

Année 2023/2024

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Sara FAKHIRI

Née le 21 septembre 1992 à Saint Sébastien sur Loire (44)

La santé mentale des étudiant·es de l'Université de Tours en 2021 après un an de pandémie COVID-19, étude épidémiologique descriptive.

Présentée et soutenue publiquement le **25 septembre 2023** devant un jury composé de :

Présidente du Jury :

Professeur Agnès CAILLE, Santé Publique, Faculté de Médecine -Tours

Membres du Jury :

Professeur Wissam EL HAGE, Psychiatrie, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Emeline LAURENT, Santé Publique, Faculté de Médecine – Tours

Directeur de thèse : Docteur Simon FORTIN, Santé Publique – Tours

Résumé

Titre : La santé mentale des étudiant·es de l'Université de Tours en 2021, après un an de pandémie COVID-19, étude épidémiologique descriptive.

Résumé :

Introduction : La population étudiante, particulièrement vulnérable à une altération de la santé mentale, a été impactée par le premier confinement. L'étude visait à évaluer l'impact d'une année de crise sanitaire sur la symptomatologie dépressive, anxieuse et les idéations suicidaires de la population étudiante de l'Université de Tours.

Méthodes : Cette étude est épidémiologique et descriptive. Un web-questionnaire a été envoyé à l'ensemble des étudiant·es inscrit·es à l'Université de Tours en 2020-2021.

Résultats : 5432 étudiant·es ont été inclus·es, soit 18,8% de la population de l'Université de Tours. Les répondant·es étaient 62 % (n=3369) à avoir une symptomatologie dépressive et 46% (n=2474) une symptomatologie anxieuse. Elles et ils étaient 24,1 % (n=1311) à déclarer avoir pensé à se suicider et 2,1 % (n=114) à avoir fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois. Sur la première année de pandémie, les taux d'incidences de la prise d'antidépresseurs et d'anxiolytiques sur la vie entière étaient de 4,7% et 6,1%, et ceux de diagnostics d'épisodes dépressifs caractérisés et de troubles anxieux sur la vie entière étaient de 4,6% et 4,2%. Les facteurs qui semblaient être associés au fait d'avoir une symptomatologie dépressive et/ou anxieuse étaient : être une femme, de niveau de cycle d'étude inférieur, en composante d'Arts et Sciences Humaines ou Lettres et Langues, boursier·e, de nationalité étrangère, avec un handicap.

Conclusion : Près de deux tiers des étudiant·es avaient une symptomatologie dépressive, la moitié une symptomatologie anxieuse et près d'un quart avaient des idées suicidaires après un an de crise sanitaire.

Mots clés : dépression, anxiété, suicide, étudiants, santé mentale, Covid-19, prévention.

Abstract

Title: Mental health in Tours (France) student population in 2021 after one year of the COVID-19 pandemic, descriptive epidemiological study.

Summary:

Introduction: Student population, which is especially vulnerable to mental health alteration, was affected by the first lockdown. The study aimed to assess the impact of a full year of sanitary crisis on the depressive and anxious symptomatology and suicidal thoughts among the student population at the University of Tours.

Methods: This study is epidemiological and descriptive. A web-questionnaire was sent to all students registered at the University of Tours in 2020/2021.

Results: 5432 students were enrolled, or 18,8% of the population at Tours' University. Respondents were 62% (n=3369) with depressive symptomatology and 46% (n=2474) with anxious symptomatology. 24,1% (n=1311) reported having thoughts about suicide and 2,1% (n=114) reported suicide attempts in the last 12 months. In the first year of the pandemic, incidence rates for lifetime use of antidepressants and anxiolytics were 4,7% and 6,1%, and they were 4,6% and 4,2% for lifetime diagnostic of characterized depressive episodes or anxious disorders. Factors that seemed to be associated with having a depressive and/or anxious symptomatology were: being female, lower cycle level, in Arts and Humanities or Literature and Language, scholarship holder, foreign nationality, with a disability.

Conclusion: Nearly two-thirds of college students had depressive symptomatology, half had anxious symptomatology and nearly a quarter had suicidal ideation after one year of sanitary crisis.

Key words: depression, anxiety, suicide, college students, mental health, Covid-19, prevention.

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN
Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN
Pr Henri MARRET

ASSESSEURS
Pr Denis ANGOULVANT, Pédagogie
Pr Mathias BUCHLER, Relations internationales
Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, Moyens – relations avec l'Université
Pr Clarisse DIBAO-DINA, Médecine générale
Pr François MAILLOT, Formation Médicale Continue
Pr Patrick VOURC'H, Recherche

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE
Mme Carole ACCOLAS

DOYENS HONORAIRES
Pr Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972
Pr André GOUAZE (†) - 1972-1994
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES
Pr Daniel ALISON
Pr Gilles BODY
Pr Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Luc FAVARD
Pr Bernard FOUQUET
Pr Yves GRUEL
Pr Gérard LORETTE
Pr Loïc VAILLANT

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – P. DUMONT – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – D. PERROTIN – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – P. ROSSET – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel	Immunologie
AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BACLE Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
BARBIER François	Médecine intensive et réanimation
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERHOUE Julien	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck	Urologie
BUCHLER Matthias	Néphrologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communica- tion
CALAIS Gilles	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESMIDT Thomas	Psychiatrie
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DI GUISTO Caroline	Gynécologie obstétrique
DIOT Patrice	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephan	Médecine intensive – réanimation
EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure	Hépatologie – gastroentérologie
ESPITALIER Fabien	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine	Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
LABARTHE François	Pédiatrie

LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie
LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Éric.....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MOREL Baptiste	Radiologie pédiatrique
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET-BIGOT Bénédicte	Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien Soins palliatifs

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra	Médecine interne
BISSON Arnaud	Cardiologie (CHRO)
BRUNAULT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo	Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas	Pédopsychiatrie
GOUILLEUX Valérie.....	Immunologie
HOARAU Cyrille	Immunologie
KERVARREC Thibault	Anatomie et cytologie pathologiques
LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEDUCQ Sophie	Dermatologie
LEFORT Bruno	Pédiatrie
LEJEUNE Julien	Hématologie, transfusion
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOUMNEH Thomas	Médecine d'urgence
PARE Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric	Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl	Bactériologie
TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia	Neurosciences
NICOGLOU Antonine	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain	Médecine Générale
BARBEAU Ludivine	Médecine Générale
CHAMANT Christelle	Médecine Générale
ETTORI-AJASSE Isabelle	Médecine Générale
LAMARRE Valérie	Médecine Générale
LE GALLOU Laurence	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime	Médecine Générale
RUIZ Christophe	Médecine Générale
SAMKO Boris	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUTIN Hervé	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoît	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOMOT Marie	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 - ERL CNRS 7001
GUEGUINOU Maxime	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HEUZE-VOURCH Nathalie	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LE MERRER Julie	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
SECHER Thomas	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
TANTI Arnaud	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
WARDAK Claire	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'éthique médicale

BIRMELE Béatrice Praticien Hospitalier

Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale

LAMANDE Marc Praticien Hospitalier

Pour l'orthophonie

BATAILLE Magalie Orthophoniste

CLOUTOUR Nathalie..... Orthophoniste

CORBINEAU Mathilde Orthophoniste

EL AKIKI Carole Orthophoniste

HARIVEL OUALLI Ingrid Orthophoniste

IMBERT Mélanie Orthophoniste

SIZARET Eva Orthophoniste

Pour l'orthoptie

BOULNOIS Sandrine Orthoptiste

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits aux indigents et indigentes, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres et Maîtresses, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

Que les hommes et les femmes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères et consœurs si j'y manque.

Remerciements

A Madame la Professeure Agnès Caille, qui me fait l'honneur de présider ce jury, merci pour cela, merci pour votre accompagnement bienveillant et aidant lors de cette fin de parcours d'internat.

A Monsieur le Professeur Wissam El Hage, merci de votre engagement, de votre aide, de votre présence et de votre soutien lors de ce travail en 2021, merci d'avoir accepté de participer à ce jury deux ans plus tard.

A Madame la Docteur Emeline Laurent, merci pour ton accompagnement généreux, minutieux et toujours pédagogique durant ce travail et plus globalement durant mon internat, merci pour ta gentillesse et patience à toute épreuve, merci d'avoir accepté avec enthousiasme de participer à ce jury.

A mon directeur de thèse, le Docteur Simon Fortin, merci pour avoir accepté de prendre le relais de la direction de cette thèse, merci pour ton accompagnement sans failles, pour ton calme, ta disponibilité, ton aide, et ta bienveillance.

A Madame la Docteur Emilie Arnault, merci pour la confiance, la disponibilité, l'engagement et l'aide apportée dans ce travail.

A Monsieur Nicolas Oppenchaim, Madame Mélissa Gatesoupe et Madame Bénédicte Froment, merci pour votre aide et votre implication dans ce travail, sans lesquels je n'aurais pas pu présenter le même travail aujourd'hui.

A Madame la Docteur Sandra Aymeric, merci pour ton écoute et ton soutien tout au long de mon parcours.

A l'équipe du Service de Santé Universitaire de Tours, merci à chacun·es des membres du Service de Santé Universitaire de Tours pour votre accueil et votre gentillesse.

Aux membres des services de Santé Publique m'ayant accueilli en stage, merci pour leur initiation et l'accompagnement dans la diversité de leurs professions et de leurs approches.

A mes co-internes Aline-Marie, Cathie, Simon, Geoffrey, Sixtine, Marie, Clément, Marie, Garance et Sarah, et aux plus vieux Paul, Romain, Yannick et Jean, merci du fond du cœur pour votre accueil, votre écoute, vos conseils et votre gentillesse durant ce laborieux parcours.

A mes internes Nantais·es, Karl, Delphine, Mélissa, Lucile, Aymeric, merci pour l'accueil, les rires, le sentiment d'appartenance et surtout pour l'amitié.

A Abel, merci de m'avoir partagé ton histoire médicale, qui a marqué un tournant dans mon engagement professionnel et qui est aujourd'hui encore en train d'y façonner mon chemin.

A ma famille, aux ami·es, connaissances et inconnu·es, merci de m'avoir partagé vos expériences médicales difficiles, elles me donnent une raison de continuer ce cursus en espérant participer de ma place de médecin à un monde plus juste.

Aux médecins Marc Filatre, Ghada Hatem-Gantzer, Baptiste Beaulieu (et d'autres dont j'ai oublié les noms) qui prennent la parole publiquement avec des discours qu'on peine à entendre dans nos universités et hôpitaux, merci de m'avoir montré qu'une autre médecine est possible.

Aux patient·es, merci pour votre confiance lors des hospitalisations et consultations durant cet externat et internat.

Enfin, merci aux participants de l'étude qui ont accordé de leur temps et leur confiance.

A mes parents, merci malgré tout, car vous savez à quel point ce parcours m'a coûté et le désir que j'avais de l'arrêter, merci aussi pour tout, car je sais les efforts que vous avez fait et le soutien que vous m'avez apporté ; merci pour les petits plats qui m'attendaient inlassablement durant ces premières années d'études, et qui m'attendent toujours durant mes moments studieux ou de repos pour venir tout adoucir.

