



**HAL**  
open science

## Étude CONFINS sur la santé mentale des étudiants français lors du confinement en lien avec la COVID-19

Ilaria Montagni, Julie Arsandaux, Mélissa Macalli, Stéphane Schück,  
Christophe Tzourio

### ► To cite this version:

Ilaria Montagni, Julie Arsandaux, Mélissa Macalli, Stéphane Schück, Christophe Tzourio. Étude CONFINS sur la santé mentale des étudiants français lors du confinement en lien avec la COVID-19. La santé mentale sur les campus universitaires face aux défis contemporains : de la discrimination à la COVID-19. Regards croisés : Communication, Droit et Psychologie, Oct 2020, Toulouse, France. hal-03447858

**HAL Id: hal-03447858**

**<https://hal.science/hal-03447858>**

Submitted on 24 Nov 2021

**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.



**SMCU2020 Colloquium**  
**26-27 October, 2020**

Document type pour le texte complet des communications

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nom	Montagni
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Prénom	Ilaria
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Adresse email	ilaria.montagni@u-bordeaux.fr

# Étude CONFINS sur la santé mentale des étudiants français lors du confinement en lien avec la COVID-19

Ilaria MONTAGNI<sup>1</sup>, Julie ARSANDAUX<sup>1</sup>, Mélissa MACALLI<sup>1</sup>, Stéphane SCHÜCK<sup>2</sup>,  
Christophe TZOURIO<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Bordeaux Population Health Inserm U1219, Université de Bordeaux, 146 rue Léo Saignat, 33000 Bordeaux, France

<sup>2</sup> Kappa Santé, 4 Rue de Cléry, 75002 Paris, France

## Adresses e-mail :

- [ilaria.montagni@u-bordeaux.fr](mailto:ilaria.montagni@u-bordeaux.fr)
- [julie.arsandaux@u-bordeaux.fr](mailto:julie.arsandaux@u-bordeaux.fr)
- [melissa.macalli@u-bordeaux.fr](mailto:melissa.macalli@u-bordeaux.fr)
- [stephane.schuck@kappasante.com](mailto:stephane.schuck@kappasante.com)
- [christophe.tzourio@u-bordeaux.fr](mailto:christophe.tzourio@u-bordeaux.fr)

## Introduction

En février 2020, l'épidémie de coronavirus SARS-CoV-2, provoquant une maladie nommée COVID-19, a frappé l'Europe et notamment la France, un des pays au monde les plus touchés en nombre de cas et de décès dus à cette maladie. Des mesures pour contenir la COVID-19 ont été mises en place sur le sol français, notamment un confinement généralisé du 17 mars au 11 mai 2020. Si le confinement a fait preuve de son efficacité pour contrôler la maladie avec la réduction des contagions et des hospitalisations, son impact sur la santé mentale de la population a soulevé plusieurs questionnements. Ses effets à court, moyen et long terme sur la santé psychique des individus pourraient être majeurs (Venkatesh & Edirappuli, 2020 ; Zhu *et al.*, 2020).

Stress, dépression et anxiété sont des problèmes de santé mentale qui surgiraient ou s'aggravaient lors du confinement. Lorsque les habitudes de vie changent et que l'évolution d'une épidémie est incertaine, les individus se sentent en danger et mal à l'aise (Shigemura & Kurosawa, 2020). Une synthèse de la littérature sur ce sujet (Brooks *et al.*, 2020) a confirmé l'impact négatif du confinement sur la santé mentale, à savoir des symptômes de stress, de la confusion et de la frustration. Le stress serait de double nature : il pourrait être dû à la pandémie en elle-même avec son taux de mortalité élevé et l'environnement anxiogène généré par la contamination rapide et irréfrenable ; et il serait dépendant des mesures de confinement, vécues comme une limitation très forte de la liberté de chacun (Reynolds *et al.*, 2008). La peur d'être infecté, l'ennui, l'absence de travail et les difficultés économiques sont autant de facteurs de stress en cette période difficile. Une étude a aussi montré que le confinement peut être la cause du suicide des personnes mises en quarantaine (Barbisch, Koenig & Shih, 2015).

