données sur les diagnostics psychologiques antérieurs, l'utilisation des services d'aide, la connaissance de ces services et les événements de vie stressants. Environ le quart des répondantes indiquent avoir déjà reçu un diagnostic relié à leur santé mentale. Ces taux sont très semblables aux deux temps de mesure. La majorité des diagnostics rapportés sont des troubles anxieux (surtout le trouble d'anxiété généralisée) et des troubles de l'humeur (p. ex. dépression). Au T1, plusieurs étudiantes (42,8 %) rapportent avoir vécu un événement de vie stressant au cours de la dernière année comme le décès d'un proche, la maladie d'un membre de la famille ou la fin d'une relation amoureuse. Ce taux est de 56 % au T2, durant la pandémie.

Au T1, plus de la moitié des répondantes rapportent avoir déjà reçu des services d'aide psychologique; ce taux augmente de 6 % au T2. Au T1, 47 % des étudiantes ne connaissent pas ou peu les services d'aide psychologique offerts sur le campus. Très peu ont indiqué qu'elles connaissaient beaucoup les services offerts; ces taux sont assez similaires aux T1 et T2. Au T1, un peu plus du quart des répondantes indiquent s'être informées sur les services d'aide sur le campus. Ce pourcentage a augmenté de près de 15 % durant la pandémie. Néanmoins, autant au T1 qu'au T2, une minorité d'étudiantes ont bénéficié des services.

Tableau 2*Santé mentale et utilisation des services d'aide au T1 et au T2 (n =159)*

	T1 % (n)	T2 % (n)
Santé Mentale		
Dx de santé mentale ^a	23,9(38)	26,4(42)
Événements de vie majeurs	42,8(68)	56(89)
Utilisation d'un service d'aide	52,8(84)	58,5(93)
Connaissance des services d'aide à l'université X		
Pas/peu connus	47,2(75)	45,9(73)
Moyennement connus	44(70)	42,8(68)
Beaucoup connus	8,8(14)	11,3(18)
S'est informée p/r aux services d'aide	27,7(44)	42,8(68)
Utilisation des services d'aide	8,2(13)	8,8(14)

Note. ^a T1 n = 158; T2 n = 156; Dx = diagnostic.

Portrait descriptif de la santé psychologique selon les niveaux de sévérité

Les données descriptives relatives aux symptômes dépressifs, anxieux et liées au stress selon les différents niveaux de sévérité pour les T1 et T2 sont présentées à la Figure 1.

Symptômes dépressifs

Aux T1 et T2, environ le tiers des étudiantes ont des scores de dépression de 13 et plus, ce qui correspond à un niveau clinique selon les critères de von Glischinski et al. (2019). Si on considère le point de coupure de 20, qui correspond à un épisode de dépression majeure d'après les critères du DSM (Dozois et al., 1998; Shean et Baldwin, 2010; Vasegh et Baradaran, 2014), ce sont respectivement 17 % des étudiantes au T1 et 19 % au T2 qui présenteraient des signes importants de dépression.

Symptômes anxieux

Environ le tiers des étudiantes présentent un niveau modéré ou sévère d'anxiété, c'est-à-dire qu'elles ont indiqué vivre « souvent » ou « presque toujours » la majorité des symptômes anxieux. Au T2, elles sont légèrement moins nombreuses à présenter un niveau d'anxiété sévère; quelques étudiantes de plus présentent un niveau modéré d'anxiété.

Stress perçu

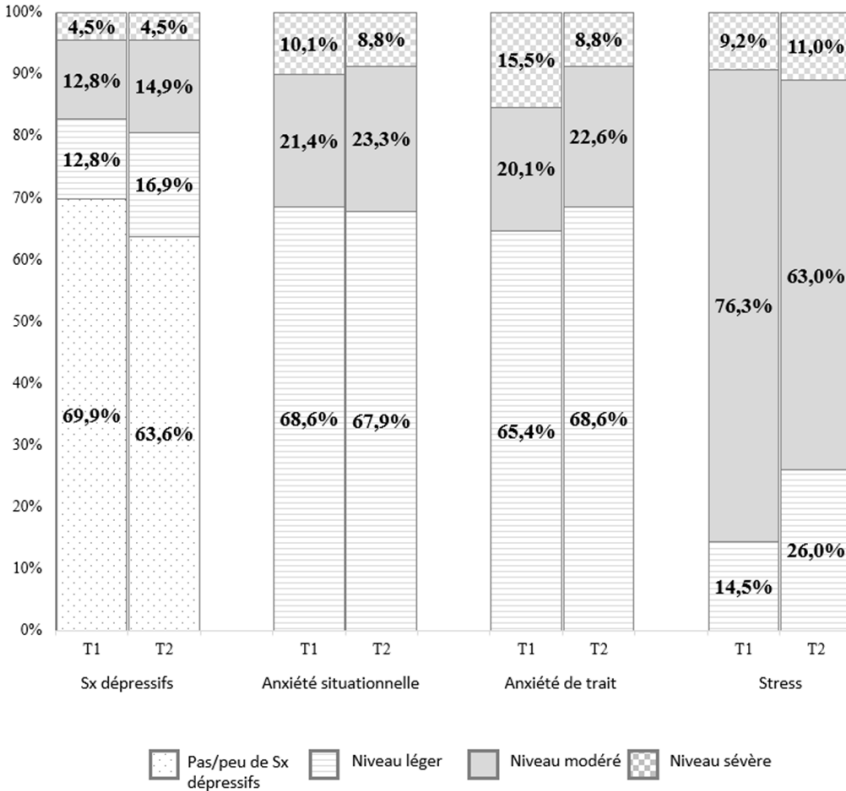
Aux T1 et T2, environ une étudiante sur 10 présente un niveau élevé de stress. Au T1, près de 75 % se situent au niveau modéré et ce taux diminue de 12 %

au T2. Par rapport au T1, près du double des étudiantes indiquent vivre un niveau léger de stress au T2.

En somme, les données descriptives montrent qu'un pourcentage important d'étudiantes rapportent des symptômes de dépression, d'anxiété et de stress. Cependant, ces taux sont assez semblables entre la collecte de données avant la pandémie liée à la COVID-19 et celle qui a été réalisée pendant.

Figure 1

Niveaux de sévérité des différents indicateurs de santé psychologique



Évolution de la santé psychologique entre les deux temps de mesure

Des analyses de variance à mesures répétées ont permis de mesurer l'évolution des symptômes dépressifs, anxieux et de stress entre le T1 et le T2. Dans le but d'examiner si des sous-groupes d'étudiantes ont vécu des changements au niveau de la santé psychologique, des analyses de modulation ont été effectuées. Les moyennes pour l'échantillon complet de même que pour les sous-groupes sont présentées au Tableau 3. Les interactions significatives sont présentées à la Figure 2.

Tableau 3

Moyennes et différences de moyennes des indicateurs de santé psychologique aux T1 et T2

	Symptômes dépressifs				Anxiété situationnelle				Anxiété de trait				Stress perçu			
	<i>n</i>	<i>M</i> T1 (<i>ET</i>)	<i>M</i> T2 (<i>ET</i>)	Diff. T1-T2	<i>n</i>	<i>M</i> T1 (<i>ET</i>)	<i>M</i> T2 (<i>ET</i>)	Diff. T1-T2	<i>n</i>	<i>M</i> T1 (<i>ET</i>)	<i>M</i> T2 (<i>ET</i>)	Diff. T1-T2	<i>n</i>	T1 <i>M</i> (<i>ET</i>)	T2 <i>M</i> (<i>ET</i>)	Diff. T1-T2
Éch. complet	151	11,33 (8,17)	12,06 (8,47)	-0,73	159	2,22 (0,57)	2,16 (0,57)	0,06	159	2,25 (0,59)	2,19 (0,57)	0,06	147	18,99 (5,48)	18,21 (6,72)	0,78
Niveau d'études																
1 ^{er} cycle	104	11,55 (8,58)	13,10 (8,53)	-1,55 [†]	109	2,22 (0,58)	2,24 (0,54)	-0,02	109	2,26 (0,60)	2,26 (0,55)	0,00	100	18,91 (5,51)	19,14 (6,93)	-0,23
Transition	33	11,76 (7,10)	9,39 (8,24)	2,37 [†]	34	2,34 (0,47)	2,02 (0,57)	0,32 ^{***}	34	2,38 (0,47)	2,12 (0,57)	0,26 ^{***}	32	19,94 (4,40)	17,03 (5,73)	2,91 ^{**}
Supérieures	14	8,71 (7,41)	10,64 (7,66)	-1,92	16	2,00 (0,65)	1,94 (0,67)	0,06	16	1,93 (0,69)	1,91 (0,61)	0,02	15	17,53 (7,15)	14,60 (5,92)	2,93 [†]
Dx SM T1 ^a																
Oui	36	15,36 (9,30)	14,31 (8,64)	1,05	38	2,49 (0,52)	2,37 (0,49)	0,12	38	2,50 (0,57)	2,44 (0,55)	0,06	34	21,03 (4,32)	20,18 (6,45)	0,85
Non	114	10,14 (7,38)	11,41 (8,37)	-1,27	120	2,14 (0,56)	2,10 (0,58)	0,04	120	2,18 (0,58)	2,12 (0,55)	0,06	112	18,40 (5,68)	17,70 (6,70)	0,70
Évé. maj. T1																
Oui	67	13,30 (9,42)	12,52 (9,36)	0,78	68	2,38 (0,63)	2,22 (0,61)	0,16 [*]	68	2,42 (0,66)	2,26 (0,60)	0,16 ^{**}	62	20,32 (5,82)	19,18 (7,18)	1,14
Non	84	9,76 (6,66)	11,69 (7,76)	-1,93 [*]	91	2,10 (0,49)	2,11 (0,54)	-0,01	91	2,13 (0,50)	2,14 (0,54)	-0,01	85	18,02 (5,04)	17,52 (6,31)	0,50