A Sabrya et Merwane, merci pour avoir supporté le silence dans la maison lors de ces (trop nombreuses !) révisions, merci pour nos liens avec leur lot de joies et de difficultés, merci pour être dans les parages quand j'en ai besoin.

A ma grand-mère, merci pour ces révisions à la mer et le temps passé ensemble, merci à toi et Papou pour le goût de la mer, des balades en bord d'océan et des coquillages.

A Cathy et François, merci pour votre douce compréhension ces dernières années, merci pour les heureux souvenirs d'enfance (dont les iconiques gunigulis) où vous avez pris soin de nous.

A Nana, Fatima, Zohra, Abdennacer, Mustapha, Aïcha, merci pour votre amour et votre fierté qui m'accompagnent depuis toujours.

A Nadia, merci pour notre relation si spéciale qui a rempli mon cœur d'enfant d'amour et de douceur, merci pour être revenue.

A Mehdi, Youssef, Slimane, Marie, Alice, Armand, merci pour les souvenirs parfois hilarants, parfois difficiles, parfois doux de simplicité, merci d'avance pour les souvenirs à venir.

A Taoufik, Catherine, Isabelle, Hassen, Anice, Aliassah, Soundouce, Naomie, Elie, Anita, Flo, merci pour le sentiment de famille élargie, pour vos petites touches apportées à ma vie tout du long, pour les nouveaux ans heureux et autres joyeux souvenirs disparates.

A Eléonore et Sirine, les plus anciennes, merci d'être toujours à un coup de fil de distance, pour se reconnecter, continuer à se suivre et des fois s'aider, merci pour nos aventures d'enfance et d'adolescence.

A Céline, merci pour les souvenirs et les rires, pour ta folie et ton enthousiasme, merci de m'avoir poussée en sécurité dans le monde, merci d'avoir été là quand j'en ai eu besoin et de m'avoir demandée d'être là pour toi.

A Garry, Julie, Maxence, Noémie merci pour votre amitié qui m'a épaulée et a été essentielle durant mes débuts Tourangeaux.

Aux ami·es perdu·es en route, à Jess, à Marie et à Pauline, merci de m'avoir accompagnée un bout du chemin.

A Hélène, merci pour l'amitié lente, pour ton calme apaisant, la qualité de nos échanges, pour avoir eu l'envie et la folie de me suivre dans ce monde pailleté, merci pour les moments et aventures passés et à venir.

A Marion, merci pour ton amour arrivé à un moment où j'en avais tant besoin, merci pour l'authenticité, pour les rires et les larmes, pour le temps et les moments partagés, merci pour le prendre soin.

A Paul, merci pour ton écoute, pour ta présence, pour ton accueil constant et enthousiaste de qui je suis, merci pour cette précieuse sécurité que tu m'apportes au quotidien.

Et enfin, à Manon, merci pour ta fidélité, ta présence et ton soutien depuis aussi longtemps que je ne me souviens, merci pour m'avoir regardé tout traverser en veillant à toujours être à côté quand je tombais, merci pour tous ces souvenirs et les rires qui s'accumulent, merci d'avance pour cette vie partagée.

Table des matières

Liste des abréviations.....	15
Introduction	16
Matériel et méthode.....	17
Population et recueil des données.....	17
Variables	17
Critère de jugement principal	17
Critères de jugement secondaires	18
Autres variables	19
Analyses statistiques.....	19
Résultats	20
Participation.....	20
Caractéristiques socio-démographiques	20
PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) et GAD-7 (General Anxiety Disorder-7).....	21
Facteurs associés	22
Episodes dépressifs caractérisés (EDC), Troubles anxieux (TA), antidépresseurs (ATD) et anxiolytiques (ANX)	23
Idées suicidaires (IS) et tentatives de suicide (TS).....	24
Santé mentale perçue.....	25
Discussion	25
Forces et faiblesses	25
Biais	25
Conception du questionnaire	26
Résultats.....	26
Comparaison avec les autres études	27
Symptomatologie dépressive et anxieuse	27
Facteurs associés aux symptomatologies dépressives et anxieuses.....	29
Idées suicidaires et tentatives de suicide.....	31
Consommation d'antidépresseurs et anxiolytiques.....	32
Perception de l'état de santé mentale.....	33
Conclusion	33
Annexes.....	35
Annexe 1. Dates clés de la crise sanitaire en France	35
Annexe 2. Questionnaire	36
Annexe 3. Tableau 1 : Données socio-démographiques	37
Annexe 4. Tableau 2 : Caractéristiques socio-démographiques selon PHQ-9	38
Annexe 5. Tableau 3 : Caractéristiques socio-démographiques selon GAD-7.....	39
Bibliographie.....	40

Table des illustrations

<i>Figure 1 : Flow-chart</i>	20
<i>Figure 2 : Symptomatologie dépressive mesurée par PHQ-9</i>	21
<i>Figure 3 : Symptomatologie anxieuse mesurée par GAD-7</i>	22
<i>Figure 4 : Diagnostic d'épisodes dépressifs caractérisés et prise d'antidépresseurs déclarés sur la vie entière</i>	23
<i>Figure 5 : Diagnostic de troubles anxieux et prise d'anxiolytiques déclarés sur la vie entière</i>	24
<i>Tableau 1 : Données socio-démographiques</i>	37
<i>Tableau 2 : Caractéristiques socio-démographiques selon PHQ-9</i>	38
<i>Tableau 3 : Caractéristiques socio-démographiques selon GAD-7</i>	39