Les mesures de confinement pourraient avoir un retentissement plus important sur la santé mentale des jeunes adultes, notamment les étudiant.e.s de l'enseignement supérieur, population déjà vulnérable psychiquement (Kessler *et al.*, 2007). Le mal-être des étudiant.e.s est désormais connu (Lafay *et al.*, 2003) : des données antérieures au COVID-19 montrent que les étudiants français présentent plusieurs problèmes de santé mentale comme dépression (8,9 %), anxiété (15,7 %) et abus de substances (8,1 %) (Kovess-Masfety *et al.*, 2016; Verger *et al.*, 2010; Verger *et al.*, 2009). Une étude chez des étudiant.e.s de première année a aussi

montré que 4,3 % ont une tendance suicidaire (Boujut, Koleck, Bruchon-Schweitzer & Bourgeois, 2009).

L'objectif de cette communication est de décrire l'impact de l'épidémie de COVID-19 et du confinement sur la santé mentale des étudiant.e.s grâce à une e-cohorte créée à cette occasion. Une comparaison avec la population générale participant à la même e-cohorte est proposée pour évaluer la spécificité de la population étudiante.

## Méthodes

### L'e-cohorte CONFINS

En avril 2020, des chercheurs du Bordeaux Population Health UMRS 1219 (Inserm-Université de Bordeaux) et la société Kappa Santé ont mis en place une cohorte prospective en ligne appelée CONFINS, adressée à toute la population francophone, avec un recrutement ciblé auprès des étudiant.e.s de l'enseignement supérieur via les canaux de communication (e-mails, réseaux sociaux) de l'étude i-Share (Internet-based students health research enterprise)<sup>1</sup>- portée par l'université de Bordeaux. Le recrutement de la population générale s'est fait via les médias classiques (émissions télévisées, publications dans la presse, etc.) et les réseaux sociaux de la société Kappa Santé.

La participation a été basée sur le volontariat et commençait par un questionnaire d'inclusion, suivi de questionnaires hebdomadaires puis mensuels pendant 1 an. Le questionnaire d'inclusion contenait 11 blocs (Critères d'éligibilité ; Vos données sociodémographiques ; Vos perceptions sur l'épidémie en cours ; Les consignes : les suivez-vous ? Qu'en pensez-vous ? ; Votre confinement ; Impact du confinement ; Votre avis sur traitements et vaccins ; Votre profil médical ; Vos activités en confinement ; Vos perceptions sur la santé ; Vous gardez le moral ?) pour un total de 177 items. Les modalités de réponses étaient variées : choix multiples, réponses binaires, échelles de Likert, etc. Les critères d'éligibilité étaient être majeur et être confiné en France au moment de l'inclusion. Tous les participants ont fourni leur consentement en ligne avec une signature électronique (correspondant à une case à cocher) après la lecture de la notice d'information. Le premier participant a été inclus le 8 avril 2020. La base de données concernant cette communication comprend les données recueillies à l'inclusion entre le 8 avril et le 11 mai 2020, jour du déconfinement en France.

L'étude est en accord avec la Déclaration d'Helsinki et la récolte, le stockage et l'analyse des données respectent le règlement général sur la protection des données (RGPD). L'étude a aussi reçu l'accord du Comité de protection des personnes (CPP, réf. 46-2020) et de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL, réf. MLD/MFI/AR205600).

### Mesures

Concernant les indicateurs de santé mentale, le questionnaire d'inclusion comprenait les items suivants : stress perçu (échelle de 0 à 10, seuil de 5) ; pensées suicidaires au cours des 7 derniers jours (non jamais, oui quelques fois, oui à de multiples reprises) ; plus deux échelles validées de santé mentale, le PHQ-9 [Patient Health Questionnaire, (Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001)] pour la symptomatologie dépressive et la GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder Scale, (Spitzer *et al.* , 2006)) sur l'anxiété généralisée. Le PHQ-9 et la GAD-7 comptent respectivement 9 et 7 items et utilisent une échelle Likert de 0 (jamais) à 3 (presque tous les jours). Pour le PHQ-9, le score peut aller de 0 à 27 points (seuil à 10) et nous avons utilisé les catégories suivantes : absence de dépression (0-4 points), dépression légère (5-9 points), dépression modérée (10-14 points), dépression modérément sévère (15-19 points) et

---

<sup>1</sup>[www.i-share.fr](http://www.i-share.fr)

dépression sévère (20-27 points). Pour la GAD-7, le score peut aller de 0 à 21 points (seuil à 15) et nous avons utilisé les catégories suivantes : absence d'anxiété (0-4 points), anxiété légère (5-9 points), anxiété modérée (10-14 points) et anxiété sévère (15-21 points). Les informations recueillies avec ces deux échelles concernaient les 7 derniers jours.