Note. a. Une donnée est manquante au niveau des diagnostics. Dx SM = diagnostics de santé mentale; Évén. maj = événement majeur.

[†] ≤ 0,10. * $p \leq .05$. ** $p \leq .01$. *** $p \leq .001$

Figure 2

Interactions significatives entre les indicateurs de la santé psychologique et les modérateurs

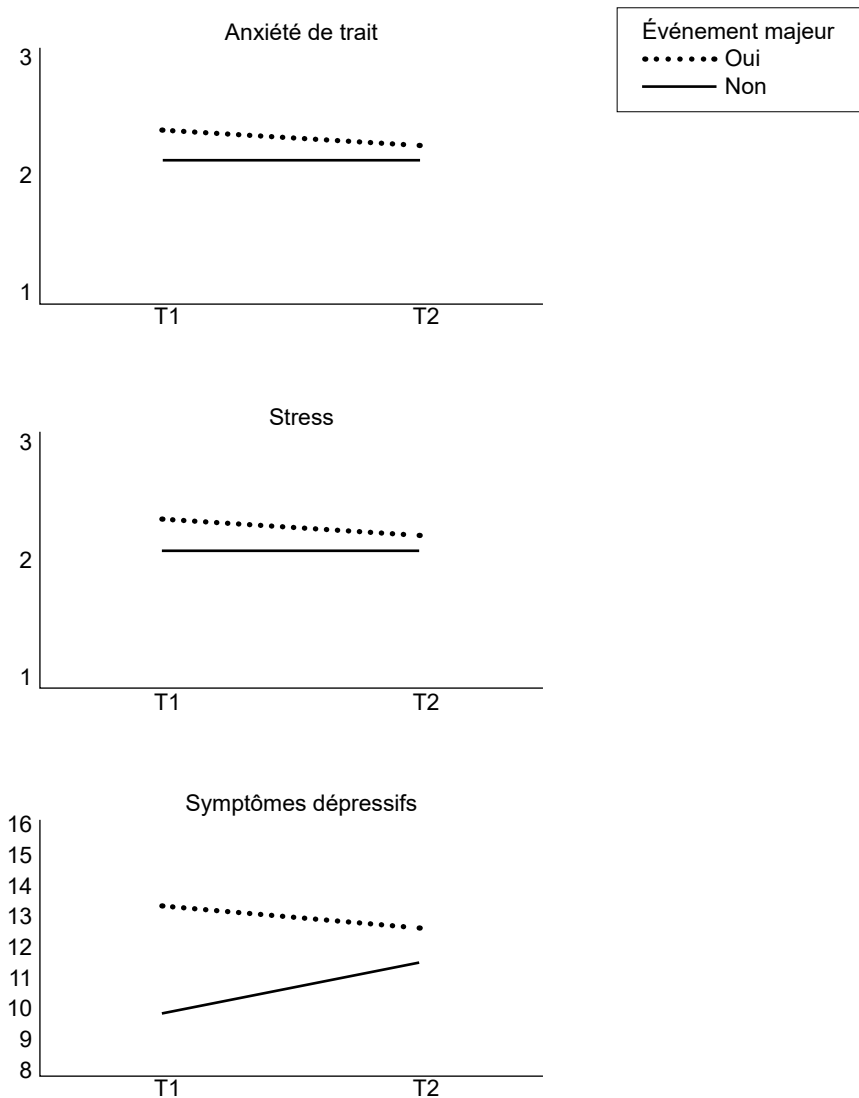
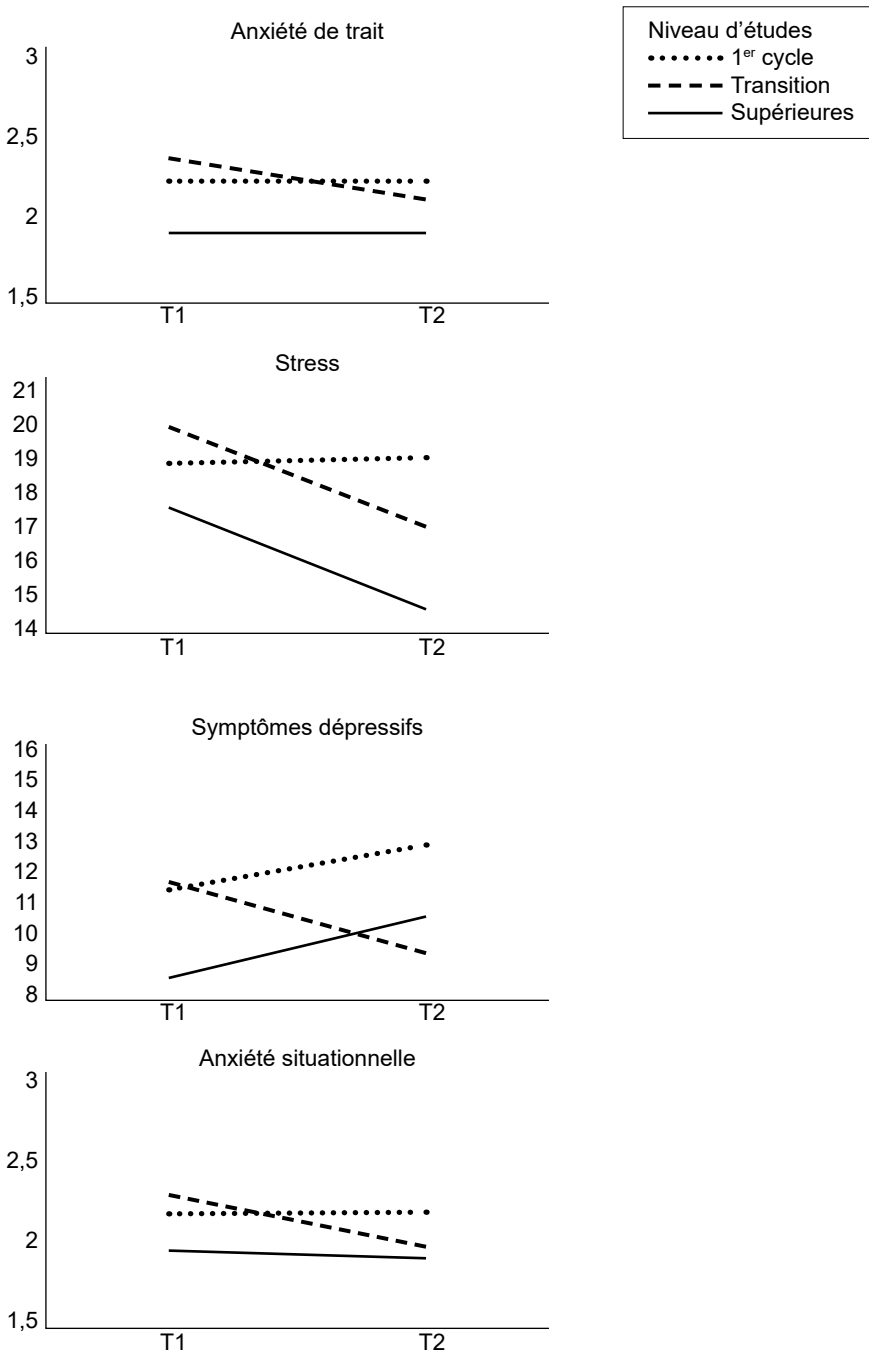