Liste des abréviations

ANX : Anxiolytique

ASH : Arts et Sciences Humaines

ATD : Antidépresseur

BAPU : Bureau d'Aide Psychologique Universitaire

BDI : Beck Depression Inventory

CESR : Centre d'Etudes Supérieures de la Renaissance

CIDI-SF : Composite International Diagnostic Interview – Short Form

DESS : Droit Economie et Sciences Sociales

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EDC : Episode Dépressif Caractérisé

EHIS : Enquête Santé Européenne

EPU : Ecole Polytechnique

ERS : Etudiant·es Relais Santé

ETPT : Equivalent Temps Plein Travaillé

GAD-7 : General Anxiety Disorder-7

HAD : Hospital Anxiety and Depression scale

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

IS : Idées Suicidaires

IUT : Institut Universitaire de Technologie

LL : Lettres et Langues

OVE : Observatoire de la Vie Etudiante

PHQ-9 : Patient Health Questionnaire-9

SNDS : Système National des Données de Santé

SPF : Santé Publique France

SSU : Service de Santé Universitaire

ST : Sciences et Technique

STAI-Y2 : State Trait Anxiety Inventory

TA : Trouble Anxieux

TS : Tentatives de Suicide

UPJV : Université de Picardie Jules Verne

Introduction

La crise sanitaire liée au Covid-19, avec ses périodes confinements, a levé des préoccupations sur la santé mentale des populations et en particulier celle des plus jeunes et des étudiant·es. En effet, avant cette crise plusieurs études avaient déjà tiré la sonnette d'alarme sur l'état de santé mental de ces populations spécifiques en France (1–3) et à l'international (2). Parmi celles-ci, l'Observatoire National de la Vie Etudiante (OVE) avait mesuré en 2016 que 20% des étudiant·es français·es présentaient les signes d'une détresse psychologique dans les quatre semaines précédant leur enquête (1). Dès le début de la Covid, plusieurs équipes de recherche se sont donc rapidement organisées en France et à l'international pour mesurer les effets des premiers confinements sur ces populations identifiées comme particulièrement vulnérable. Il avait par ailleurs été pointé le manque de moyens des Services de Santé Universitaire (SSU) et des postes alloués aux psychologues dans ces structures, avec en 2020 un Equivalent Temps Plein Travaillé (ETPT) de psychologue universitaire pour près de 30.000 étudiant.es en France contre des recommandations internationales de L'Accréditation Internationale des Services de Santé Mentale Universitaire [International Accreditation for Counseling Services (IACS)] d'un ETPT pour 1.500 étudiant.es (4,5).

En France, l'étude Confins a montré que les étudiant·es étaient une population plus sujette aux symptômes dépressifs et anxieux que la population générale du même âge lors du premier confinement (*). Une autre étude portée par le SSU de l'Université de Picardie Jules Verne (UPJV) avait mis en évidence parmi ses étudiant·es une prévalence de 72% de détresse psychologique, 54% de symptomatologie dépressive, 33% de symptomatologie dépressive et 19% d'idées suicidaires au cours des 12 derniers mois (6). Bien que les contextes, les outils de mesures et les prévalences différaient entre les différentes études menées en France (*), en Europe (*) et à l'international (*), elles allaient dans le même sens sur l'impact de ce premier confinement. En mars 2021, peu de données étaient disponibles sur les conséquences de cette crise sanitaire à plus long terme sur cette population.

C'était dans ce contexte, aigu et chronique, que le SSU de l'Université de Tours a souhaité documenter l'état de santé mentale de ses étudiant·es, après un an de crise sanitaire, en avril 2021. Nous avons mené une étude épidémiologique observationnelle, descriptive et transversale dont l'objectif principal était de décrire la prévalence des symptomatologies dépressives et anxieuses parmi les étudiant·es de l'université de Tours à un an du début de la crise sanitaire COVID-19. A cette période, deux confinements avaient été vécus, en mars 2020

et en novembre 2020. Les objectifs secondaires étaient de décrire les prévalences vie entière et leur taux d'incidences en un an de crise sanitaire des nouveaux diagnostics d'épisodes dépressifs caractérisés (EDC), de troubles anxieux (TA), des nouvelles prises de traitements antidépresseurs (ATD) et anxiolytiques (ANX), de décrire la prévalence des idées suicidaires (IS) et des tentatives de suicide (TS), de décrire l'état de santé mental ressenti ainsi que les caractéristiques des étudiant·es ayant une symptomatologie dépressive ou anxieuse.

Matériel et méthode

Population et recueil des données

L'enquête a ciblé la totalité des étudiant·es inscrit·es à l'Université de Tours sur l'année universitaire 2020-2021. Un auto-questionnaire anonyme en ligne a été réalisé en pluridisciplinarité (médecins de santé publique, psychiatre, enseignant·es et méthodologistes) à l'aide du logiciel Sphinx Online 4.22 et a été envoyé sur les messageries universitaires des étudiant·es. Le recueil a eu lieu entre le 30 mars 2021 et le 26 avril 2021, soit pendant le troisième confinement qui était plus allégé que les précédents (Annexe 1) où l'Université de Tours était restée ouverte avec ses activités universitaires qui étaient menées dans un format hybride présentiel et distanciel. Plusieurs relances ont été effectuées ainsi que des relais d'information par les composantes de l'Université, les réseaux sociaux et les réseaux des associations étudiantes de filières. Le web questionnaire comprenait plusieurs parties sur la santé et le mode de vie des étudiant·es, dont une sur la santé mentale (Annexe 2) qui est analysé dans cette étude. La qualité et la cohérence des réponses ont été vérifiées avant l'analyse.

