HAL open science

Risque suicidaire et dépression : diagnostic en porte-à-porte auprès d'étudiants français vivant en résidence universitaire

Laurentine Véron, Fanny Sauvade, Emmanuelle Le Barbenchon

To cite this version:

Laurentine Véron, Fanny Sauvade, Emmanuelle Le Barbenchon. Risque suicidaire et dépression : diagnostic en porte-à-porte auprès d'étudiants français vivant en résidence universitaire. Psychologie Française, 2019, 10.1016/j.psfr.2018.12.001 . hal-01977562

HAL Id: hal-01977562

https://hal.science/hal-01977562v1

Submitted on 7 Mar 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Version of Record: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033298418300657
Manuscript_346f297666853b1ed054357e520a38b7

Titre : Risque suicidaire et dépression : diagnostic en porte-à-porte auprès d'étudiants français vivant en résidence universitaire

Title: Suicidal risk and depression: going door – to door to diagnose French students in residence

Laurentine Véron[1]

Fanny Sauvade[1]

Emmanuelle Le Barbenchon[2]

1 : Psychologues, responsables de recherche. Apsytude, 241 Cours Lafayette, 69006 Lyon. Association Loi 1901 de prévention de la souffrance psychologique et promotion de la santé mentale des étudiants.

2 : Maître de Conférences en Psychologie. Aix Marseille Université, LPS EA 849, Maison de la recherche, 29 avenue Schuman, 13011 Aix-en-Provence. Thèmes de recherche : psychologie de la prévention, santé mentale, stress post-traumatique, mindfulness et prosocialité

Contact : Laurentine Véron, apsytude@gmail.com; 06 27 86 91 83

Nombre de caractères : 32 179

© 2018 published by Elsevier. This manuscript is made available under the CC BY NC user license
https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/

Résumé

Le mal-être psychologique des étudiants est reporté dans de nombreuses enquêtes menées par les professionnels de santé. Néanmoins, peu d'études françaises en documentent les conséquences cliniques. L'objectif de cette étude était de dresser un constat de la prévalence des états de détresse psychologique, dépression majeure et risque suicidaire des étudiants. Notre démarche diagnostique par entretiens cliniques, basés sur des outils validés (MH-5, MINI-A, MINI-C, BDI-II), s'est opérationnalisée en porte-à-porte au sein de résidences universitaires. Nos résultats montrent que parmi les 1 324 étudiants ayant participé à l'étude, 20.99% présentaient un état de détresse psychologique, 5.1% un état dépressif majeur et 5.14% un risque dépressif actuel alors que seuls 2.7% avaient recours à des soins psychologiques. Ces taux de prévalence sont discutés à la lumière des spécificités de notre démarche diagnostique et la nécessité de mieux comprendre les freins à la prise en charge de ces problématiques.

Mots-clés : détresse ; dépression ; risque suicidaire ; étudiants ; porte-à-porte

Abstract

Feeling of unease is frequently reported among French students in survey from mutual insurance institutions. However, these studies have not investigated psychological clinical issues of this feeling. The present study aimed to state about psychological distress, major depression or suicidal risk prevalence among French students. We used a diagnostic methodology based on validated tools set including MH-5 (Mental Health Inventory from Medical Outcome Study Short Form; Ware & Sherbourne, 1992), MINI-A, MINI-C (Mini International Neuropsychiatric Interview; Sheehan & Lecrubier, 1992) and BDI-II (Beck Depression Inventory; Beck, Steer & Brown, 1998). We targeted students living in university students' residences because of their higher risk of psychological fragility due to the distance with their families and some socio-economic difficulties. 1 324 students (53.55% females; *Mean Age* = 21.1), recruited by door-to-door method, participated in structured clinical interviews. We observed that 20.99% were diagnosed with a psychological distress state, 5.1% in major depression and 5.14% were currently at-risk of suicide. The higher at –risk students were females, studying languages or humanities for the first year at university. However, only 2.7% of them used psychological health care. We discuss the benefits of our diagnostic method to avoid "false positive" cases. Our study then emphasizes the pressing need to understand why only few French students seek psychological health care and how they could be promoted.

Key Words: psychological distress; depression; suicidal risk; students; door-to-door

1. Introduction

L'entrée dans l'enseignement supérieur représente une période de transition nécessitant de nombreuses adaptations des étudiants à leur nouvel environnement. Les changements potentiellement vécus sont multiples et présentent des conséquences psychologiques variées. L'individu doit s'adapter à de nouvelles normes, valeurs, cultures et responsabilités tout en gérant un emploi du temps aux exigences multiples (job étudiant, stage, budget, etc.). La vie étudiante est globalement rythmée par les examens et autres épreuves de sélection ce qui engendre un haut niveau de stress (Doron, Stephan & Le Scanff, 2013 ; Deasy, Coughlan, Pironom, Jourdan & Mannix-McNanmara, 2014) et alimente une tension perpétuelle entre une adaptation nécessaire aux contraintes du présent et une construction de l'avenir parfois teintée d'appréhension de la vie active (Daniel, 2010 ; Erlich, 2004 ; Grebot & Barumandzadeh, 2005) et d'une forte incertitude. Dans cette perspective, le stress et l'anxiété des étudiants français sont à juste titre particulièrement mis en avant (Faurie, Thouin & Sauvezon, 2016). Pour certains étudiants, les conséquences psychologiques peuvent aller au-delà et s'observer en termes cliniques, par un épisode dépressif majeur ou des pensées suicidaires. L'objectif de cette étude est d'établir, au moyen d'outils diagnostics validés en psychologie et d'une méthodologie diagnostique innovante, un bilan des risques de détresse, dépression majeure et du risque suicidaire auprès d'un large échantillon d'étudiants vivant en France.