Figure 2 (suite)

Interactions significatives entre les indicateurs de la santé psychologique et les modérateurs



Symptômes dépressifs

Le niveau de symptômes dépressifs moyen au T1 et au T2 ne se distingue pas de manière significative ($F(1, 150) = 1,15, p = 0,286, \eta^2 = 0,008$). Néanmoins, des différences de moyennes s'observent chez certains groupes d'étudiantes. Les résultats indiquent une interaction marginalement significative entre le temps de mesure et le niveau d'étude ($F(2, 148) = 2,97, p = 0,054, \eta^2 = 0,039$). Ainsi, on note une augmentation significative des symptômes dépressifs entre le T1 et le T2 chez les étudiantes au baccalauréat, alors qu'on observe une diminution significative chez celles qui ont fait la transition du premier au deuxième cycle. Aucune différence n'a été trouvée pour les étudiantes déjà inscrites aux cycles supérieurs au T1. Par ailleurs, on ne trouve aucune différence dans l'évolution des symptômes dépressifs entre les étudiantes qui ont déjà reçu un diagnostic de problème de santé psychologique avant la pandémie liée à la COVID-19 et celles n'ayant jamais reçu un tel diagnostic ($F(1, 148) = 2,12, p = 0,148, \eta^2 = 0,014$). En revanche, les étudiantes qui rapportent avoir déjà vécu un événement de vie stressant dans l'année précédant la pandémie présentent une trajectoire de symptômes dépressifs différente par rapport à celles qui n'ont pas rapporté d'événement stressant ($F(1, 149) = 3,97, p = 0,048, \eta^2 = 0,026$). Chez les premières, le niveau de symptômes dépressifs est demeuré stable, alors qu'il a augmenté de manière significative chez les étudiantes qui ne rapportent pas d'événement de vie stressant avant la COVID-19.

Symptômes anxieux

Le niveau moyen d'anxiété situationnelle au T1 ne diffère pas de celui au T2 ($F(1, 158) = 1,954, p = 0,164, \eta^2 = 0,012$), tout comme le niveau moyen d'anxiété de trait ($F(1, 158) = 2,6, p = 0,108, \eta^2 = 0,016$). Au niveau des modérateurs, l'interaction entre le temps de mesure et le niveau d'étude est significative pour l'anxiété situationnelle ($F(2, 156) = 5,48, p = 0,005, \eta^2 = 0,066$) et pour l'anxiété de trait ($F(2, 156) = 3,98, p = 0,021, \eta^2 = 0,049$). Alors que le niveau moyen des symptômes anxieux est resté stable entre le T1 et T2 pour les étudiantes de baccalauréat et celles aux études supérieures, les étudiantes qui ont vécu une transition du premier cycle aux cycles supérieurs ont vu leur niveau d'anxiété situationnelle et de trait diminuer. Aucune différence significative n'a été notée quant à l'évolution des symptômes anxieux auprès des étudiantes ayant reçu ou non un diagnostic de santé psychologique avant la pandémie, tant pour l'anxiété situationnelle ($F(1, 156) = 0,59, p = 0,444, \eta^2 = 0,004$) que pour l'anxiété de trait ($F(2, 156) = 0,004, p = 0,950, \eta^2 = 0,000$). Une interaction marginale entre le temps de mesure de l'anxiété situationnelle et les événements de vie stressants ($F(1, 157) = 3,36, p = 0,069, \eta^2 = 0,021$) montre que l'évolution des symptômes diffère entre les étudiantes qui ont vécu un événement stressant durant la dernière année et celles qui n'en ont pas vécu. On observe une diminution de l'anxiété chez les étudiantes qui ont fait l'expérience d'un événement stressant, alors qu'aucun changement n'a été observé chez les étudiantes qui n'ont pas expérimenté un tel événement. Le même résultat est observé pour l'anxiété de trait ($F(1, 157) = 5,47, p = 0,021, \eta^2 = 0,034$).

Stress perçu

Les niveaux moyens de stress perçu par les étudiantes au T1 et au T2 ne diffèrent pas de manière significative ($F(1, 146) = 2,21, p = 0,140, \eta^2 = 0,015$). L'évaluation des symptômes de stress varie seulement en fonction du niveau d'études ($F(2, 144) = 4,11, p = 0,018, \eta^2 = 0,054$). On observe une diminution du stress chez les étudiantes aux cycles supérieurs et chez celles qui ont fait la transition vers les cycles supérieurs durant la pandémie, alors que les étudiantes de premier cycle ne rapportent aucun changement. Les interactions entre le temps de mesure et la présence de diagnostics psychologiques ($F(1, 144) = 0,01, p = 0,906, \eta^2 = 0,000$) ou les événements de vie stressants ($F(1, 144) = 0,36, p = 0,547, \eta^2 = 0,003$) ne sont pas significatives.

Santé psychologique, soutien social et stratégies d'adaptation

Les corrélations bivariées sont présentées au Tableau 4. Parmi les variables de contrôle (genre, âge et perception des ressources financières), seule la variable perception des ressources financières est liée aux variables de santé psychologique. Plus les étudiantes perçoivent leurs ressources financières adéquates, moins leurs symptômes de dépression, d'anxiété et de stress sont élevés. Parmi les différentes formes de soutien, seul le soutien de la famille est lié aux symptômes dépressifs, à l'anxiété (situationnelle et de trait) et au stress perçu. Plus le soutien reçu de la famille est élevé, moins les étudiantes rapportent des symptômes de dépression, d'anxiété et de stress. Des analyses de régression multiple ont permis de mesurer les liens entre le soutien social, les stratégies d'adaptation centrées sur le problème et les symptômes de dépression, d'anxiété et de stress, tout en contrôlant pour le niveau initial des symptômes et la perception des ressources financières. Seule la situation financière a été considérée comme variable de contrôle étant donné qu'il s'agit de la seule variable de contrôle significativement liée aux variables de santé psychologique.

Symptômes dépressifs

Les résultats du premier modèle de régression prédisant la variation des symptômes dépressifs sont présentés au Tableau 5. Les variables de contrôle incluses dans le premier bloc expliquent 26 % de la variance des symptômes dépressifs au T2 ($F(2, 147) = 25,56, p < 0,001$). Les symptômes dépressifs au T1 sont liés à une augmentation des symptômes dépressifs au T2, alors que la perception des ressources financières y est liée négativement, mais de manière marginale. Le deuxième bloc permet d'expliquer 4 % de variance supplémentaire ($\Delta R^2 F(3, 141) = 2,73, p = 0,046$). Parmi les variables de soutien, seul le soutien reçu par la famille est associé à une diminution des symptômes dépressifs. Le troisième bloc, dans lequel les stratégies d'adaptation ont été ajoutées, permet d'expliquer 8 % de variance supplémentaire ($\Delta R^2 F(3, 144) = 6,17, p < 0,001$). En plus du soutien offert par la famille, les stratégies axées sur la résolution de problèmes sont liées à une diminution des symptômes dépressifs, alors que l'évitement et les attributions auto-accusatrices sont liées à une augmentation des symptômes dépressifs. Les stratégies d'adaptation centrées sur le soutien social ne sont pas liées aux symptômes dépressifs.

Tableau 4*Corrélations entre les variables incluses dans les modèles de régression*

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.
1. Sexe	-																
2. Âge	0,05	-															
3. Fiances	0,04	-0,26***	-														
4. Sx. dép. (T1)	-0,03	-0,11	-0,19*	-													
5. Anx. sit. (T1)	0,07	-0,07	-0,20*	0,75***	-												
6. Anx. trait (T1)	0,02	-0,13	-0,17*	0,78***	0,91***	-											
7. Stress (T1)	0,06	-0,11	-0,15	0,71****	0,82****	0,85***	-										
8. Sx. dép. (T2)	-0,03	-0,02	-0,19*	0,50***	0,39***	0,43***	0,44***	-									
9. Anx. sit. (T2)	0,03	-0,05	-0,17*	0,44***	0,52***	0,55***	0,49***	0,78***	-								
10. Anx. trait (T2)	0,01	-0,07	-0,17*	0,55***	0,58***	0,68***	0,59***	0,77***	,861***	-							
11. Stress (T2)	-0,03	-0,07	-0,19*	0,45***	0,50***	0,54***	0,49***	0,73***	,826***	,774***	-						
12. Soutien PS	-0,01	0,00	0,15	-0,14	-0,11	-0,09	-0,03	-0,13	-0,14	-0,11	-0,13	-					
13. Soutien fam.	0,14	-0,15	0,30***	-0,37**	-0,26***	-0,28***	-0,24**	-0,37***	-,305***	-,300***	-0,29***	0,58***	-				
14. Soutien-ami	0,02	0,03	0,14	-0,08	-0,11	-0,13	-0,06	-0,15	-,168*	-0,13	-0,15	0,63***	0,39***	-			
15. Strat. AP	0,03	0,13	-0,01	-0,19*	-0,22**	-,024**	-0,20*	-0,33***	-,318***	-,278***	-0,35***	0,15	0,20*	0,12	-		
16. Strat. AA	-0,14	-0,07	-0,14	0,40***	0,39***	0,39***	0,37***	0,42***	,438***	,460***	0,40***	-0,05	-0,18*	-0,19*	-0,12	-	
17. Strat. AS	0,00	0,25**	0,06	-0,20*	-0,18*	-0,20*	-0,04	-0,20*	-0,13	-,187*	-,21**	0,31**	0,24**	0,25**	0,47**	-0,02	-

Note. Sx. dep. = symptômes dépressifs; Anx = anxiété; sit = situationnelle; PS = personne significative; fam=famille; Strat = stratégies; AP = axées sur le problème; AA= auto-accusatrices; AS = axées sur le soutien social.