Variables

Critère de jugement principal

Deux échelles caractérisaient les symptômes dépressifs et anxieux présents au moment de l'enquête. PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) est un auto-questionnaire de 9 items qui mesure les symptômes dépressifs. Nous avons utilisé la version française du PHQ-9(7). La symptomatologie était classée en absente (score de 0-4), légère (5-9), modérée (10-14), modérément sévère (15-19), ou sévère (20-27). Nous avons utilisé le seuil validé de 10 pour définir la présence de symptômes dépressifs (8-10). De même, GAD-7 (General Anxiety

Disorder-7) est un auto-questionnaire de 7 items qui mesure les symptômes d'anxiété généralisée. Nous avons utilisé la version française du GAD-7 (11). La symptomatologie était classée en absente (score 0-4), légère (5-9), modérée (10-14) ou sévère (15-21). Nous avons utilisé le seuil validé de 10 pour définir la présence de symptômes anxieux (12,13) ainsi qu'une alternative de cut-off à 15.

Critères de jugement secondaires

Des questions rédigées par l'équipe du SSU permettaient de mesurer les prévalences vie entière avant le début de la pandémie et à un an du début de la pandémie (c'est-à-dire au moment de l'enquête) ainsi que les taux d'incidence sur cette année de : la prise d'un traitement antidépresseur, la prise d'un traitement contre l'anxiété, le diagnostic par un professionnel de santé d'un épisode dépressif caractérisé, le diagnostic par un professionnel de santé d'un trouble anxieux. Il s'agissait de questions déclaratives, qui seront définies dans les résultats comme « traitement antidépresseur » (ATD), « traitement anxiolytique » (ANX), « épisode dépressif caractérisé » (EDC) et « trouble anxieux » (TA). Les termes prise de traitement antidépresseur, prise de traitement anxiolytique, diagnostic d'épisode dépressif caractérisé et diagnostic de trouble anxieux pourront aussi être utilisés.

Les idées suicidaires (IS) et les tentatives de suicide (TS) étaient mesurées par les questions des enquêtes nationales de l'OVE (1) que nous avons réutilisées telles quelles. Il s'agit également des mêmes questions que celles des Baromètres Santé de Santé Publique France (SPF). Quatre items ont été analysés : présence d'IS sur les 12 derniers mois, avoir parlé à une tierce personne de ces IS, avoir fait une TS au cours des 12 derniers mois, s'être fait suivre par un·e professionnel·le de santé à la suite de cette ou de ces TS.

L'état de santé mentale perçu était mesuré à partir d'une échelle à quatre niveaux qui avait été utilisée par le SSU dans une précédente enquête (14) : très bon, plutôt bon, plutôt mauvais, mauvais.

Autres variables

Les données socio-démographiques (sexe, niveau d'étude, composante, bourse, nationalité, situation de handicap) ont également été analysées.

Analyses statistiques

L'extraction de données a été réalisée au moyen du logiciel Sphinx Online 4.22 puis les analyses statistiques ont été réalisées au moyen des logiciels Microsoft Excel 2019, Rstudio® version 1.2.5033, et BiostaTGV® (<http://biostatgv.sentiweb.fr/>). Les résultats des variables qualitatives étaient présentés en valeurs absolues et pourcentages. Les variables quantitatives étaient exprimées en valeurs moyennes et écart-types. Les données socio-démographiques de notre étude ont pu être mises en regard des données administratives de la population source transmises par l'Université de Tours. Pour le score PHQ-9, une analyse de sensibilité a été réalisée sur les répondant·es de première année de licence (L1), les résultats ont été comparés à ceux obtenus par les répondant·es des années supérieures, au moyen d'un test du Chi-2. Pour tous les tests statistiques, le test du Chi-2 a été utilisé et le seuil de significativité était fixé à $p < 0,05$.

Résultats

Participation

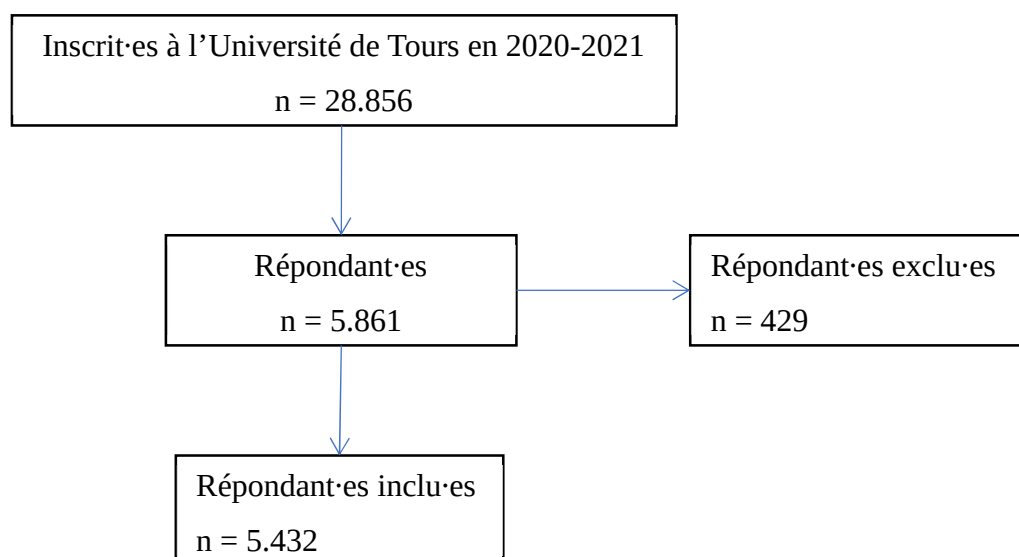


Figure 1 : Flow-chart.