La santé mentale des étudiants est un sujet de préoccupation croissant au sein des institutions. L'Observatoire de la Vie Etudiante (OVE) et les enquêtes réalisées par des mutuelles étudiantes, services de prévention et de médecine universitaire commencent à considérer cette problématique et en interrogent la prévalence (*e.g.*, Rapport OVE, 2013 ;

Emévia, 2015). Ces enquêtes et études ont été novatrices et ont permis d'attirer l'attention des professionnels sur les problématiques de santé mentale des étudiants mais ne peuvent se substituer à une étude rigoureuse de la santé mentale des étudiants. Leurs constats se limitent en effet à l'appréhension du mal-être ou de l'inconfort psychologique des étudiants, sans en examiner les potentielles conséquences cliniques comme la dépression majeure ou la crise suicidaire. Or ces conséquences sont particulièrement saillantes dans les facteurs de mortalité de cette classe d'âge : la mortalité par suicide représente la deuxième cause de mortalité des 15-24 ans (Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, 2014). Les conclusions apportées par ces études ne peuvent pallier l'absence d'information de prévalence de la dépression majeure ou du risque suicidaire en raison des méthodes et outils d'investigations utilisés. La plupart de ces enquêtes ont recours à des outils de mesure non standardisés ni validés dans le cadre d'un diagnostic psychopathologique (Morvan *et al.*, 2013). Il convient, afin de pouvoir disposer de données comparables dans le temps et entre divers échantillons, d'établir un bilan de la détresse, dépression majeure et risque suicidaire des étudiants sur la base d'outils standardisés et validés pour le diagnostic spécifique de ces problématiques. L'utilisation d'outils de diagnostics valides permet également de limiter l'écueil de « faux-positifs » et de mésinterprétations quant à la prévalence de ces troubles psychologiques au sein de la population étudiante.

Plusieurs études internationales ont mis en évidence l'importance de la prévalence des symptômes de stress, d'anxiété ou de dépression chez les étudiants (Deasy, et al., 2014 ; Lovell, Nash, Sharman, & Lane, 2015; Zochil, & Thorsteinsson, 2017). Quelques études exploratoires se sont ainsi penchées sur le risque dépressif et/ou suicidaire des étudiants français (Saleh, Camart, Sbeira, Charrouf, & Romo, 2018): en première année de médecine (Bonnaud-Antignac *et al.*, 2015), en première année de cursus universitaire (Boujut, Koleck, Bruchon-Schweitzer, & Bourgeois, 2009) ou encore lors de consultations médicales d'accueil (Morvan *et al.*, 2013 ; Morvan, Coulange, Krebs, Boujut, & Romo, 2016). Leurs résultats permettent de dresser un

tableau clinique de certaines populations étudiantes et soulignent la nécessité de maintenir une veille sanitaire psychologique auprès des étudiants concernant leurs risques de détresse psychologique, de dépression (*e.g.*, 9.1% dans l'étude Morvan *et al.* (2013) à 37% de troubles dépressifs probables dans l'étude de Bonnaud-Antignac *et al.*, (2015)) et de risque suicidaire (e.g., 4.5% dans l'étude de Morvan *et al.*, (2013)).

La méthodologie utilisée dans l'ensemble repose sur l'administration de questionnaires auto-rapportés ou de questionnaires en ligne. Cette stratégie de screening est utilisée afin de permettre un anonymat des participants lors de l'enquête. Au-delà des impératifs de respect des droits de la personne dans des protocoles de recherche, cette stratégie repose le plus souvent sur le postulat implicite que l'expression du risque suicidaire, de dépression majeure ou de détresse psychologique pourrait être facilitée par l'anonymat de l'individu qui se sentirait alors à l'abri d'un risque de stigmatisation (King *et al.*, 2015 ; Moffitt *et al.*, 2014). Nous pourrions cependant supposer que l'individu en proie à un épisode dépressif majeur et/ou à des idéations suicidaires tente de surmonter et de lutter contre ses affects afflictifs par des stratégies d'évitement émotionnel. Dans cette logique, la perspective d'un questionnaire auto-rapporté anonyme renverrait l'individu seul face à lui-même et à ses conflits psychiques pour tenter de maîtriser ses idéations suicidaires. L'individu pourrait être tenté par une mise à distance de ses affects et pensées ou une stratégie d'évitement de leur expression dans ses réponses au questionnaire puisqu'il se trouve au moment même de la réponse au questionnaire dans l'absence de perspective de soutien social et/ou de relation thérapeutique potentiellement aidante. Nous suggérons que, d'un point de vue déontologique, le diagnostic d'épisode dépressif majeur et de risque suicidaire devrait avoir lieu dans le cadre d'une relation de diagnostic clinique offrant un cadre suffisamment réassurant pour l'expression émotionnelle (Shea, Terra, Séguin, Magne, & Jeammet, 2005). L'un des principaux outils diagnostic de dépression majeure et de risque suicidaire (MINI) consiste d'ailleurs en un entretien clinique

structuré (Lecrubier *et al.*, 1997) et son utilisation est préconisée comme telle. Le premier objectif de cette étude était donc d'établir un bilan du risque de détresse psychologique, d'épisode de dépression majeur et de risque suicidaire auprès d'un large échantillon d'étudiants en utilisant des outils standardisés et utilisés dans le cadre d'entretiens de diagnostic cliniques structurés.