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p \leq 0,001$.

Tableau 5*Régression hiérarchique prédisant les symptômes dépressifs au T2*

Variables	B (SE)	IC 95 % du B	β	R^2	ΔR^2
Bloc 1				0,26	0,26***
Finances	-1,36 (0,80) [†]	[-2,95, 0,23]	-0,12		
Sx. dépressifs (T1)	0,49 (0,08)***	[0,34, 0,63]	0,47		
Bloc 2				0,30	0,04*
Finances	-0,78 (0,82)	[-2,40, 0,84]	-0,07		
Sx. dépressifs (T1)	0,42 (0,08)***	[0,26, 0,57]	0,40		
Soutien PS	1,11 (0,81)	[-0,49, 2,71]	0,14		
Soutien famille	-1,28 (0,50)*	[-2,27, -0,30]	-0,24		
Soutien-ami	-0,56 (0,55)	[-1,63, 0,52]	-0,09		
Bloc 3				0,38	0,08***
Finances	-0,81 (0,78)	[-2,35, 0,74]	-0,07		
Sx. dépressifs (T1)	0,30 (0,08)***	[0,14, 0,47]	0,29		
Soutien PS	0,89 (0,79)	[-0,67, 2,44]	0,11		
Soutien famille	-1,11 (0,48)*	[-2,05, -0,17]	-0,21		
Soutien ami	-0,18 (0,53)	[-1,23, 0,88]	-0,03		
Strat. AP	-2,47 (0,89)**	[-4,23, -0,71]	-0,21		
Strat. AA	2,26 (0,85)**	[0,58, 3,93]	0,20		
Strat. AS	-0,05 (0,78)	[-1,59, 1,49]	-0,01		

Note. N = 150. Sx = symptômes; PS = personne significative; Strat = stratégies; AP = axées sur le problème; AA= auto-accusatrices; AS = axées sur le soutien social.
[†] $p < 0,10$. * $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$.

Symptômes anxieux

Les résultats des régressions multiples prédisant les changements au niveau de l'anxiété situationnelle et de trait sont présentés aux Tableaux 6 et 7. Les variables de contrôle incluses dans le premier bloc expliquent 27 % de l'anxiété situationnelle ($F(2, 154) = 28,31, p < 0,001$) et 46 % de l'anxiété de trait ($F(2, 154) = 64,29, p < 0,001$). L'ajout des variables de soutien social dans le deuxième bloc apporte une contribution marginalement significative à la variation de l'anxiété situationnelle, expliquant 3 % de variance supplémentaire ($\Delta R^2 F(3, 151) = 2,24, p = 0,086$), alors que cette contribution n'est pas significative pour l'anxiété de trait, expliquant 1 % de variance supplémentaire ($\Delta R^2 F(3, 151) = 0,93, p = 0,427$). Seul le soutien de la famille est lié à une diminution de l'anxiété situationnelle. Aucune variable de soutien n'est liée à l'anxiété de trait. Les stratégies d'adaptation centrées

sur les problèmes expliquent quant à elles 9 % supplémentaire de de la variance de l'anxiété situationnelle ($\Delta F(3, 148) = 6,89, p < 0,001$) et 5 % supplémentaire de la variance de l'anxiété de trait ($\Delta F(3, 148) = 5,14, p = 0,002$). Les stratégies d'adaptation axées sur l'évitement et les attributions auto-accusatrices contribuent à une augmentation de l'anxiété situationnelle et de trait, alors que les stratégies d'adaptation axées sur le problème sont liées à une diminution de l'anxiété situationnelle. Les stratégies axées sur le soutien ne sont pas liées à l'anxiété.

Tableau 6

Régression hiérarchique prédisant l'anxiété situationnelle au T2

Variables	B (SE)	IC 95 % du B	β	R^2	ΔR^2
Bloc 1				0,27	0,27***
Finances	-0,06 (0,53)	[-0,17, 0,05]	-0,08		
Anx. sit. (T1)	0,49 (0,07)***	[0,36, 0,63]	0,50		
Bloc 2				0,30	0,03†
Finances	-0,02 (0,05)	[-0,13, 0,09]	-0,30		
Anx. sit. (T1)	0,46 (0,07)***	[0,32, 0,60]	0,46		
Soutien PS	0,05 (0,5)	[-0,06, 0,15]	0,09		
Soutien famille	-0,07 (0,03)*	[-0,13, -0,01]	-0,19		
Soutien ami	-0,04 (0,04)	[-0,11, 0,03]	-0,09		
Bloc 3				0,39	0,09***
Finances	-0,03 (0,05)	[-0,13, 0,07]	-0,04		
Anx. sit. (T1)	0,35 (0,07)***	[0,20, 0,49]	0,35		
Soutien PS	0,02 (0,05)	[-0,08, 0,12]	0,04		
Soutien famille	-0,05 (0,03)†	[-0,11, 0,01]	-0,14		
Soutien ami	-0,02 (0,04)	[-0,09, 0,05]	-0,04		
Strat. AP	-0,17 (0,06)**	[-0,28, -0,06]	-0,22		
Strat. AA	0,17 (0,05)***	[0,07, 0,28]	0,23		
Strat. AS	0,05 (0,05)	[-0,05, 0,15]	0,72		

Note. N = 157. Anx sit = anxiété situationnelle; PS = personne significative; Strat = stratégies; AP = axées sur le problème; AA= auto-accusatrices; AS = axées sur le soutien social.

† $p < 0,10$. * $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$.

Tableau 7*Régression hiérarchique prédisant l'anxiété de trait au T2*

Variables	B (SE)	IC 95 % du B	β	R ²	ΔR^2
Bloc 1				0,46	0,46***
Finances	-0,05 (0,05)	[-0,14, 0,04]	-0,06		
Anxiété de trait (T1)	0,63 (0,06)***	[0,52, 0,75]	0,66		
Bloc 2				0,47	0,01
Finances	-0,03 (0,05)	[-0,12, 0,07]	-0,35		
Anxiété de trait (T1)	0,61 (0,06)***	[0,49, 0,72]	0,63		
Soutien PS	0,02 (0,05)	[-0,07, 0,11]	0,03		
Soutien famille	-0,04 (0,03)	[-0,10, 0,01]	-0,12		
Soutien-ami	-0,01 (0,03)	[-0,07, 0,06]	-0,01		
Bloc 3				0,52	0,05**
Finances	-0,02 (0,05)	[-0,11, 0,07]	-0,03		
Anxiété de trait (T1)	0,51 (0,06)***	[0,39, 0,64]	0,54		
Soutien PS	0,00 (0,05)	[-0,09, 0,10]	0,01		
Soutien famille	-0,03 (0,03)	[-0,09, 0,02]	-0,09		
Soutien ami	0,01 (0,03)	[-0,05, 0,08]	0,04		
Strat. AP	-0,08 (0,05)	[-0,18, 0,02]	-0,10		
Strat. AA	0,16 (0,05)***	[0,07, 0,25]	0,22		
Strat. AS	-0,01 (0,05)	[-0,10, 0,08]	-0,02		

Note. N = 157. PS = personne significative; Strat = stratégies; AP = axées sur le problème; AA= auto-accusatrices; AS = axées sur le soutien social.

** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$.

Stress perçu

Les résultats de l'analyse de régression prédisant la variation du stress perçu sont présentés au Tableau 8. Le premier bloc explique 25 % de la variance du stress perçu ($F(2, 142) = 23,19, p < 0,001$). Le niveau de stress au T1 est lié positivement au stress au T2, alors que la perception des ressources financières est associée négativement au stress au T2. L'ajout des variables de soutien social n'apporte aucune contribution supplémentaire au modèle ($\Delta F(3, 139) = 0,94, p = 0,423$). La perception des ressources financières n'est plus liée à la variation du stress ni à aucune variable de soutien. L'ajout des stratégies d'adaptation permet d'expliquer 13 % de variance supplémentaire ($\Delta F(3, 136) = 9,83, p < 0,001$). Les stratégies centrées sur le problème sont liées à une diminution du stress alors que celles qui sont axées sur l'évitement et les attributions auto-accusatrices sont liées à une augmentation du stress. Tout comme pour les variations des symptômes dépressifs et anxieux, les stratégies axées sur le soutien social ne contribuent pas de manière unique au modèle prédictif.

Tableau 8*Régression hiérarchique prédisant les symptômes liés au stress au T2*

Variables	B (SE)	IC 95 % du B	β	R^2	ΔR^2
Bloc 1				0,25	0,25***
Finances	-1,37 (0,65)*	[-2,65, -0,08]	-0,15		
Stress (T1)	0,56 (0,09)***	[0,37, 0,74]	0,45		
Bloc 2				0,26	0,01
Finances	-1,05 (0,68)	[-2,40, 0,29]	-0,12		
Stress (T1)	0,52 (0,10)***	[0,33, 0,71]	0,42		
Soutien PS	0,31 (0,74)	[-1,15, 1,77]	0,04		
Soutien fam.	-0,58 (0,40)	[-1,36, 0,22]	-0,13		
Soutien-ami	-0,24 (0,48)	[-1,19, 0,71]	-0,05		
Bloc 3				0,39	0,13***
Finances	-0,93 (0,63)	[-2,17, 0,31]	-0,11		
Stress (T1)	0,39 (0,09)***	[0,21, 0,57]	0,31		
Soutien PS	-0,04 (0,69)	[-1,40, 1,33]	-0,01		
Soutien fam.	-0,24 (0,37)	[-0,97, 0,50]	-0,06		
Soutien ami	0,05 (0,45)	[-0,84, 0,94]	0,01		
Strat. AP	-2,25 (0,74)**	[-3,71, -0,79]	-0,23		
Strat. AA	2,36 (0,63)***	[1,11, 3,62]	0,27		
Strat. AS	-0,63 (0,63)	[-1,88, 0,62]	-0,08		

Note. N = 145. PS = personne significative; Strat = stratégies; AP = axées sur le problème; AA = auto-accusatrices; AS = axées sur le soutien social.

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$.

Discussion

L'objectif principal de cette étude était de documenter l'évolution des symptômes de dépression, d'anxiété et de stress durant la pandémie liée à la COVID-19 chez des étudiantes en psychoéducation. Les analyses descriptives et les analyses de variance montrent que ces symptômes n'ont pas augmenté de manière significative entre les deux temps de mesure. En somme, la pandémie liée à la COVID-19 n'est pas liée à des changements chez l'ensemble des étudiantes, contrairement à ce qui aurait pu être attendu compte tenu de l'ampleur de cette crise et de toute l'attention médiatique sur la détresse psychologique.

Ce qui ressort de cette étude, c'est que certaines étudiantes ont vu leur santé psychologique s'améliorer, d'autres se dégrader, alors que pour d'autres, la situation est restée stable. Ainsi, les résultats des analyses de variance montrent que des différences émergent quand on tient compte de facteurs modérateurs

comme le niveau d'études. On observe une augmentation des symptômes de dépression, d'anxiété et de stress entre le temps 1 et le temps 2 chez les étudiantes au baccalauréat, alors qu'une diminution a été trouvée pour celles qui ont fait la transition du premier au deuxième cycle. Pour les étudiantes inscrites aux cycles supérieurs aux deux temps de mesure, aucune différence n'a pas observée avant et pendant la pandémie.

Bien qu'elles n'aient pas été effectuées en temps de crise sanitaire, d'autres études rapportent que les étudiants de première année universitaire sont plus à risque de dépression (Ross et al., 1999). Des études réalisées en Australie ont aussi confirmé que les étudiants universitaires les plus jeunes sont plus à risque de dépression (Cvetkovski et al., 2012; Storrie et al., 2010), possiblement parce qu'ils ont moins eu le temps de développer des stratégies d'adaptation efficaces. Par ailleurs, en contexte de pandémie, ces étudiantes ont amorcé leur parcours universitaire entièrement à distance, ce qui a pu être pour certaines une expérience particulièrement éprouvante. À cet égard, l'étude de Roche et al. (2022) a montré des taux de dépression, d'anxiété et de stress plus élevés chez des étudiants qui sont entrés à l'université en 2020 en comparaison de la cohorte qui a commencé ses études en 2016. Les auteurs attribuent ce résultat à l'accès limité aux ressources sur le campus et à l'isolement pour la cohorte de 2020.

Au-delà des effets liés à l'isolement social et aux défis liés à l'enseignement à distance chez les étudiantes en psychoéducation, il est important de mentionner deux autres sources de stress majeurs : les stages et le contingentement pour être admis à la maîtrise. Les étudiantes de premier cycle qui ont participé à cette étude ont dû vivre beaucoup d'incertitude quant aux conditions de réalisation de leurs stages. De plus, la pression à bien réussir, autant dans les stages que dans les cours afin de pouvoir être admis à la maîtrise, a été maintenue malgré le contexte d'enseignement à distance et les conditions parfois difficiles en stages en raison de la COVID-19. Ces éléments pourraient expliquer la raison pour laquelle la santé psychologique des étudiantes s'est améliorée une fois le passage à la maîtrise réalisé, que le stress lié à l'admission étant chose du passé. À cet égard, les données de notre enquête qualitative (Turgeon et al., 2023) ont montré que les étudiantes de maîtrise rapportaient un meilleur équilibre psychologique que celles du premier cycle.

Un résultat assez intrigant ressort de cette étude, à savoir que les étudiantes qui ont rapporté avoir vécu un événement stressant avant la pandémie liée à la COVID-19, par exemple une séparation ou des conflits familiaux, ont vu une diminution de leurs symptômes de dépression, d'anxiété et de stress pendant la pandémie, en comparaison de celles qui n'ont pas fait l'expérience d'un tel événement. Une explication pourrait être que ces étudiantes qui ont déjà vécu un événement stressant ont pu développer des stratégies d'adaptation pour y faire face, ce qui pourrait les avoir protégées des impacts de la crise liée à la COVID-19. Elles pourraient en quelque sorte avoir développé une meilleure « immunité » psychologique. Une telle hypothèse reste cependant à confirmer.

En ce sens, les résultats de cette étude montrent que certaines stratégies d'adaptation mesurées avant la pandémie liée à la COVID-19 contribuent à une diminution des symptômes de dépression, d'anxiété et de stress au temps 2. En particulier, les stratégies centrées sur les problèmes sont associées à une diminution de ces symptômes. À l'opposé, l'évitement et la tendance à avoir des attributions auto-accusatrices sont des prédicteurs de l'augmentation de ces symptômes. Ces données suggèrent d'enseigner des stratégies d'adaptation positives chez les étudiants dès le début de leur parcours universitaire, comme un entraînement à la résolution de problèmes, afin de prévenir une aggravation des symptômes de dépression, d'anxiété et de stress. L'objectif de l'entraînement à la résolution de problèmes est double : 1) aider l'individu à acquérir de nouvelles habiletés lui permettant de diminuer les problèmes et 2) créer différents contextes de résolution de problèmes pour qu'il puisse graduellement prendre conscience de son attitude envers les problèmes et de sa façon d'y réagir et les travailler (D'Zurilla et Nezu, 1999).

En ce qui concerne le soutien social, les résultats montrent que le soutien reçu par la famille avant la pandémie liée à la COVID-19 contribue à une diminution des symptômes de dépression et d'anxiété. Cependant, le soutien reçu de la personne significative ou des amis ne semble pas avoir d'impact. Ce résultat est assez étonnant. Un autre résultat étonnant a trait à l'absence de lien entre les stratégies de coping centrées sur le soutien social et la diminution des symptômes de dépression, d'anxiété et de stress, comme il aurait été attendu. Toutes les études confirment l'importance d'un bon réseau de soutien social pour les étudiants universitaires et à l'opposé, les effets négatifs d'un manque de soutien, de l'isolement ou d'interactions négatives (Alsubaie et al., 2019; *Canadian Association of College and University Student Services et Canadian Mental Health Association*, 2013; Farrer et al., 2016; Hipkins et al., 2004; Holt et Espelage, 2005; Mathews et al., 2016; McCarthy et al, 2002; Union étudiante du Québec, 2019). Il se peut que le soutien de la famille soit plus important que celui des amis dans des moments de crise importante, comme durant la COVID-19. Les amis qui vivent une situation semblable, dont l'isolement et les cours à distance pourraient même avoir un effet négatif sur la santé psychologique, par un phénomène de corumination, soit de parler constamment d'un problème. À cet effet, Connolly et Alloy (2017) concluent que la corumination augmenterait les effets du stress dans la prédiction de symptômes dépressifs chez les individus ayant vécu un événement stressant ou chez ceux ayant une humeur dépressive. La corumination exacerberait et prolongerait aussi l'humeur dépressive en nuisant aux habiletés de résolution de problèmes et aux interactions sociales. À l'inverse, les membres de la famille pourraient offrir une source de distraction, permettre de discuter d'autres sujets que l'école, apporter un autre type de soutien et servir à réfléchir à d'autres stratégies d'adaptation. Ces idées restent bien sûr à vérifier.