Sur les 28.856 étudiant·es inscrit·es à l'Université de Tours, 5.861 ont répondu au questionnaire (20%) et 5.432 réponses ont été exploitées (18,8%), constituant notre échantillon

d'étude. Les critères d'exclusion étaient : ne pas avoir complété le PHQ-9, présenter des données aberrantes. Nous parlerons de répondant·es pour désigner les répondant·es inclus·es

Caractéristiques socio-démographiques

L'Annexe 3 présente les résultats détaillés des caractéristiques socio-démographiques des répondant·es qui étaient en majorité des femmes (76,8%, $n = 4.163$) avec un âge moyen de 20,7 ans ($\sigma = 3,28$). Près de la moitié des répondant·es étaient en L1 (46%, $n = 1.874$) puis la proportion diminue au fur et à mesure que le niveau de cursus augmente. La majorité des répondant·es étaient en Arts et Sciences Humaines (ASH) (21%), Droit Economie et Sciences Sociales (DESS) (16,6%) et Médecine (16,3%). Un peu moins de la moitié des répondant·es étaient boursier·es (43%, $n = 2.322$). Ils et elles étaient de nationalité étrangère pour 4% ($n = 212$) et en situation de handicap pour 3,9% ($n = 210$).

Les principales différences de représentativité avec la population source portaient sur des taux de participation par catégories moindres chez les hommes (10,5%), les doctorant·es (6,0%), les étudiant·es en Ecole Polytechnique (EPU) (11,4%), et les étudiant·es de nationalité étrangère (7,2%). Dans une moindre mesure, il y avait une participation plus élevée de femmes (23,5%), d'étudiant·es en Centre d'études supérieures de la Renaissance (CESR) (23,2%) et de boursier·es (23,8%), ainsi qu'une participation moindre d'étudiant·es en Master 2 (16,7%), en sciences et technique (ST) (15,9%) et en pharmacie (15,3%).

PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) et GAD-7 (General Anxiety Disorder-7)

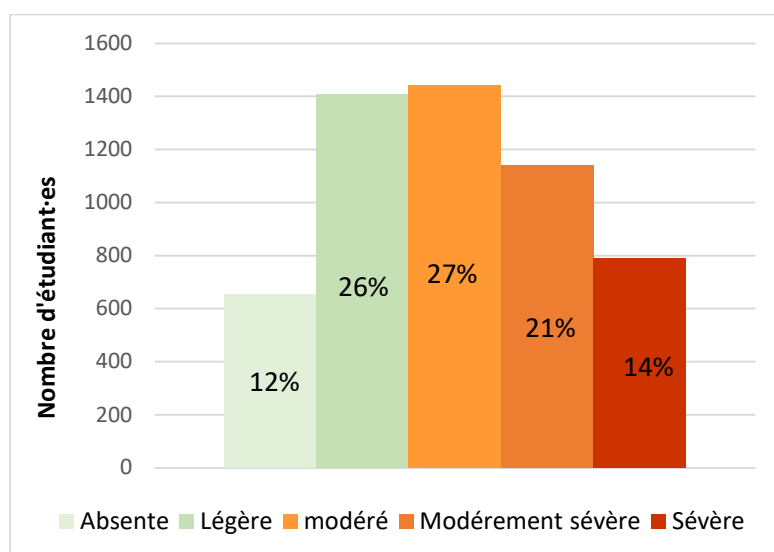


Figure 2 : Symptomatologie dépressive mesurée par PHQ-9.

La symptomatologie dépressive était absente (n = 654, 12 %), légère (n = 1.409, 26 %), modérée (n = 1.442, 27 %), modérément sévère (n = 1.140, 21 %), ou sévère (n=787, 14 %) (Figure 2). En considérant le cut-off à 10, 62% (n = 3.369) des répondant·es avaient donc une symptomatologie dépressive et 38% (n = 2.063) n'en présentaient pas de manière significative.

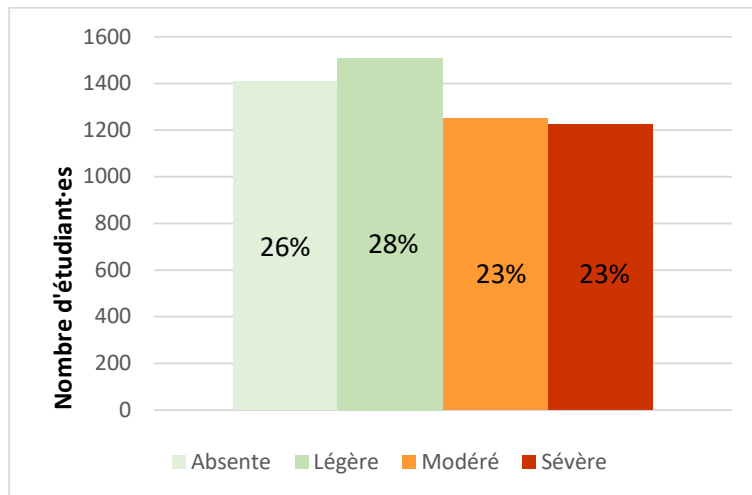


Figure 3 : Symptomatologie anxieuse mesurée par GAD-7.

La symptomatologie anxieuse était absente (n = 1.407, 26%), légère (n = 1.509, 28%), modérée (n = 1.250, 23%), ou sévère (n = 1.224, 23%) (Figure 3). En considérant le cut-off à 10, 46% (n = 2.474) des répondant·es avaient une symptomatologie anxieuse et 54% (n = 2.916) n'en présentaient pas de manière significative. En considérant le cut-off à 15, 23% (n = 1.224) des répondant·es avaient une symptomatologie anxieuse et 77% n'en présentaient pas de manière significative.