Nous avons utilisé les données sociodémographiques suivantes : statut (étudiant, pas étudiant) ; âge ([18;21[ ans, [21;25[ ans, [25;30[ ans, [30;35[ ans, [35;40[ ans, [40;45[ ans, plus de 45 ans) ; sexe (femme, homme) ; statut marital (célibataire, en couple depuis au moins 3 mois sans être marié.e ni pacsé.e, marié.e ou pacsé.e, autre/divorcé.e, veuf.ve) ; présence d'enfants (oui, non) ; travailler ou faire des études en santé ; avoir des antécédents psychiatriques (oui, non).

Nous avons aussi pris en compte des variables concernant le confinement : être confiné.e seul.e (oui, non) ; superficie du lieu de confinement en m<sup>2</sup> ; avoir quelqu'un de son entourage atteint/ayant des signes de la COVID-19 (oui, non) ; pratiquer une activité physique à l'intérieur et/ou à l'extérieur dans les 7 derniers jours (oui, non) ; et fréquence des interactions sociales en face à face, par téléphone, par SMS ou sur les réseaux sociaux (oui, non).

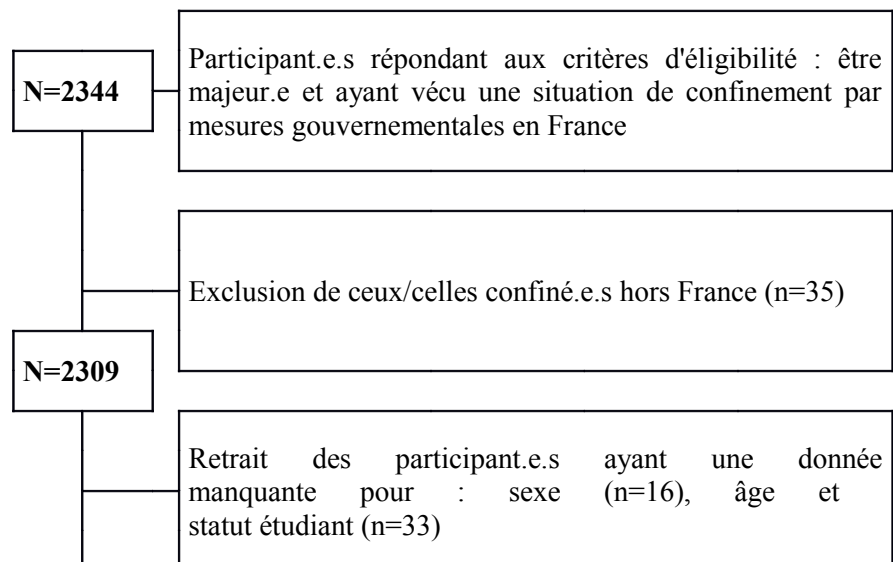
### Analyse des données

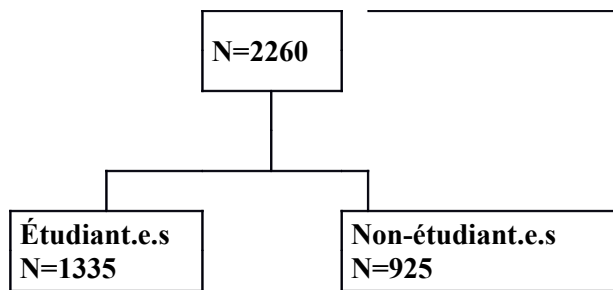
Une analyse descriptive a été réalisée en présentant les variables quantitatives selon la médiane (Q1-Q3) et les variables qualitatives selon les effectifs et les pourcentages. Concernant les données sur la santé mentale, les étudiant.e.s ont été comparé.e.s aux autres participants à l'étude (population générale non-étudiante) avec des tests de comparaison de moyennes (loi normale) et le test du Chi<sup>2</sup> d'indépendance. Des modèles de régression logistique ajustés sur toutes les variables sociodémographiques et de confinement ont été réalisés pour vérifier l'effet du statut étudiant sur chaque indicateur de santé mentale comparé à la population non-étudiante.

Les données ont été analysées avec SAS version 9.3.