Notre démarche s'inscrit dans la voie ouverte par de récentes interventions de prévention communautaire du risque suicidaire qui consistent à former les personnels administratifs et techniques des campus universitaires au repérage des étudiants en état de détresse psychologique et au risque de crise suicidaire (Mitchell, Kader, Darrow, Melinda & Keating, 2014). L'interaction vécue entre les personnels de l'université et les étudiants constitue, dans ces interventions, un cadre propice à la révélation des difficultés psychologiques rencontrées. Dans cette logique communautaire, des dispositifs de prévention du suicide mis en œuvre par des pairs étudiants formés au repérage de la crise suicidaire constituent une piste innovante prometteuse d'efficacité (Catanzarite, & Robinson, 2013). L'une des hypothèses sous-tendant ce type de programmes de prévention du suicide par les pairs est que le contact avec un pair diminue la perception du risque de stigmatisation des difficultés psychologiques et augmente le sentiment d'une compréhension mutuelle, ce qui facilite l'expression des symptômes. Nous notons que ces études ont lieu outre-Atlantique et ciblent donc des populations étudiantes vivant majoritairement au sein des campus universitaires. Ces lieux de vie regrouperaient une sous-population d'étudiants qui, d'après les données internationales, sont plus à risque de dépression majeure et de risque suicidaire, puisqu'étant plus éloignés de leurs familles et de leurs anciens réseaux amicaux (Girgin, 2009) et dans une plus grande précarité socio-économique (Bostanci *et al.*, 2005). A notre connaissance, ce sous-échantillon de la population étudiante vivant en France n'a pas bénéficié d'attention particulière alors même qu'il pourrait constituer un sous-groupe à risque de dépression majeure et de crise suicidaire. Le second objectif de notre étude

était donc d'investiguer l'état de détresse psychologique, de dépression et de risque suicidaire auprès d'étudiants vivant dans des résidences universitaires françaises. Notre choix s'est porté sur un échantillonnage aléatoire au sein de résidences universitaires. Nos objectifs de dépistage de la détresse psychologique, de la dépression majeure et de la crise suicidaire par des entretiens cliniques (objectif 1) et d'échantillonnage systématique (objectif 2) nous ont conduits à l'opérationnalisation d'une procédure de diagnostic innovante par porte-à-porte.

2. Méthodologie

2.1. Procédure et participants

Les données sont issues du recueil d'entretiens cliniques structurés menés par 15 stagiaires psychologues formés à l'entretien diagnostic clinique et au repérage et à la prise en charge d'urgence de la crise suicidaire. Les stagiaires psychologues ont suivi 70 heures de formation du programme recommandé et réalisé dans le cadre de la stratégie nationale de prévention du suicide (Terra & Seguin, 2001). La formation abordait entre autres la démarche du programme, les techniques d'entretien, la promotion et prévention en santé mentale, des mises en situation et jeux de rôle sur les interventions). Le recrutement des participants s'est effectué en porte-à-porte au sein de 9 résidences universitaires de la région Auvergne-Rhône-Alpes, en soirée et jours de semaine (mardis, mercredis et jeudis de 18h à 21h), chaque porte étant frappée au minimum 3 fois et au maximum 10 fois à des jours et horaires différents. Les 3000 portes frappées ont été choisies aléatoirement au sein des résidences universitaires en respectant un critère de représentativité du type de logement occupé (*i.e.*, chambre, T1, …) de manière à ce que l'échantillon soit le plus représentatif possible, sur des critères socio-économiques et usages d'espaces communs (*i.e.*, cuisine et sanitaires), de la population vivant en résidence universitaire. Les 9 résidences choisies composaient un ensemble sans

caractéristique de spécificité (ni géographique, ni accueil d'étudiants de filières spécifiques) et aucune action de promotion de la santé mentale ou de prévention de la dépression n'y avait eu lieu dans les mois précédant l'enquête.

3000 portes frappées ont été initialement frappées sans critère d'exclusion à priori. Sur les 1486 étudiants ayant ouvert leur porte aux enquêteurs, 1324 ont accepté de participer à l'étude et ont répondu à l'ensemble des questions de l'entretien structuré (voir Diagramme 1). L'échantillon final était constitué de 1324 participants (598 hommes et 709 femmes) âgés de 16 à 50 ans (*M*= 21.1; *ET*= 3.1). Les étudiants d'origine non-métropolitaine (DOM-TOM) et les étudiants étrangers constituaient 36.8% de l'échantillon. La répartition des étudiants selon le niveau, la filière d'études et le type d'établissement fréquenté est détaillée dans le tableau 1.

Lorsque l'étudiant ouvrait sa porte au stagiaire psychologue, ce dernier lui présentait l'étude comme une enquête sur le bien-être des étudiants afin de minimiser les biais d'échantillonnage liés à la présentation des objectifs de l'étude. Une fois que le participant était informé et consentait aux modalités de l'enquête, le stagiaire psychologue lui posait quelques questions sociodémographiques avant de procéder à un entretien clinique structuré (constitué de l'évaluation de la détresse psychologique, du diagnostic d'épisode dépressif majeur et si besoin de son intensité, puis du risque suicidaire). Dans le cas où les réponses du participant laissaient entrevoir un état clinique (de détresse, dépression majeure et/ou risque suicidaire), le stagiaire psychologue menait un entretien ouvert de vérification des symptômes sur le plan clinique. Dans le cas d'une confirmation, les stagiaires psychologues estimaient la situation de l'étudiant en termes de risque, urgence ou danger (Terra, 2003) et proposaient systématiquement à l'étudiant une mesure d'aide adaptée à sa situation (pouvant aller d'une incitation de consultation à la mise en sécurité du résidant par l'appel à un service d'urgences). Chaque situation faisait l'objet d'un compte-rendu et les situations problématiques d'un

signalement auprès d'un professionnel de santé référent de l'étude, indépendant de la direction scientifique de l'étude.

Diagramme 1 ici

Tableau 1 ici

2.2. Matériel

Les *données sociodémographiques* recueillies concernaient l'âge, le genre, l'origine géographique du participant, le niveau, la filière d'études et le type d'établissement fréquenté.

La *détresse psychologique* du participant était évaluée à l'aide du module MH-5 (Mental Health Inventory à 5 items) issu du Medical Outcome Study Short Form (MOS-SF-36 : Ware & Sherbourne 1992) et validé en version française (Leplege, Ecosse, Verdier & Perneger, 1998). Le score (allant de 0 à 100) est considéré comme marqueur d'un état de détresse psychologique lorsqu'il est inférieur à 56.