En somme, les résultats de la présente étude montrent que la pandémie liée à la COVID-19 n'a pas affecté toutes les étudiantes de la même façon. Les étudiantes de premier cycle et celles qui utilisaient davantage des stratégies d'adaptation comme l'évitement ou les attributions auto-accusatrices avant cette crise ont vu une détérioration de leur santé psychologique pendant la crise. À

l'opposé, les étudiantes de maîtrise, celles qui utilisaient des stratégies d'adaptation centrées sur les problèmes et celles qui bénéficiaient d'un bon soutien de la part des membres de leurs familles avant la crise ont plutôt vu une amélioration de leur santé psychologique.

Ces données suggèrent des pistes d'intervention et de prévention, dont le développement de stratégies d'adaptation positives et efficaces chez les étudiantes dès la première année de baccalauréat. L'importance d'un bon réseau de soutien social demeure, même si les résultats de cette étude n'ont pas permis de constater le lien entre le soutien social offert par les amis. Il faut aussi améliorer les connaissances et l'utilisation des services d'aide offerts sur les campus. Un pourcentage important d'étudiantes de notre étude (environ le quart) rapportent avoir déjà reçu un diagnostic de problème de santé mentale. Plus de la moitié confient avoir déjà consulté un professionnel de la santé mentale pour des difficultés. Aussi, 42,8 % des étudiantes rapportent avoir vécu un événement de vie stressant majeur au cours de la dernière année. Pourtant, quand on interroge les étudiantes, plus de la moitié ne connaissent pas ou connaissent très peu les services offerts sur le campus et un très faible pourcentage les utilisent, malgré l'abondance de ces services. Il est vrai qu'en contexte de pandémie, plusieurs étudiantes ne se sont pas présentées sur le campus, mais plusieurs ressources sont disponibles en ligne. Le problème se situerait peut-être davantage dans la réticence à aller chercher de l'aide. Les données de l'Union étudiante du Québec (2020) avaient montré que parmi les étudiants ayant indiqué ressentir le besoin de soutien psychologique, 77 % ne sont pas allés chercher d'aide. Les raisons évoquées concernent notamment les coûts et le manque de temps. Selon Winter et al. (2017), la détresse pourrait par ailleurs être normalisée ou non reconnue par les étudiants, qui considèrent leurs symptômes comme faisant partie de la réalité « normale » de la vie étudiante. Ces données sont très intéressantes, car elles suggèrent que la solution pour venir en aide aux étudiants en détresse ne réside peut-être pas dans l'augmentation de l'offre de services – bien qu'il soit important que ces services soient au rendez-vous – mais plutôt dans la compréhension des facteurs qui expliquent la faible utilisation des services. Il se peut que les étudiantes craignent d'être stigmatisées si elles vont consulter ou encore qu'elles redoutent un bris de confidentialité. Il est également important de mener des sondages auprès des étudiants pour connaître les motifs liés à la leur réticence à aller chercher de l'aide. Il faut aussi développer des campagnes de promotion des services par des moyens qui les rejoignent davantage que les modes traditionnels de communication, comme les courriels, parfois considérés dépassés par les jeunes et peu consultés.

Forces et limites de l'étude

Cette étude présente au moins quatre forces. Premièrement, l'utilisation d'un devis longitudinal a permis de suivre l'évolution de la santé psychologique des étudiantes avant et pendant la pandémie liée à la COVID-19. Deuxièmement, des mesures d'anxiété, de dépression et des stress ont été employées plutôt que des mesures générales de détresse psychologique, afin de mieux documenter la présence de problèmes plus graves chez les étudiants. Troisièmement, nous avons interrogé des étudiantes dans une discipline liée à la relation d'aide. En effet, encore

peu d'études ont examiné les difficultés psychologiques chez les étudiants en relation d'aide, alors qu'il est capital de développer des habiletés personnelles et relationnelles solides pour devenir de bons intervenants. D'ailleurs le fait que les étudiantes des cycles supérieurs aient moins de symptômes anxieux et dépressifs pourrait être un résultat de leurs apprentissages en contexte de stage. Quatrièmement, nous avons comparé des étudiantes de tous les niveaux d'étude à l'université, ce qui a permis de confirmer que les étudiantes au début du baccalauréat sont plus à risque de développer des difficultés psychologiques. Il faut donc chercher à les outiller dès leur arrivée à l'université et leur proposer des moyens concrets pour bien s'adapter à ce nouveau milieu, par exemple des stratégies de résolution de problèmes ou des programmes d'auto-soins psychologiques.

Limites de l'étude

Cette étude comporte au moins trois limites. La première concerne le nombre de participants. Un plus vaste échantillon aurait peut-être permis de faire ressortir des différences, par exemple sur le soutien social des amis. Par ailleurs, les taux de participation, variant entre 39 % et 57 %, se sont avérés plus bas que ceux escomptés. Il est difficile de savoir si les étudiantes qui ont accepté de participer l'ont fait parce qu'elles avaient besoin d'exprimer leurs difficultés ou encore pour pouvoir recevoir l'incitatif promis (p. ex. participation à un tirage). Enfin, une troisième limite a trait à la faible participation des étudiantes de doctorat, qui présentent des enjeux spécifiques, comme l'isolement au moment de rédiger la thèse.

Conclusion

L'objectif de cette étude était de documenter l'évolution de l'état de la santé psychologique d'étudiantes en psychoéducation durant la crise liée à la COVID-19. Les données montrent que cette crise n'a pas affecté toutes les étudiantes de la même façon. Les étudiantes de premier cycle et celles qui utilisaient davantage des stratégies d'adaptation comme l'évitement ou les attributions auto-accusatrices avant cette crise ont vu une détérioration de leur santé psychologique pendant la crise. À l'opposé, les étudiantes de maîtrise, celles qui utilisaient des stratégies d'adaptation centrées sur les problèmes et celles qui bénéficiaient d'un bon soutien de la part des membres de leurs familles avant la crise ont plutôt vu une amélioration de leur santé psychologique. Ces données peuvent être utiles pour permettre de cibler les étudiantes qui sont plus à risque de développer des problèmes de santé psychologique dans une situation de crise.

Un résultat qui ressort de cette étude et qui concorde avec ce qui a été observé à maintes reprises dans la littérature a trait à la plus grande fragilité des étudiantes de premier cycle. Il faut intervenir rapidement, dès le début du parcours universitaire, pour aider les étudiantes à développer leurs habiletés d'adaptation et ainsi réduire les risques de développer des problèmes psychologiques plus tard. Une telle intervention est d'autant plus importante que ces jeunes étudiantes seront appelées à œuvrer auprès de clientèles vulnérables très rapidement dans le cadre de leur formation. Il faut aussi mettre en place davantage de programmes de prévention de la dépression. Plusieurs institutions offrent des activités de gestion du

stress, mais il faudrait aussi cibler les symptômes de dépression. Favoriser le soutien social et briser l'isolement seraient des façons intéressantes d'agir sur la dépression et de favoriser une bonne santé psychologique de manière générale. Enfin, il est important de faire une promotion plus ciblée des services d'aide psychologique offerts sur les campus universitaires. Les résultats de cette étude montrent que peu d'étudiantes connaissent les services d'aide psychologique offerts et même quand elles les connaissent, elles les utilisent très peu.

Un des objectifs de notre étude était de documenter les problèmes de santé psychologique dans une profession liée à la relation d'aide, car peu d'études ont porté sur cette question. On sait que les formations en relation d'aide peuvent être une source importante de stress (Jogarathnam et Buchana, 2004). Les stages exposent aussi les étudiants à des situations de vie difficiles vécues par des clientèles vulnérables, alors qu'ils sont eux-mêmes le plus souvent encore très jeunes et que leurs stratégies d'adaptation sont encore en développement (Boisvert, 2018). Les étudiants en relation d'aide peuvent aussi vivre des difficultés psychologiques, susceptibles d'être exacerbées par la contagion émotionnelle de leurs clients et/ou de leurs pairs (Tso et O'Callaghan, 2017). En retour, cette détresse peut constituer un frein à la réussite scolaire.