## Résultats

Nous présentons ici les résultats préliminaires de l'e-cohorte CONFINS. La Figure 1 illustre le diagramme de flux qui présente les deux groupes de notre échantillon (n=2260) : 1335 étudiant.e.s versus 925 non-étudiant.e.s. Les étudiant.e.s représentaient donc 60 % de l'échantillon total.





**Figure 1. Diagramme de flux de la population CONFINS, France 2020.**

Le Tableau 1 décrit les deux groupes en matière de données sociodémographiques et de confinement.

**Tableau 1. Données sociodémographiques et de confinement de la population CONFINS selon le statut étudiant ou non, France 2020.**

	Total (N=2260)		Étudiants (N=1335)
	Non-étudiant.e.s (N=925)	%	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>
<b>Âge en classes</b>			
Entre 18 et 21 ans	4	0,4	334
Entre 21 et 25 ans	91	9,8	723
Entre 25 et 30 ans	224	24,2	224
Entre 30 et 35 ans	146	15,8	30
Entre 35 et 40 ans	73	7,9	12
Entre 40 et 45 ans	62	6,7	4
Plus de 45 ans	325	35,1	8
<b>Sexe</b>			
Masculin	231	25,0	270
Féminin	694	75,0	1065
<b>Statut marital</b>			
Célibataire	219	23,7	693
En couple (depuis au moins 3 mois) sans être marié.e ni pacsé.e	271	29,3	577
Marié.e ou pacsé.e	376	40,6	59
Autre (divorcé.e. veuf.ve)	59	6,4	6
<b>Enfants</b>			
Oui	424	45,8	23
Non	501	54,2	1312
<b>Travailler ou faire des études en santé</b>			
Oui	375	40,5	507
Non	550	59,5	828
<b>Avoir des antécédents psychiatriques (N=1865)</b>			
Oui	171	23,9	254
Non	545	76,1	895
<b>Être confiné.e seule</b>			
Oui	147	15,9	221
Non	778	84,1	1114
<b>Superficie du lieu de confinement en m<sup>2</sup> (N=2252)</b>	90	(57-125)	80
<b>Avoir quelqu'un de son entourage atteint/ayant des signes de la COVID-19</b>			
Oui	407	44,0	556

Non	518	56,0	779
<b>Pratiquer une activité physique à l'intérieur et/ou à l'extérieur dans les 7 derniers jours</b>			
Oui	782	84,5	1081
Non	143	15,5	254
<b>Fréquence des interactions sociales en face à face (N=1919)</b>			
Jamais	471	64,7	783
Moins d'une fois par semaine	114	15,7	158
Une fois par semaine	45	6,2	56
Plusieurs fois par semaine	45	6,2	40
Tous les jours	53	7,3	154
<b>Fréquence des interactions sociales par téléphone (N=1919)</b>			
Jamais	19	2,6	68
Moins d'une fois par semaine	69	9,5	126
Une fois par semaine	153	21,0	269
Plusieurs fois par semaine	311	42,7	465
Tous les jours	176	24,2	263
<b>Fréquence des interactions sociales par SMS (N=1919)</b>			
Jamais	34	4,7	77
Moins d'une fois par semaine	38	5,2	85
Une fois par semaine	56	7,7	102
Plusieurs fois par semaine	302	41,5	398
Tous les jours	298	40,9	529
<b>Fréquence des interactions sociales sur les réseaux sociaux (N=1919)</b>			
Jamais	132	18,1	62
Moins d'une fois par semaine	50	6,9	71
Une fois par semaine	49	6,7	70
Plusieurs fois par semaine	227	31,2	336
Tous les jours	270	37,1	652

Nous observons que les étudiant.e.s ont tendance à être jeunes, célibataires ou en couple, plutôt que marié.e.s ou pacsé.e.s, sans enfants, seul.e.s dans un logement plus petit. Les deux groupes étaient similaires concernant la proportion d'hommes et de femmes (avec une forte prédominance de femmes dans les deux groupes), du fait de travailler ou étudier dans le milieu de la santé, d'avoir des antécédents psychiatriques, d'avoir quelqu'un de son entourage atteint/ayant des signes de la COVID-19 et d'avoir une activité physique. Par ailleurs, les interactions sociales sur les réseaux sociaux sont plus importantes chez les étudiant.e.s et les fréquences d'interactions en face à face, par téléphone et par SMS sont relativement proches entre les deux groupes.