La prévalence d'épisode dépressif majeur était évaluée à l'aide du module A du Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I. 5.0.0. : Lecrubier *et al.*, 1997) validé dans sa version française (Lecrubier *et al.*, 1999). En cas d'expérience d'épisode dépressif majeur sur les deux dernières semaines, *l'intensité de l'épisode dépressif majeur* était évaluée avec l'Inventaire de Dépression de Beck – 2ème version (BDI-II : Beck, Steer & Brown, 1998). Le score obtenu (allant de 0 à 63) permettait de qualifier l'intensité de l'épisode dépressif majeur de minimum (score compris entre 0 et 11), léger (score compris entre 12 et 19), modéré (score compris entre 20 et 27) ou sévère (score compris entre 28 et 63).

Le risque suicidaire était mesuré avec le module C du M.I.N.I. 5.0.0. validé en version française (Lecrubier *et al.*, 1999). En cas de risque suicidaire actuel, le potentiel suicidaire était ensuite qualifié de léger, moyen ou élevé conformément aux critères d'utilisation de l'outil diagnostic.

Le recours à un suivi psychologique était mesuré par un item demandant au participant s'il avait, dans les 3 mois précédant l'enquête, déjà consulté un « psy » (le type de professionnel : psychologue, psychiatre, psychothérapeute, n'était pas précisé dans la question).

3. Résultats

Pour chacune des issues de santé mentale mesurées, nous avons réalisé des analyses descriptives de l'échantillon global, puis analysé la répartition d'étudiants diagnostiqués en état de fragilité selon les modalités de(s) la variable(s) sociodémographique(s) par des Chi^2 (Chi^2 multiples). Nous reportons ici exclusivement les résultats statistiquement significatifs.

3.1. Détresse psychologique (score MH-5)

Le score médian de détresse psychologique est de 70 (M= 68.89 ; ET= 14.75), et 278 étudiants (soit 20.99%) présentent un score inférieur à 56, marqueur d'une détresse psychologique avérée. Les résultats montrent une proportion significativement plus importante de femmes en état de détresse psychologique (n= 198 ; 27.93%) que d'hommes (n= 75 ; 12.54%), $Chi^2(dl= 1) = 46.47$, $p< .001$. Le niveau d'avancement dans les études, le type d'établissement fréquenté et l'origine géographique des étudiants n'apparaissent pas comme des critères significativement liés à leur état de détresse psychologique. La filière d'études poursuivie est en revanche associée à l'état de détresse psychologique ; les étudiants

poursuivant des études en sciences humaines et sociales et enseignement semblant être les plus exposés au risque de détresse psychologique, $Chi^2(dl= 4) = 21.37$, $p< .001$ (voir Tableau 2). Nous notons que les étudiants en sciences et techniques sont particulièrement moins à risque de détresse psychologique que les étudiants suivant d'autres filières.

3.2. Episode dépressif majeur (MINI-module A ; BDI-II)

68 étudiants (5.1% de l'échantillon de l'étude) vivent un EDM selon les critères du MINI-A. L'intensité de cet EDM était minimale pour 9 d'entre eux (13.2%), légère pour 19 d'entre eux (27.9%), modérée pour 20 d'entre eux (29.4%) et sévère pour 22 d'entre eux (32.3%) selon les critères de la BDI-II. L'impact du genre, de l'origine géographique, du niveau et établissement d'études ne se sont pas révélés significatifs de la prévalence d'EDM. En revanche, la filière d'études est associée à la prévalence d'EDM ; les étudiants les plus à risques étant ceux poursuivant des études de commerce, communication, management, Chi^2 ($dl= 1$) = 9.81, $p =.04$ (voir détails tableau 2). L'impact du niveau et type d'établissement d'études ne se sont pas révélés significativement associés à l'intensité des EDM en raison du trop faible effectif ayant connu un EDM.

3.3. Risques suicidaires

1193 étudiants ne présentent aucun risque suicidaire (84.79% de l'échantillon de l'étude). Parmi les 121 d'étudiants présentant un risque suicidaire (9.9% de l'échantillon de l'étude), 82 d'entre eux (67.76 %) présentent un risque léger, 18 (14.87 %) présentent un risque modéré et 21 (17.36 %) présentent un risque élevé. Le risque suicidaire est plus fréquent chez les étudiantes ($n= 79$; 11.25%) que chez les étudiants ($n= 41$; 6.88%), Chi^2 ($dl= 1$) = 7.35, p

<.01. La prévalence du risque suicidaire est maximale dans la première année d'études (*n*= 54 ; 13.60%) puis décroit au fur et à mesure du parcours de l'étudiant (2ème année : *n*= 25 ; 9.51% ; 3ème année : *n*= 24 ; 10.30% ; 4ème année : *n*= 10 ; 5.18% ; 5ème année : *n*= 7 ; 3.33% ; 6ème année et plus : *n*=1 ; 6.25%), Chi^2 (*dl*= 5) = 22.07, *p* =.01. L'influence du type d'établissement n'a pas pu être considérée étant donné le faible nombre d'étudiants présentant un risque suicidaire hors université (*n*= 20). La filière d'études poursuivie est associée au risque suicidaire, les étudiants les plus vulnérables étant ceux poursuivant des études en sciences humaines, Chi^2 (*dl*= 4) = 15.15, *p* =.01 (voir Tableau 2).

Aucune variable n'est significativement associée à l'intensité du risque suicidaire. Dans un souci de repérage du risque suicidaire présent au moment de l'étude (et non du risque exclusivement passé), nous avons isolé les étudiants présentant un risque suicidaire léger exclusivement déterminé par une tentative de suicide passée (*i.e.*, item 6 du MINI-C : « Au cours de ta vie, as-tu déjà fait une tentative de suicide ? »). Sans comptabiliser ces 53 étudiants que l'on pourrait considérer comme « faux-positifs » du risque suicidaire, nous observons alors 68 étudiants en risque suicidaire actuel, soit une prévalence de 5.14%.