Facteurs associés

Les caractéristiques associées au fait d'avoir des symptômes dépressifs (Annexe 4) ou anxieux (Annexe 5) étaient : être une femme, être en cycles inférieurs, être en ASH ou en Lettres et Langues (LL), être boursier·es, avoir un handicap. On retrouvait en miroir les caractéristiques inverses plus souvent associées au fait de ne pas avoir de symptômes dépressifs : être un homme, être en cycles supérieurs, ne pas être boursier·e et ne pas avoir de handicap, ainsi qu'être en médecine ou en EPU. Les tests du Chi-2 pour ces caractéristiques étaient significatifs. Le fait d'être de nationalité étrangère était significatif pour les symptômes anxieux uniquement.

Episodes dépressifs caractérisés (EDC), Troubles anxieux (TA), antidépresseurs (ATD) et anxiolytiques (ANX)

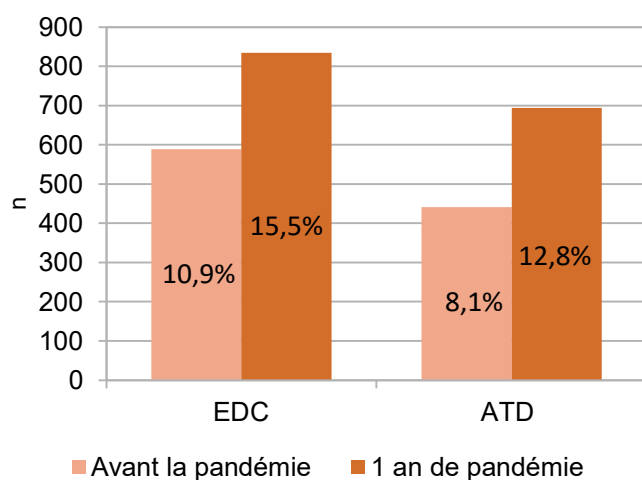


Figure 4 : Diagnostic d'épisodes dépressifs caractérisés et prise d'antidépresseurs déclarés sur la vie entière.

Les répondant·es qui déclaraient un diagnostic d'EDC au cours de leur vie sont passé·es de 10,9% (n = 589) avant la pandémie à 15,5% (n = 834) un an après le début de la pandémie, soit une augmentation de 42 % et un taux d'incidence de 4,6%. Les répondant·es déclarant avoir pris un traitement anti-dépresseur au cours de leur vie sont passé·es de 8,1% (n = 441) avant la pandémie à 12,8% (n = 694) un an après le début de la pandémie, soit une augmentation de 58 % et un taux d'incidence de 4,7%.

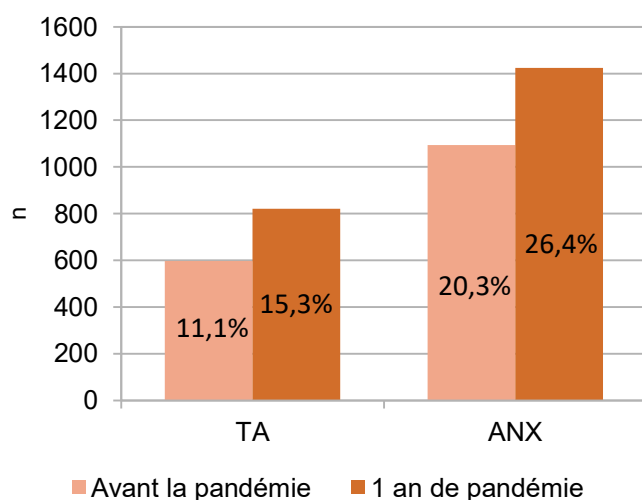


Figure 5 : Diagnostic de troubles anxieux et prise d'anxiolytiques déclarés sur la vie entière.

Les répondant·es déclarant un diagnostic de trouble anxieux au cours de leur vie sont passé·es de 11,1% (n = 597) avant la pandémie à 15,3% (n = 820) un an après le début de la pandémie, soit une augmentation de 38% et un taux d'incidence de pandémie était de 4,2%. Les répondant·es déclarant avoir pris un traitement contre l'anxiété au cours de leur vie sont passé·es de 20,3% (n = 1.094) avant la pandémie à 26,4% (n = 1.424) un an après le début de la pandémie, soit une augmentation de 30% et un taux d'incidence de 6,1%.

Idées suicidaires (IS) et tentatives de suicide (TS)

Les répondant·es étaient 24,1% (n = 1.311) à déclarer avoir pensé à se suicider au cours des 12 mois précédant l'enquête. Parmi eux, près de 42% (n = 549) avaient déclaré avoir parlé de leurs idées suicidaires à quelqu'un·e. Les répondant·es étaient 2,1% (n = 114) à déclarer avoir fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois, dont 40% (n = 46) avaient déclaré avoir été suivi·es par un médecin ou un psychiatre, un psychologue, un psychothérapeute ou un psychanalyste après cette tentative de suicide.

Santé mentale perçue

Les répondant·es considéraient leur état de santé mental au moment de la passation comme très bon pour 5,4% (n = 293), plutôt bon pour 38,2% (n = 2.074), soit très bon ou plutôt bon pour 43,6 % (n = 2.367). Ils et elles le considéraient comme plutôt mauvais pour 39,8% (n = 2.161) ou très mauvais pour 16,5% (n = 898), soit plutôt mauvais ou très mauvais pour 56,3 % (n = 3.059).