Les indicateurs de santé mentale sont présentés dans le Tableau 2.

**Tableau 2. État de santé mentale de la population CONFINS selon le statut étudiant ou non, France 2020.**

	Total (N=2260)			
	Non-étudiant.e.s (N=925)		Étudiant.e.s (N=1335)	
	n	%	n	%
<b>Stress perçu (N=1919)</b>				
Score de stress perçu (/10) en continu, médiane (Q1-Q3)	5,0	(3,0-7,0)	6,0	(4,0-8,0)
<b>Stress perçu en binaire</b>				
≤ 5	575	62,2	599	44,9
> 5	350	37,8	736	55,1
<b>Pensées suicidaires au cours des 7 derniers jours (N=1919)</b>				
Non, jamais	673	92,4	1052	88,3
Oui, quelquefois	42	5,8	121	10,2
Oui, à de multiples reprises	13	1,8	18	1,5
<b>Symptomatologie dépressive (PHQ-9)</b>				
Score PHQ-9 en continu, médiane (Q1-Q3)	4	(1,0-8,0)	7	(3,0-12,0)

Score PHQ-9 en catégoriel				
Absence de dépression (0-4 points)	508	54,9	443	33,2
Dépression légère (5-9 points)	238	25,7	401	30,0
Dépression modérée (10-14 points)	98	10,6	264	19,8
Dépression modérément sévère (15-19 points)	51	5,5	143	10,7
Dépression sévère (20-27 points)	30	3,2	84	6,3
Score PHQ-9 en binaire				
≤ 10	775	83,8	901	67,5
>10	150	16,2	434	32,5
<b>Anxiété (GAD-7)</b>				
Score GAD-7 en continu, médiane (Q1-Q3)	3,0	(1,0-7,0)	5,0	(2,0-10,0)
Score GAD-7 en catégoriel				
Absence d'anxiété (0-4 points)	575	62,2	634	47,5
Anxiété légère (5-9 points)	195	21,1	336	25,2
Anxiété modérée (10-14 points)	97	10,5	203	15,2
Anxiété sévère (15-21 points)	58	6,3	162	12,1
Score GAD-7 en binaire				
≤ 15	879	95,0	1209	90,6
>15	46	5,0	126	9,4

a : test de comparaison de moyennes (loi normale) ; b : test du Chi2 d'indépendance

Concernant les conditions de santé mentale, nous observons des différences statistiquement significatives entre les deux groupes. Les étudiant.e.s reportaient plus de symptômes dépressifs et anxieux (scores binaires, respectivement 32,5 % versus 16,2 %, p-valeur < 0,0001, et 9,4 % versus 5,0 %, p-valeur < 0,0001), de pensées suicidaires à n'importe quelle fréquence (11,7 % versus 7,6 %, p-valeur = 0,0035) ainsi que de stress perçu (score binaire, 55,1 % versus 37,8 %, p-valeur < 0,0001) par rapport aux non-étudiant.e.s.

Ajustés sur toutes les variables du Tableau 1 ou sociodémographiques et de confinement, les modèles de régression logistique ont montré que seulement le risque d'avoir un score de stress perçu supérieur à 5 était significativement plus élevé (OR = 1,35, IC à 95 % [1,009-1,817], p-valeur = 0,0434) chez les étudiant.e.s par rapport aux autres participant.e.s de la cohorte.

## Discussion

Nous avons exploré et analysé des indicateurs de santé mentale chez les étudiant.e.s pour pouvoir (1) évaluer l'état de détresse psychologique des étudiant.e.s lors du confinement, et (2) fournir des pistes de réflexion pour la mise en place d'interventions afin de prévenir et gérer les problèmes de santé mentale lors de la crise sanitaire. Pour pouvoir répondre à la détresse des étudiant.e.s, il est nécessaire de dresser un premier bilan de la fréquence de la dépression, du stress, de l'anxiété et des pensées suicidaires des étudiant.e.s pendant le confinement. Nous avons comparé les résultats avec la population non-étudiante dans un échantillon recruté en population générale au moment du confinement.