Tableau 2

3.4. Recours à un suivi psychologique

36 étudiants (2,7 %) affirment avoir consulté un « psy » dans les 3 derniers mois. La moitié de ces étudiants ayant consulté (*n*= 18 ; 50%) présentaient un score de détresse psychologique inférieur au seuil clinique de 56, peu d'entre eux (*n*= 6 ; 16.67%) connaissaient un EDM et un quart d'entre eux (*n*=9, 25%) présentaient un risque suicidaire mais seulement

très peu d'entre eux étaient en risque suicidaire actuel (*n*=5 ; 13.89%). Autrement dit, seuls 6.48% des étudiants en état de détresse de psychologique, 8.82% des étudiants en EDM et 7.44% des étudiants présentant un risque suicidaire (dont 7.35% en risque actuel) avaient eu recours à une consultation psychologique dans le trimestre écoulé.

4. Discussion

Les résultats observés dans le cadre de cette étude permettent de dresser un premier constat quant à la détresse, la dépression et le risque suicidaire des étudiants français vivant en résidences universitaires. Les taux de prévalence observés (détresse : 20.99% ; EDM : 5.1% et risque suicidaire actuel : 5.14%) semblent inférieurs à ceux observés dans les études précédentes (respectivement 37%, 9.1% et 4.5% ; enquête LMDE, 2015, Morvan *et al.*, 2013). L'interprétation de ces écarts peut être multiple. Premièrement, il convient de souligner que les études précitées n'utilisaient pas les mêmes outils diagnostics que ceux utilisés dans les précédentes études (à l'exception de l'enquête LMDE mesurant la détresse psychologique à l'aide du questionnaire MH-5 ; LMDE, 2015). Deuxièmement, les outils diagnostics utilisés précédemment questionnaient les étudiants sur leurs symptomatologies dépressive et suicidaire au cours des 12 derniers mois, alors que les outils que nous avons utilisés pour mesurer ces mêmes symptomatologies se restreignaient aux 15 derniers jours (Episode Dépressif) ou au mois passé (Risque suicidaire ; Détresse). Il est logique que les chiffres de prévalence observés sur le cumul de 12 mois soient plus importants que ceux observés sur un seul mois de l'année. Troisièmement, nous pouvons supposer que la méthodologie d'inclusion des participants par porte-à-porte systématique et répété sur le lieu de vie des étudiants (chaque porte étant frappée au minimum 3 fois et au maximum 10 fois à des jours et horaires différents) a permis un échantillonnage plus représentatif sur le plan clinique de la population étudiante vivant en

résidence universitaire que celui des enquêtes menées sur la base du volontariat qui peuvent également opérer des techniques spécifiques d'échantillonnage et/ou de pondération pour rendre les échantillons représentatifs des populations étudiées. Bien que nous n'ayons pas opté pour ce choix pour assurer la représentativité de notre échantillon avec la population française vivant en résidence universitaire, les précautions méthodologiques lors de l'inclusion des participants (tirage au sort des portes frappées, respect de la représentativité de la taille des logements occupés, …) ont permis de limiter les biais d'échantillonnage. Nous avons en effet obtenu un fort taux de réponses dans cette étude : 89% des étudiants ayant ouvert leur porte aux intervenants-pairs et à qui l'étude a été présentée ont accepté de répondre, soit 44% des portes frappées. Ces taux sont particulièrement hauts comparativement à ceux habituellement observés dans les enquêtes en milieu étudiant (LMDE 2014 et 2015 : 17 % ; OVE 2016 : 25,6 % ; Emévia 2015 : 18,2 % ; Lovell et al., 2015 : 11%) et appuient l'efficience de notre méthodologie de diagnostic. En effet, l'augmentation significative du taux de réponse appuie l'hypothèse interprétative d'une réduction d'un biais d'échantillonnage dans notre étude comparativement à certaines enquêtes précédemment menées. Nous supposons que la présence des interviewers a conduit les étudiants à participer à notre enquête, qu'ils se sentent concernés ou non par la santé psychologique des étudiants, alors que des enquêtes auto-administrées en ligne pourraient inclure des étudiants qui se sentent plus concernés, notamment en raison de leur état, par les possibilités offertes d'exprimer une plainte quant à leur santé psychologique. Il serait intéressant de poursuivre ce type de questionnement par l'étude systématique des refus de participation aux enquêtes. Quatrièmement, la méthodologie par entretien standardisé que nous avons utilisée a permis, dans cette étude, la détection de « faux-positifs ». Par exemple, nous observons une proportion non négligeable d'étudiants « faux-positifs » en termes de risque suicidaire en raison d'une tentative de suicide passée mais qui ne reportent actuellement aucun symptôme avec ces problématiques et chez qui aucun signe clinique du risque suicidaire n'a été

relevé dans l'entretien de confirmation. Ce dernier élément souligne la nécessité de vérifier la réalité des symptômes sur le plan clinique par un entretien psychologique (Shea, Terra, Séguin, Magne, & Jeammet, 2005). En dépit d'une valeur prédictive positive acceptable du MINI en comparaison aux autres outils existants (.82 en comparaison avec le CIDI et .87 avec le SCID pour l'épisode dépressif majeur : Lecrubier et al. 1997 ; Sheehan et al., 1997), les recommandations d'utilisation du MINI appuient clairement notre suggestion d'une variabilité des qualités psychométriques de l'instrument diagnostique en fonction de la méthodologie d'administration employée : « Le MINI présente de meilleures qualités psychométriques lorsqu'il est administré par un clinicien qu'en auto-questionnaire » (Fernandez et al., 2005 ; page 16). Nous supposions que notre démarche diagnostique, par entretiens cliniques structurés en porte-à-porte, serait à même d'offrir un cadre propice à l'expression émotionnelle et à l'expression des symptômes. Notre démarche a effectivement permis une plus grande expression des symptômes sans que cela ne se répercute par une augmentation des prévalences en raison de l'élimination des participants « faux positifs ». D'un point de vue qualitatif, nous avons à maintes reprises observé une mésinterprétation de certains items diagnostics (*e.g.*, Au cours du mois écoulé, as-tu établi la façon dont tu pourrais te suicider ?), ce qui a conduit parfois les enquêteurs à proposer une modification des premières réponses données aux questionnaires. Cette vérification essentielle ne peut être entreprise que par une méthodologie d'entretien clinique menée par des intervenants formés en psychologie. Nous notons toutefois que les « faux-positifs » étaient ici principalement désignés sur la mesure de risque suicidaire. Il convient donc de considérer de manière plus générale la pertinence de l'outil de diagnostic utilisé et ses qualités psychométriques au-delà des conditions de diagnostic. Par ailleurs, nous sommes conscients que l'exploration diagnostique par entretien clinique pourrait convier l'influence d'autres facteurs propres au raisonnement analytique du psychologue clinicien telle que la tendance à la confirmation d'hypothèses par exemple (Gilibert & Banovic, 2009).