Les données de notre étude qualitative (Turgeon et al., 2023) montrent que les étudiants ont besoin que l'on reconnaisse que le début des stages est un passage difficile et qu'il faut bien le préparer. Les étudiantes identifient un besoin d'organisation et de structure dans leur milieu de stages. Lorsque le milieu est bien organisé et que la communication est bonne, l'expérience en stage devient un facilitant à la bonne santé psychologique. Par ailleurs, même si les stages constituent une source de stress, ils ont également un côté positif. Les étudiantes mentionnent que les stages permettent de faire une pause du milieu scolaire et de tester leurs connaissances dans la « vraie vie », en plus de consolider leurs choix professionnels. Nommer cette dualité et aussi accroître la cohérence entre l'expérience de stage et les cours pour en montrer toute la complémentarité serait une voie à considérer. La notion de tabou en ce qui concerne les difficultés de santé psychologique est un élément intéressant rapporté durant les groupes de discussion de notre enquête qualitative (Turgeon et al., 2023). Selon les étudiantes, ce tabou serait encore plus grand en raison de leur rôle de « soignante » et non de « malade ». Ainsi, avouer recourir à un professionnel de la santé mentale semble particulièrement difficile pour ces futures soignantes. Cet aveu révèle une posture à risque et devrait être ouvertement abordée.

Enfin, dans notre étude qualitative (Turgeon et al., 2023), les personnes interrogées dans les groupes de discussion ont fait part de l'importance de travailler davantage à donner un sens à la profession et à la pratique professionnelle. En ce sens, les travaux de Paulus (2020) ont montré que la congruence au travail, c'est-à-dire le lien entre ce que l'on est et ce que l'on fait, intimement lié à la quête de sens, est un facteur de protection majeur relié au risque d'épuisement professionnel chez les intervenants. Ces données pourraient suggérer des pistes d'intervention pertinentes dans la formation des étudiants en relation d'aide.

Références

- Alsubaie, M. M., Stain, H. J., Webster, L. A. D. et Wadman, R. (2019). The role of sources of social support on depression and quality of life for university students. *International Journal of Adolescence and Youth*, 24(4), 484-496. <https://doi.org/10.1080/02673843.2019.1568887>
- American Psychological Association (2016). *Professional health and well being for psychologists*. <https://www.apaservices.org/practice/ce/self-care/well-being>
- Beck, A. T., Steer, R. A. et Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A. et Brown, G. K. (1998). *Inventaire de dépression de Beck (BDI-II)*. French Version. Pearson.
- Benham, F. (2020). Stress and sleep in college students prior to and during the COVID-19 pandemic. *Stress and Health*, <https://doi.org/10.1002/smi.3016>
- Boisvert, C. (2018) *Piste de prévention en santé mentale pour les étudiants en relation d'aide : Influence des facteurs de risque et de protection sur des indicateurs de santé mentale*. (Mémoire de maîtrise). Université de Montréal.
- Byrd, D. R. et McKinney, K. J. (2012). Individual, interpersonal, and institutional level factors associated with the mental health of college students. *Journal of American College Health*, 60, 185-193.
- Canadian Association of College and University Student Services and Canadian Mental Health Association (2013). *Post-Secondary Student Mental Health: Guide to a Systemic Approach*. <https://healthycampuses.ca/wp-content/uploads/2014/09/The-National-Guide.pdf>
- Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J. et Zheng, J. (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Research*, 287, Article 112934. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112934>
- Chen, R.-N., Liang, S.-W., Peng, Y., Li, X.-G., Chen, J.-B., Tang, S.-Y. et Zhao, J.-B. (2020). Mental health status and change in living rhythms among college students in China during the COVID-19 pandemic: A large-scale survey. *Journal of Psychosomatic Research*, 137, Article 110219. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110219>
- Cohen, S., Kamarck, T. et Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 386-396.
- Commission de la santé mentale du Canada (2017). *Document d'information : Projet de recherche pilote sur L'esprit curieux*. https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/2017-09/MHFA_TIM_Research_Pilot_Backgrounder_2017-09-07_FINAL-FR_0.pdf
- Connolly, S. L. et Alloy, L. B. (2017). Rumination interacts with life stress to predict depressive symptoms: An ecological momentary assessment study. *Behaviour Research and Therapy*, 97, 86-95. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.07.006>
- Cousson-Gélié, F., Cosnefroy, O., Christophe, C., Segrestant-Crouzet, C., Merckaert, I., Fournir, E., Libert, Y., Lafaye, A. et Razavi, D. (1996). The Ways of Coping Checklist (WCC). Validation in French-speaking cancer patients. *Journal of Health Psychology*, 15(8), 1246-1256.
- Cvetkovski, S., Reavley, N. J. et Jorm, A. F. (2012). The prevalence and correlates of psychological distress in Australian tertiary students compared to their community peers. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 46(5), 457-467.
- Dadonna, M. F. (2011). Peer educators responding to students with mental health issues. *New Directions for Student Services*, 133, 29-39. <https://doi.org/10.1002/ss.382>

- Deasy, C., Coughlan, B., Pironom, J., Jourdan, D. et Mannix-McNamara, P. (2014). Psychological distress and coping amongst higher education students: A mixed method enquiry. *PLoS One*, 9(12), Article e115193. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0115193>
- Debowska, A., Horeczy, B., Boduszek, D. et Dolinski, D. (2020). A repeated cross-sectional survey assessing university students' stress, depression, anxiety, and suicidality in the early stages of the COVID-19 pandemic in Poland. *Psychological Medicine*, 1-4. <https://doi.org/10.1017/S003329172000392X>
- Dennhardt, A. A. et Murphy, J. G. (2011). Associations between depression, distress tolerance, delay discounting, and alcohol-related problems in European American and African American college students. *Psychology of Addictive Behaviors*, 25(4), 595-604. <https://doi.org/10.1037/a0025807>
- Dodd, R. H., Dadaczynski, K., Okan, O., McCaffery, K. J. et Pickles, K. (2021). Psychological wellbeing and academic experience of university students in Australia during COVID-19. *18*(3), 866. <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/3/866>
- Dozois, D. J. A., Dobson, K. S. et Ahnberg, J. L. (1998). A psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory-II. *Psychological Assessment*, 10(2), 83-89. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.10.2.83>
- Dyrbye, L. N., Thomas, M. R. et Shanafelt, T. D. (2006). Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students. *Academic Medicine*, 81(4), 354-373. <https://doi.org/10.1097/00001888-200604000-00009>
- D'Zurilla, T.J. et Nezu, A.M. (1999). *Problem-solving Therapy*. Springer.
- Eisenberg, D., Golberstein, E. et Hunt, J. B. (2009). Mental health and academic success in college. *The B.E. Journal of Economic Analysis and Policy*, 9(1). <https://doi.org/10.2202/1935-1682.2191>
- Eisenberg, D., Gollust, S. E., Golberstein, E. et Hefner, J. L. (2007). Prevalence and correlates of depression, anxiety, and suicidality among university students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(4), 534-542. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.77.4.534>
- Eisenberg, D., Hunt, J. et Speer, N. (2013). Mental health in American colleges and universities: variation across student subgroups and across campuses. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(1), 60-67. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31827ab077>
- Essadek, A. et Rabeyron, T. (2020). Mental health of French students during the Covid-19 pandemic. *Journal of Affective Disorders*, 277, 392-393. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.042>
- Farrer, L. M., Gulliver, A., Bennett, K., Fassnacht, D. B. et Griffiths, K. M. (2016). Demographic and psychosocial predictors of major depression and generalised anxiety disorder in Australian university students. *BMC psychiatry*, 16(1), 241. <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-016-0961-z>
- Fédération des associations étudiantes du campus de l'Université de Montréal (2016). Enquête sur la santé psychologique étudiante. <http://https://www.faecum.qc.ca/ressources/documentation/avis-memoires-recherches-et-positions-1/enquete-sur-la-sante-psychologique-etudiante>
- Fédération des associations étudiantes du campus de l'Université de Montréal (2019). Bilan de la santé psychologique étudiante – AGÉPUM
- Folkman, S. et Lazarus, R.S. (1980). An analysis of coping in middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(3), 219-239.