Dans cette étude, nous avons trouvé que les étudiant.e.s présentaient des niveaux de dépression, d'anxiété, de pensées suicidaires et de stress plus élevés que les non-étudiant.e.s, respectivement 32,5 % versus 16,2 %, 9,4 % versus 5,0 %, 11,7 % versus 7,6 % et 55,1 % versus 37,8 %. Dans les modèles ajustés sur toutes les variables sociodémographiques et de confinement, seulement le stress restait significativement différent entre les deux groupes. Le stress serait ainsi l'indicateur de santé mentale le plus discriminant entre étudiant.e.s et non-étudiant.e.s.

Notre étude corrobore les résultats d'autres enquêtes transversales sur la population étudiante en Europe et en Chine au moment du confinement. En particulier, nous retrouvons des chiffres similaires, quant à la dépression et les pensées suicidaires, chez les étudiant.e.s grecs/greques, respectivement 25,9 % et 9,7 %. (Kaparounaki *et al.*, 2020). Nos résultats sont aussi comparables à ceux d'une étude conduite en Espagne chez les étudiant.e.s (Odrizola-González *et al.*, 2020) : 34,2 % des participant.e.s ont fait état de symptômes de dépression



modérés à extrêmement graves ; 21,3 % des participant.e.s ont fait état de symptômes d'anxiété modérés à extrêmement graves ; et 28,1 % ont signalé des symptômes de stress modérés à extrêmement graves. D'autres études chinoises ont suggéré que le confinement peut avoir de nombreux effets psychologiques sur les étudiant.e.s, qui peuvent s'exprimer sous forme d'anxiété, de peur et d'inquiétude (Cao *et al.*, 2020; Li *et al.*, 2020; Wang *et al.*, 2020). Des différences entre les fréquences peuvent être justifiées par l'utilisation d'autres échelles (ou de leur système de notation) et de types de questions. Cela pourrait être le cas surtout de la mesure de l'anxiété. D'autre part, des modèles de régression logistique n'ont pas été proposés par ces études, ce qui ne permet pas une comparaison complète.

Par rapport aux études antérieures au COVID-19 (Verger *et al.*, 2010; Verger *et al.*, 2009) sur la santé mentale des étudiants, nous observons des chiffres plus élevés, presque du simple au double, concernant la fréquence d'anxiété, de dépression, de stress et de pensées suicidaires, ce qui pourrait être expliqué par la situation inédite de la crise sanitaire et du confinement.

En population générale, les chiffres sont moins inquiétants mais, tout de même, élevés. En Espagne, plus d'un quart des participants à une enquête en ligne a montré des symptômes de dépression (27,5 %), d'anxiété (26,9 %) et de stress (26,5 %), avec une fréquence plus élevée chez les jeunes entre 18 et 30 ans (Ozamiz-Etxebarria *et al.*, 2020). En Italie, la prévalence de dépression était de 24,7 % et celle de l'anxiété de 23,2 % (Gualano *et al.*, 2020). En Chine, une étude a montré des symptômes sévères d'anxiété pour 12,9 % de participants, de dépression sévère pour 9,1 % et un état de santé mental bas pour 32,1 % (Ahmed *et al.*, 2020). Encore une fois, des différences par rapport à nos résultats peuvent être justifiées par l'utilisation d'autres mesures, échelles ou items de questionnaire.

La spécificité des problèmes de santé mentale des étudiant.e.s face à l'épidémie de COVID-19 pourrait avoir été liée à l'effet de la situation de la pandémie sur leurs études (report des examens et des soutenances, quantité de travail augmentée avec les cours en ligne, etc.) (Cornine, 2020) et leur projection dans l'avenir par l'accès à leur futur emploi (Wang *et al.*, 2020). Pour certain.e.s, il y aurait la crainte de ne pas pouvoir valider leur année avec plusieurs rattrapages à la rentrée. Tout cela en gardant l'exigence de rester performant dans des conditions où l'angoisse et la solitude ont pu prendre le dessus.

Souvent loin de leur famille, seuls en résidence universitaire ou dans leurs appartements en ville sans un extérieur, dans un isolement très strict, les étudiant.e.s montreraient des signes de souffrance inquiétants (Cao *et al.*, 2020). D'autre part, les faibles ressources économiques des étudiant.e.s peuvent avoir engendré davantage de détresse psychique. La fermeture des universités et l'impossibilité de se regrouper avec d'autres étudiant.e.s ont aussi altéré le rythme quotidien de cette population. On sait que les troubles anxieux sont plus susceptibles de se produire et de s'aggraver dans des conditions de distanciation sociale (Kmietowicz, 2020).