Le recours à un diagnostic dans le cadre d'un entretien clinique réalisé par des personnels formés en psychologie permet également de répondre aux précautions déontologiques nécessaires à de telles études. Au-delà de la réassurance face à l'inconfort généré par les questions posées sur de telles problématiques et les résurgences de pensées qu'elles peuvent générer, il apparait comme incontournable de repérer et proposer une démarche de prise en charge relative à l'intensité et l'immédiateté du risque suicidaire. Dans des dispositifs d'étude de la santé mentale des étudiants, réalisés via des questionnaires en ligne anonymes, cette démarche doit être mise en œuvre par le participant lui-même (suite éventuellement à des recommandations personnalisées de prise de rendez-vous avec un professionnel). Notre procédure par porte-à-porte a permis l'accompagnement immédiat vers un dispositif d'aide (consultations psychologiques et/ou psychiatriques). Le recours à la méthodologie de l'entretien semi-directif est à l'heure actuelle également recommandée dans le repérage du risque suicidaire afin de prévenir un passage à l'acte à court terme (Peyron & David, 2015).

Une hypothèse relative aux faibles expressions de symptômes observées (au regard des autres méthodologies utilisées) relève de la spécificité de notre échantillon. Nous pourrions suggérer les étudiants vivant en résidences universitaires seraient moins à risque, en partie car moins isolés socialement, et théoriquement insérés dans une vie communautaire les amenant à partager des lieux de vie communs. La vie communautaire agirait comme un facteur de soutien social ou une ressource (Lazarus & Folkman, 1984) modérant les difficultés potentielles liées à l'éloignement géographique de ces étudiants. Néanmoins, le retour qualitatif et informel recueilli lors de la passation de l'étude questionne l'engagement des liens sociaux au sein des résidences universitaires. Une grande majorité des étudiants interrogés semblaient par exemple ignorer qui était leur voisin de porte ou de palier. Une interprétation possible de nos résultats

pourrait alors résider dans la spécificité de l'âge de notre échantillon. Les études précédemment citées en référence incluaient des échantillons principalement composés d'étudiants de première année alors que ces derniers, bien que plus à risque dans notre étude également, ne constituent qu'un tiers de notre échantillon. De futures recherche devraient permettre de mieux cibler par la suite les profils d'étudiants les plus à risque de détresse, dépression et suicide. Dans notre échantillon d'étudiants vivant en résidences universitaires, nous avons pu repérer que les femmes plus que les hommes, étudiant les sciences humaines et en première année seraient plus à risque de détresse, dépression et tentatives suicidaires comme cela est classiquement observé dans d'autres pays (*e.g.*, Bewick, Koutsopoulou, Miles, Slaa, & Barkham, 2010 ; voir pour la dépression : Ibrahim, Kelly, Adams, & Glazebrook, 2013). Il conviendrait par ailleurs, de pouvoir contrôler d'autres covariants potentiels en termes de psychopathologie (troubles anxieux, troubles obsessionnels, …) et consommations de substances qui constituent des facteurs de risque de la crise suicidaire notamment (King *et al.*, 2015).

En conclusion, il apparait que la détresse, dépression majeure et le risque suicidaire constituent des problématiques avérées au sein de la population étudiante française pour lesquelles il convient d'envisager des programmes de prévention et de prise en charge actifs. En dépit du mal-être psychologique observé dans cette population, le taux de recours aux soins médico-psychothérapeutiques est faible, comme nous avons pu l'observer dans cette étude. Conformément à nos résultats, une étude menée principalement auprès d'étudiants de 1ère année montre que seuls 5.6% des étudiants ont eu recours à un psychologue ou à un psychiatre (Boujut, Koleck, Bruchon-Schweitzer, & Bourgeois, 2009). Ce constat d'un très faible taux de recours aux dispositifs d'accompagnement psychologique observé auprès des publics en situation de précarité psychologique nécessite d'être mieux compris. Au-delà de la consultation « psy », le recours à un médecin généraliste dans les douze derniers mois « pour des questions de tristesse, de déprime ou d'anhédonie (sur une période d'au moins quinze jours) » est aussi

très faible puisqu'il concerne environ 3 % des étudiants (Beck & Richard, 2013 : Baromètre Santé des jeunes, 2010). Il nous semble primordial d'étudier la nature des freins à la consultation des étudiants pour des raisons de vulnérabilité psychologique, afin d'y remédier et de promouvoir un dispositif de prise en charge de ces problématiques de santé mentale.

Références bibliographiques

Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (1996). *Inventaire de Dépression de Beck - 2ème édition* (BDI-II). Manuel. ECPA-Pearson.

Beck F., Richard J.-B., (2013). *Les Comportements de santé des jeunes*. Analyses du Baromètre santé 2010. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2013 : 344 p.

Bewick, B., Koutsopoulou, G., Miles, J., Slaa, E., & Barkham, M. (2010). Changes in undergraduate students' psychological well-being as they progress through university. *Studies in Higher Education*, *35* (6), 633–645.

Bonnaud-Antignac, A., Tessier, P., Quere, M., Guihard, É., Hardouin, J. B., Nazih-Sanderson, F., & Alliot-Licht, B. (2015). Stress, qualité de vie et santé des étudiants. Suivi de cohorte en première année commune d'étude en santé (PACES). *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, *25*(2), 58-65.