- Gauthier, J. et Bouchard, S. (1993). A French-canadian adaptation of the revised version of Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 25(4), 559-578. <https://doi.org/10.1037/h0078881>
- Grégoire, S., Lachance, L., Bouffard, T., Hontoy, L-M et DeMondehare, L. (2016). L'efficacité de l'approche d'acceptation et d'engagement en regard de la santé psychologique et de l'engagement scolaire des étudiants universitaires. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 48 (3), 221-231. <http://dx.doi.org/10.1037/cbs0000040>
- Hamza, C. A., Ewing, L., Heath, N. L. et Goldstein, A. L. (2021). When social isolation is nothing new: A longitudinal study on psychological distress during COVID-19 among university students with and without preexisting mental health concerns. *Canadian Psychology/ Psychologie canadienne*, 62(1), 20-30. <https://doi.org/10.1037/cap0000255>
- Hipkins, J., Whitworth, M., Tarrier, N. et Jayson, G. (2004). Social support, anxiety and depression after chemotherapy for ovarian cancer: A prospective study. *British Journal of Health Psychology*, 9, 569-581.
- Holt, M.K. et Espelage, D.L. (2005). Social support as a moderator between dating violence victimization and depression/anxiety among African American and Caucasian adolescents. *School Psychology Review*, 34, 309-328.
- Ibrahim, A. K., Kelly, S. J., Adams, C. E. et Glazebrook, C. (2013). A systematic review of studies of depression prevalence in university students. *Journal of Psychiatric Research*, 47(3), 391-400. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.11.015>
- Institut de la statistique du Québec (2020). *Enquête sur la santé psychologique de la population*. Gouvernement du Québec.
- Jogarathnam, G. et Buchanan, P. (2004). Balancing the demands of school and work: Stress and employed hospitality students. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 16(4), 237-245. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0574-x>
- Kawachi, I. et Berkman, L. F. (2001). Social ties and mental health. *Journal of Urban Health*, 78(3), 458-467.
- Khan, A. H., Sultana, M. S., Hossain, S., Hasan, M. T., Ahmed, H. U. et Sikder, M. T. (2020). The impact of COVID-19 pandemic on mental health and wellbeing among home-quarantined Bangladeshi students: A cross-sectional pilot study. *Journal of Affective Disorders*, 277, 121-128. <https://doi.org/10.31234/osf.io/97s5r>
- Lee, H.-F., Kuo, C.-C., Chien, T.-W. et Wang, Y.-R. (2016). A meta-analysis of the effects of coping strategies on reducing nurse burnout. *Applied Nursing Research*, 100-110. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2016.01.001>
- Lesage, F.-X., Berjot, S. et Deschamps, F. (2012). Psychometric properties of the French versions of the Perceived Stress Scale. *International Journal of Occupational Medical Environment*, 25, 178-184 (2012).
- Lyons, Z., Wilcox, H., Leung, L., et Dearsley, O. (2020). COVID-19 and the mental well-being of Australian medical students: Impact, concerns and coping strategies used. *Australas Psychiatry*, 28(6), 649-652. <https://doi.org/10.1177/1039856220947945>
- Matthews, T., Danese, A., Wertz, J., Odgers, C. L., Ambler, A., Moffitt, T. E. et Arseneault, L. (2016). Social isolation, loneliness and depression in young adulthood: A behavioural genetic analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(3), 339-348. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1178-7>

- McCarthy, E. Tarrier et Gregg, L. (2002). The nature and timing of seasonal affective symptoms and the influence of self-esteem and social support: A longitudinal prospective study. *Psychological Medicine*, 32, 1425-1434.
- Nicolas, M. (2009). Personality, social support and affective states during simulated microgravity in healthy women. *Advances in Space Research*, 22, 1470-1478.
- Odrizola-González, P., Planchuelo-Gómez, Á., Irurtia, M. J. et de Luis-García, R. (2020). Psychological effects of the COVID-19 outbreak and lockdown among students and workers of a Spanish university. *Psychiatry Research*, 290, Article 113108. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113108>
- Paré, M. L. et Marcotte, D. (2014). La consultation de services psychologiques chez les jeunes adultes : enjeux et pistes de solution. *Psychologie Québec*, 31(4), 29-31.
- Paulus, A. (2020). Le rôle modérateur de la congruence au travail dans le lien entre les difficultés de régulation émotionnelle et l'épuisement professionnel. Thèse de doctorat inédite. <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/25822>
- Prince, J. P. (2015). University student counseling and mental health in the United States: Trends and challenges. *Mental Health and Prevention*, 3(1), 5-10. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2015.03.001>
- Ramesh Bhat M. S. M. et Ganaraja B. (2011). Eustress in education: Analysis of the perceived stress score (PSS) and blood pressure (BP) during examinations in medical students. 5(7), 1331-1335. <https://manipal.pure.elsevier.com/en/publications/eustress-in-education-analysis-of-the-perceived-stress-score-pss->
- Roche, A. I., Holdefer, P.J. et Thomas, E.B.K. (2022). College students mental health: Understanding changes in the psychological symptoms in the context of the COVID-19 pandemic in the United States. *Current Psychology*. <http://doi.org/10.1007/s12144-022-03193-w>
- Roh, M.-S., Jeon, H. J., Kim, H., Han, S. K. et Hahm, B.-J. (2010). The prevalence and impact of depression among medical students: A nationwide cross-sectional study in South Korea. *Academic Medicine*, 85(8). <http://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181df5e43>
- Ross, S. E., Niebling, B. C. et Heckert, T. M. (1999). Sources of stress among college students. *Social Psychology*, 61(5), 841-846.
- Schmits, E., Dekeyser, S., Klein, O., Luminet, O., Yzerbyt, V. et Glowacz, F. (2021). Psychological distress among students in higher education: One year after the beginning of the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(14), 7445. <https://doi.org/10.3390/ijerph18147445>
- Shean, G. et Baldwin, G. (2008). Sensitivity and specificity of depression questionnaires in a college-age sample. *The Journal of Genetic Psychology*, 169(3), 281-292. <https://doi.org/10.3200/GNTP.169.3.281-292>
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R. et Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologists Press.
- Stallman, H. M. (2010). Psychological distress in university students: A comparison with general population data. *Australian Psychologist*, 45(4), 249-257. <https://doi.org/10.1080/00050067.2010.482109>
- Storrie, K., Ahern, K. and Tuckett, A. (2010), A systematic review: Students with mental health problems. A growing problem. *International Journal of Nursing Practice*, 16(1-6). <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2009.01813.x>

- Swaminathan, A., Viswanathan, S., Gnanadurai, T., Ayyavoo, S. et Manickam, T. (2015). Perceived stress and sources of stress among first-year medical undergraduate students in a private medical college - Tamil Nadu. *National Journal of Physiology, Pharmacy and Pharmacology*, 6(1), 9-14. <https://doi.org/10.5455/njppp.2015.5.1909201574>
- Thangaraj, S. et D'souza, L. (2014). Prevalence of stress levels among first year medical undergraduate students. *International Journal of Interdisciplinary and Multidisciplinary Studies*, 1(5), 176-181.
- Tso, G. et O'Callaghan, J., 2017. Emotional contagion in the consultation-liaison setting. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 51, 1162. <https://doi.org/10.1177/0004867417720519>
- Turgeon, L., Thouin, É., Ayotte, E., Marion, É., Vaillancourt, J., Nault-Brière, F. et Plusquellec, F. (2023). Étude qualitative sur la santé psychologique des étudiantes et des étudiants en psychoéducation. *Revue de psychoéducation*, 52(1), 190-220.
- Union étudiante du Québec (2021). Enquête courte sur la santé psychologique étudiante au Québec en temps de pandémie de la COVID-19. Union étudiante du Québec.
- Vasegh, S. et Baradaran, N. (2014). Using the Persian-language version of the Beck Depression Inventory-II (BDI-II-Persian) for the screening of depression in students. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(10), 738-743. <https://doi.org/10.1097/nmd.000000000000183>
- Verma, K. (2020). The mental health impact of the COVID-19 epidemic on college students in India. *Asian Journal of Psychiatry*, 53, Article 102398. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102398>
- von Glischinski, M., von Brachel, R., et Hirschfeld, G. (2019). How depressed is «depressed»? A systematic review and diagnostic meta-analysis of optimal cut points for the Beck Depression Inventory revised (BDI-II). *Quality of Life Research*, 28(5), 1111-1118. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-2050-x>
- Winter, R. I., Patel, R. et Norman, R. I. (2017). A qualitative exploration of the help-seeking behaviors of students who experience psychological distress around assessment at medical school. *Academic Psychiatry*, 41(4), 477-485. <https://doi.org/10.1007/s40596-017-0701-9>
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G. et Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2