Lors du confinement, les étudiant.e.s peuvent se sentir privé.e.s de leur liberté, isolé.e.s et être confronté.e.s à l'incertitude quant à une possible contamination par le virus. La situation relative à la pandémie de la COVID-19 est particulière avec un confinement long (deux mois pour la France) qui pourrait avoir un effet d'autant plus dévastateur. Cela devra être pris en compte même lors d'un retour progressif des étudiant.e.s dans les campus, après un véritable trauma subi pendant le confinement (Smith, 2020).

### **Forces et limites de l'étude**

Les forces de cette étude sont la possibilité d'effectuer une comparaison de deux populations (étudiante, non-étudiante) recrutées au sein de la même étude, ainsi que le nombre important de participant.e.s (plus de 2,000). Il s'agit aussi de l'une des rares enquêtes françaises avec un focus spécifique sur les étudiant.e.s de l'enseignement supérieur. Cette étude fournit des

informations précieuses sur la situation actuelle, utiles pour les universités dans la perspective de suivi de leurs étudiant.e.s et dans le cas d'éventuelles futures crises nationales.

Comme toute enquête en ligne basée sur le volontariat, notre étude n'est pas représentative de la population française. Ce qui réduit la généralisation des résultats, bien qu'ils soient assez similaires à la littérature. Cependant, la comparaison entre étudiant.e.s et non-étudiant.e.s ne devrait être que faiblement influencée. En effet, les deux groupes analysés présentent des caractéristiques similaires, ce qui facilite leur comparaison. Cette étude quantitative ne permet pas d'approfondir les causes de la fréquence élevée de problèmes de santé mentale chez les étudiant.e.s en période de confinement. Des études utilisant une approche qualitative sont en cours en France et à l'étranger et ont pour objectif d'explorer les facteurs associés aux impacts psychologiques sur les étudiant.e.s.

### **Les interventions**

Dans ce scénario complexe et inédit, l'Université joue un rôle clé dans la prévention et dans la prise en charge des problèmes de santé mentale chez les étudiant.e.s.

Les résultats obtenus via cette e-cohorte pourront être utilisés par les décideurs en milieu universitaire (personnel enseignant, administratif et sanitaire) pour mieux guider la population étudiante en temps de crise. Politiques d'établissement, campagnes de communication, actions de promotion de la santé psychique et offre de services de santé mentale devraient être mis rapidement en place en prévision d'une ou plusieurs nouvelles vagues de l'épidémie et d'un possible reconfinement.

Parmi les exemples, nous préconisons la création d'un site officiel national dédié spécifiquement aux étudiant.e.s avec toutes les informations, fiables et de qualité, sur l'évolution de la maladie de manière à limiter l'anxiété causée par les *fake news* et promouvoir la gestion des actualités (littératie en santé). Le site, à l'échelle de toutes les Universités de France métropolitaine et d'outre-mer, pourrait contenir un répertoire des ressources en ligne disponibles pour soutenir les étudiant.e.s lors de la crise sanitaire. Une liste des services de soutien psychologique par Internet ou par téléphone pourrait y être affichée. Un numéro vert pourrait aussi être mis en place par chaque Université pour répondre aux besoins des étudiant.e.s. Les médias sociaux représentent aussi une source de support permettant un contact direct avec les étudiant.e.s : on y retrouve messagerie, commentaires, personnalisation des contenus et échanges immédiats avec les *community managers* de l'Université.

Enfin, lors du retour des étudiant.e.s sur les campus, il sera nécessaire de faire en sorte que les services de santé universitaire (SSU), soient prêts à accueillir les étudiant.e.s qui risquent d'être plus nombreux. Des ressources humaines supplémentaires devraient être recrutées.

Quelle que soit l'intervention envisagée, mieux si complexe avec plusieurs solutions de soutien, chaque Université est invitée à se mobiliser pour répondre aux problèmes de santé mentale des étudiant.e.s lors de la pandémie de la COVID-19.

### **Conclusion**

Cette étude montre qu'il faudrait porter une attention particulière sur l'état de santé mentale (anxiété, dépression, stress, pensées suicidaires) des étudiant.e.s qui sont fortement touché.e.s par cette épidémie et ses conséquences. Elle pose la question de l'adéquation des moyens pouvant être mis en place au niveau des Universités, en particulier en cas de poursuite ou de récurrence de l'épidémie.