Bostanci, M., Ozdel, O., Oguzhanoglu, N. K., Ozdel, L., Ergin, A., Ergin, N., Atesci, F., Karadag, F. (2005). Depressive Symptomatology among University Students in Denizli, Turkey: Prevalence and Sociodemographic Correlates. *Croatian Medical Journal, 46(1)*, 96D100.

Boujut, E., Koleck, M., Bruchon-Schweitzer, M., & Bourgeois, M. L. (2009). La santé mentale chez les étudiants: suivi d'une cohorte en première année d'université. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 167, No. 9, pp. 662-668). Elsevier Masson.

Catanzarite, J. A., Robinson, M.D. (2013). Peer Education in Campus Suicide Prevention. *New directions for student services, 141*, 43-53. Doi: 10.1002/ss.20039

Daniel, H. (2010). La précarité des étudiants. La rencontre, les entretiens psychothérapiques et leurs aménagements. *Psychologues et Psychologies, 211(11)*, 20-23.

Deasy, C., Coughlan, B., Pironom, J., Jourdan, D., & Mannix-McNamara, P. (2014). Psychological Distress and Coping amongst Higher Education Students: *A Mixed Method Enquiry. PLOS ONE, 9*(12), e115193. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0115193

Doron, J., Stephan, Y., & Le Scanff, C. (2013). Les stratégies de coping : une revue de la littérature dans les domaines du sport et de l'éducation. *Revue européenne de psychologie appliquée, 63*(5), 303-313.

EméVia (2015). *La santé des étudiants en 2015*. 9ème Enquête Nationale.

Erlich, V. (2004). The "New" Students. The Studies and Social Life of French University Students in a Context of Mass Higher Education. *European Journal of Education*, 39(4), 485-495.

Faurie, I., Thouin, C., & Sauvezon, C. (2016). Etude longitudinale du stress perçu chez les étudiant.e.s : effets modérateurs de l'estime de soi et du sentiment d'efficacité personnelle. *L'Orientation Scolaire et Professionnelle, 45,* 1, 5-31. DOI : 10.4000/osp.4700.

Fernandez, L., Aulagnier, M., Bonnet, A., Guinard, A., Pedinielli, J. L., & Préau, M. (2005). Module VI: Outils Psychométriques, dans P. *Démarches épidémiologiques après une catastrophe. Online: http://www. invs. sante. fr/publications/2005/epidemiologie catastrophes/module6. pdf.*

Gilibert, D. & Banovic, I. (2009). Effect of the training in psychology on the causal interpretation of a clinical case. *European Journal of Psychology of Education, 24*, 373-385. DOI: 10.1007/BF03174767

Girgin, G. (2009). Evaluation of the factors affecting loneliness and hopelessness among university students in Turkey. *Social Behavior and Personality, 37(6)*, 811-818.

Grebot, E., & Barumandzadeh, T. (2005). L'accès à l'université : une situation stressante à l'origine de certaines stratégies d'ajustement dysfonctionnelles. *Annales médico-psychologiques, 163*, 561-567.

Ibrahim, A.K., Kelly, S.J., Adams, C.E., & Glazebrook, C. (2013). A systematic review of studies of depression prevalence in university students. *Journal of psychiatric research, 47*(3), 391–400. doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.11.015

King, C. A., Eisenberg, D., Zheng, K., Czyz, E., Kramer, A., Horwitz, A, *et al.* (2015). Online Suicide Risk Screening and Intervention With College Students: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83*(3), 630-636. doi:10.1037/a0038805

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Coping and adaptation. In W. D. Gentry (Ed.), *The Handbook of Behavioral Medicine* (pp. 282-325.). New York: Guilford. 282-325.

Lecrubier, Y., Sheehan, D. V., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, I., Sheehan, K. H., ... & Dunbar, G. C. (1997). The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *European psychiatry*, *12*(5), 224-231.

Leplege, A., Ecosse, E., Verdier, A., & Perneger, T.V. (1998). The French SF-36 Health Survey: translation, cultural adaptation and preliminary psychometric evaluation. *Journal of Clinical Epidemiology, 51*(11), 1013-23.

LMDE (2015). *4ème enquête nationale sur la santé des étudiants*. https://www.lmde.fr/lmde/ense-4

Ministère des Affaires Sociales et de la Santé (2014). *Etat des lieux du suicide en France.* http://social-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale-et-psychiatrie/article/etat-des-lieux-du-suicide-en-france

Mitchell, S. L., Kader, M., Darrow, S. A., Melinda, Z., & Keating, N. L. (2014). Evaluating Question, Persuade, Refer (QPR) Suicide Prevention Training in a College Setting. *Journal of College Student Psychotherapy, 27*(2), 138-148. DOI: 10.1080/87568225.2013.766109

Moffitt, L. B., Garcia-Williams, A., Berg, J. P., Calderon, M. E., Haas, A. P. & Kaslow, N. J. (2014). Reaching Graduate Students at Risk for Suicidal Behavior Through the Interactive Screening Program. *Journal of College Student Psychotherapy, 28*(1), 23-34. doi: 10.1080/87568225.2014.854675

Morvan Y., Coulange, I., Krebs, M-O., Boujut, E., & Romo, L. (2016). *La santé psychique des étudiants.* Dans: Les vies étudiantes: tendances et inégalités. La documentation Française.

Morvan, Y., Louis, A., Brebant, C., Monchablon, D., Willard, D., Plaze, M., ... & Krebs, M. O. (2013). Prévalence des difficultés psychologiques des étudiants, recours au généraliste ou au «psy» et retentissement sur le fonctionnement scolaire: premiers résultats d'une enquête menée au service inter-universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé de Paris auprès de 2886 étudiants. *11eme Congrès de l'Encéphale.*

Observatoire National de la Vie Etudiante (OVE) (2013). *Conditions de vie des étudiants 2013*. Repères.

Peyron, P. A., & David, M. (2015). Les outils cliniques d'évaluation du risque suicidaire chez l'adulte en médecine générale. *La Presse Médicale, 44*(6), 590-600.

Saleh D., Camart, N., Sbeira, F., Charrouf, A. & Romo, L. (2018). *La détresse psychologique et le bien-être chez les étudiants : étude exploratoire*. Dans: Etudiants: acteurs de leur santé, Eds: Porrovecchio, A., DiFranscesco, G. & Ladner, J. L'Harmattan. ISBN : 978-2-343-13384-3

Shea, S. C., Terra, J. L., Séguin, M., Magne, A., & Jeammet, P. (2005). *La conduite de l'entretien psychiatrique: l'art de la compréhension*. Elsevier.

Sheehan D., Lecrubier Y., Sheehan KH., et al. (1997). The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *Eur Psychiat, 12*(5): 232-241.

Séguin, M., & Terra, J. L. (2004). *Formation à l'intervention de crise suicidaire : manuel du formateur*. Ministère de la santé et de la protection sociale.

Terra, J.-L. (2003). La prévention du suicide. *Actualités et Dossiers en Santé Publique, 45*(12), 19-62.

Ware Jr, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical care*, 473-483.

Zochil, M. L., & Thorsteinsson, E. B. (2017). Exploring poor sleep, mental health, and help- seeking intention in university students. *Australian Journal of Psychology*. doi.org/10.1111/ajpy.12160

Tableau 1. Répartition de l'échantillon selon le niveau, la filière et le type d'établissement d'études.

Table 1. Characteristics of the sample

Année d'études, n (%)	
Licence 1 / 1re année	398 (30.0)
Licence 2 / 2e année	265 (20.0)
Licence 3 / 3e année	235 (17.7)
Master 1 / 4e année	196 (14.8)
Master 2 / 5e année	211 (15.9)
Doctorat / 6e année et plus	16 (1.2)
NSP	3 (0.2)
Filière d'études, n (%)	
sciences et techniques	370 (27.9)
lettres/langues et enseignement	241 (18.2)
sciences humaines et sociales et santé/médecine	250 (18.8)
commerce/communication et management et	389 (29.4)

éco/droit/gestion/administration	
art/culture et sport et autre	74 (5.6)
Type d'établissement d'études, n (%)	
université	992 (74.9)
IUT	91 (6.9)
BTS	53 (4.0)
CPGE	27 (2.0)
école	157 (11.9)
autre	4 (0.3)

Tableau 2. Santé mentale des étudiants en fonction de leur filière d'études, n (%).

Table 2. Students' mental health as a function of their studies program.

	Détresse psychologique (MH-5 < 56)	Prévalence EDM (MINI – A)	Prévalence Risque Suicidaire (MINI – C)
Sciences et techniques	49 (13.24)	10 (2.70)	20 (5.43)
Lettres, langues et enseignement	62 (25.73)	15 (6.22)	23 (9.66)
Sciences humaines et sociales ; santé, médecine	66 (26.40)	11 (4.42)	35 (14.06)
Commerce, communication, management, économie, droit, gestion des administrations	86 (22.11)	29 (7.46)	33 (8.57)
Art et culture, sport et autres	15 (20.27)	3 (4.05)	10 (13.51)

Aucun conflit d’intérêt à déclarer
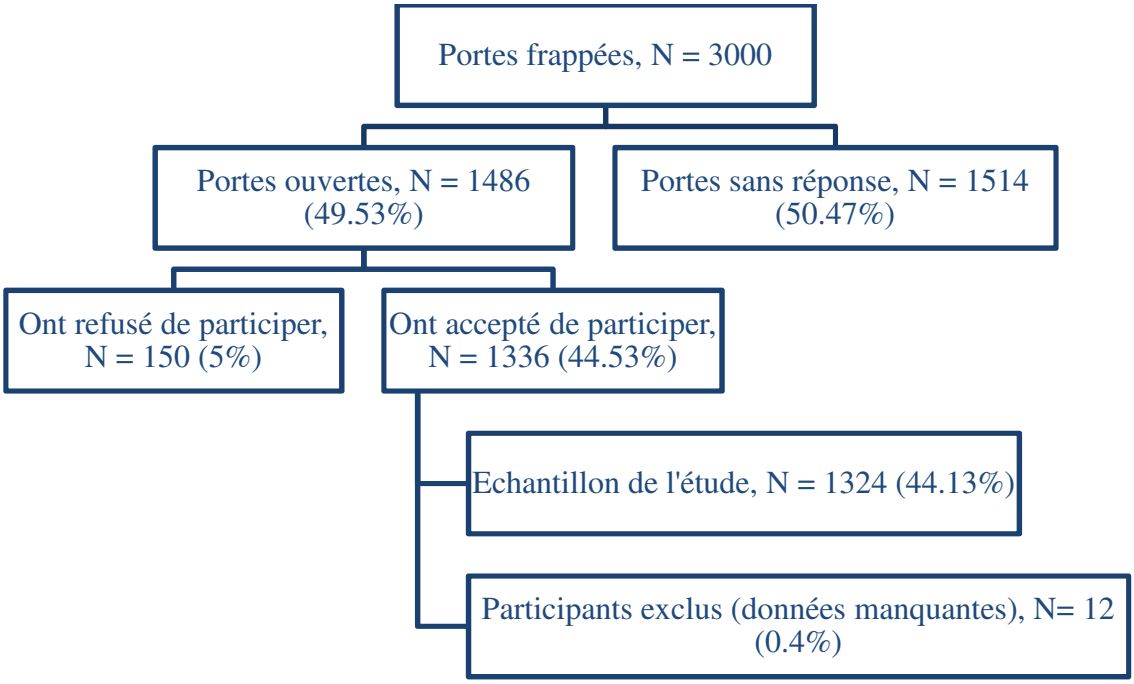
Diagramme 1. Recrutement des participants et constitution de l'échantillon de l'étude (% de portes initialement frappées).