## Bibliographie

- Ahmed, M. Z. *et al.* (2020). Epidemic of COVID-19 in China and associated Psychological Problems. *Asian Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102092>
- Barbisch, D., Koenig, K. L., & Shih, F. Y. (2015). Is There a Case for Quarantine? Perspectives from SARS to Ebola. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*. <https://doi.org/10.1017/dmp.2015.38>
- 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. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 167(9). <https://doi.org/10.1016/j.amp.2008.05.020>
- Brooks, S. *et al.* (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Cao, W. *et al.* (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Research*. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112934>
- Cornine, A. (2020). Reducing Nursing Student Anxiety in the Clinical Setting. *Nursing Education Perspectives*. <https://doi.org/10.1097/01.nep.0000000000000633>
- Gualano, M. R. *et al.* (2020). Effects of Covid19 Lockdown on Mental Health and Sleep Disturbances in Italy. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. <https://doi.org/10.3390/ijerph17134779>
- Kaparounaki, C. K. *et al.* (2020). University students' mental health amidst the COVID-19 quarantine in Greece. *Psychiatry Research*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113111>
- Kessler, R. C. *et al.* (2007). Age of onset of mental disorders: A review of recent literature. *Current Opinion in Psychiatry*. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32816ebc8c>
- Kmietowicz, Z. (2020). Rules on isolation rooms for suspected covid-19 cases in GP surgeries to be relaxed. *BMJ (Clinical Research Ed.)*. <https://doi.org/10.1136/bmj.m707>
- Kovess-Masfety, V. *et al.* (2016). Mental health of college students and their non-college-attending peers: Results from a large French cross-sectional survey. *BMC Psychology*. <https://doi.org/10.1186/s40359-016-0124-5>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Lafay, N. *et al.* (2003). Les états dépressifs de la post-adolescence. Résultats d'une enquête menée chez 1521 étudiants de l'université de Poitiers. *Annales Médico-Psychologiques*, 161(2). [https://doi.org/10.1016/S0003-4487\(03\)00021-0](https://doi.org/10.1016/S0003-4487(03)00021-0)
- Li, H. Y., Cao, H., Leung, D. Y. P., & Mak, Y. W. (2020). The Psychological Impacts of a COVID-19 Outbreak on College Students in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11), 3933. <https://doi.org/10.3390/ijerph17113933>
- Odrizola-González, P., Planchuelo-Gómez, Á., Iruiria, M. J., & de Luis-García, R. (2020). Psychological effects of the COVID-19 outbreak and lockdown among students and workers of a Spanish university. *Psychiatry Research*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113108>
- Ozamiz-Etxebarria, N. *et al.* (2020). Psychological Symptoms During the Two Stages of Lockdown in Response to the COVID-19 Outbreak: An Investigation in a Sample of Citizens in Northern Spain. *Frontiers in Psychology*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01491>
- Reynolds, D. L. *et al.* (2008). Understanding, compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience. *Epidemiology and Infection*. <https://doi.org/10.1017/S0950268807009156>
- Shigemura, J., & Kurosawa, M. (2020). Mental Health Impact of the COVID-19 Pandemic in Japan. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*.

<https://doi.org/10.1037/tra0000803>

- Smith, C. A. (2020). Covid-19: healthcare students face unique mental health challenges. *BMJ*, 369, m2491. <https://doi.org/10.1136/bmj.m2491>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Venkatesh, A., & Edirappuli, S. (2020). Social distancing in covid-19: What are the mental health implications? *The BMJ*. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1379>
- Verger, P. *et al.* (2010). Psychiatric disorders in students in six French universities: 12-month prevalence, comorbidity, impairment and help-seeking. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0055-z>
- Verger, P. *et al.* (2009). Psychological distress in first year university students: Socioeconomic and academic stressors, mastery and social support in young men and women. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0486-y>
- Wang, C., Horby, P. W., Hayden, F. G., & Gao, G. F. (2020). A novel coronavirus outbreak of global health concern. *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30185-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30185-9)
- Zhu, S. *et al.* (2020). The immediate mental health impacts of the COVID-19 pandemic among people with or without quarantine managements. *Brain, Behavior, and Immunity*. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.045>

☐ Saisir ici le nombre de caractères de votre communication (notes et espaces compris, bibliographie non incluse)

23,824