Discussion

Forces et faiblesses

Biais

Il s'agissait d'une enquête par mail sur des étudiant·es volontaires, il n'y a donc pas eu d'échantillonnage et des biais de sélection pouvaient être présents. Ces biais de sélection pouvaient expliquer les différences retrouvées entre la composition de l'échantillon et de la population source, comme la plus grande proportion de femmes ou d'étudiant·es en ASH. Nous savons que les femmes et les étudiant·es en ASH ont tendance à plus répondre aux questionnaires, hors ici il s'agit de deux caractéristiques associées à de plus importantes symptomatologies. L'intérêt pour le sujet de la santé mentale peut être un autre biais de sélection, sans pouvoir nous prononcer si les étudiant·es les plus intéressé·es ont de plus fortes symptomatologies ou au contraire de plus faibles. Toutefois, l'enquête sur la santé mentale faisait partie d'un questionnaire plus large sur la santé en général et le mode de vie des étudiant·es pendant la crise sanitaire, il est donc possible qu'on ait minimisé ce biais d'intérêt lié à la question de la santé mentale. Un autre biais de sélection peut être le fait d'aller suffisamment bien pour pouvoir répondre, ce qui irait dans le sens d'une symptomatologie plus faible. Aussi, nous disposions des données administratives de la population source donc nous pouvions apprécier en partie la proportion de ces potentiels biais de sélection par les comparaisons des caractéristiques socio-démographiques de notre échantillon à notre population (Annexe 2).

D'autres biais pouvaient être présents, le caractère déclaratif pouvait amener à une inexactitude des réponses avec un biais de désirabilité sociale ou encore un biais de mémorisation notamment pour les questions portant sur la vie entière, en faveur d'une symptomatologie moins élevée. Le caractère anonyme du questionnaire pouvait limiter ce biais de désirabilité sociale.

Conception du questionnaire

Le web-questionnaire a été réalisé et validé par les différent·es professionnel·les de santé qui composaient l'équipe, dont certains étaient spécialisé·es en santé étudiante et en psychiatrie, avec un exercice en SSU et en Bureau d'aide psychologique universitaire (BAPU). Nous avons choisi en critère de jugement principal les échelles PHQ-9 et GAD-7 qui sont de courts auto-

questionnaire internationalement validés et largement utilisés pour la recherche et pour la pratique en contexte de soins primaires. Dans un contexte de recherche, ce sont les cut-off de 10 qui ont été jugés comme les plus performants par la littérature (8–10,12,13) . Cependant, nous trouvions intéressant d’envisager dans le cas du GAD 7 une lecture avec un cut-off à 15, qui semblait plus parlant cliniquement pour notre équipe. Afin d’être le plus cadré possible sur le sujet des IS et des TS, nous avons repris telles quelles les questions des enquêtes de l’OVE, dont certaines étaient identiques à celles du Baromètre Santé de Santé Publique France (SPF). Ensuite, les questions faites par notre équipe de recherche concernaient les diagnostics posés par un·e professionnel·le de santé ou les prises de traitements, il s’agissait donc de critères objectifs. Une fois le questionnaire finalisé, il a été testé sur un échantillon d’Etudiant·es Relais Santé (ERS) pour s’assurer de sa bonne tolérance et intelligibilité.

Résultats

Une des forces de cette étude a été son fort taux de participation : 20% des étudiant·es puis 18,8% après exclusion. La taille de l’échantillon était donc conséquente ($n = 5.432$). Ce fort taux de participation pouvait s’expliquer par plusieurs facteurs : le relais de l’enquête par les composantes, le moment où il a été envoyé c’est-à-dire pendant le troisième confinement, l’envie de s’exprimer respectée par un questionnaire très vaste sur différents champs de la santé mais aussi sur le vécu universitaire et sur le vécu plus personnel avec par exemple l’exploration des champs relationnels. Ce nombre de sujets inclus implique que la puissance était importante. Le type d’étude que nous avons choisi était approprié pour répondre à nos objectifs principaux. Le PHQ-9 était à renseignement obligatoire, nous avons pu avoir l’exhaustivité des réponses sur cette échelle. Plusieurs tests du chi-2 ont été réalisés pour certains critères de jugements secondaires menant à une multiplication du risque alpha.

Comparaison avec les autres études

Dans chaque section, un rappel de nos résultats est fait puis les autres études sont présentées par ordre chronologique.

Symptomatologie dépressive et anxieuse

Dans notre étude, à un an du début de la crise sanitaire en France, près de deux tiers (62 %) des répondant·es avaient une symptomatologie dépressive et près de la moitié (46 %) une symptomatologie anxieuse. Au cours de cette première année de pandémie, les diagnostics

d'EDC et de TA sur vie entière étaient passés tous les deux de 11% à 15%, soit des augmentations d'environ 40% et des taux d'incidence de 5% et 6%.

Etudes en population étudiante

Plusieurs études s'intéressant à ces symptomatologies sur la population étudiante française ont été menées, à des temps et avec des échelles différentes.

En 2020, dans l'étude nationale Confins, les échelles PHQ-9 et GAD-7 ont été mesurées chez trois échantillons différents d'étudiant·es à : 36% et 26% lors du premier confinement, 27% et 20% lors de l'entre-deux confinement, 54% et 43% lors du second confinement. Les différences observées avec nos résultats pouvaient s'expliquer par la temporalité des échelles de mesures qui ont été raccourcies ainsi que par une moyenne d'âge plus élevée (23,4 ans contre 20,7 ans).

Après le premier confinement, une étude a été conduite sur les étudiant·es de l'Université de Lorraine, qui correspondait à la région la plus touchée. Elle a retrouvé 43% de symptomatologie dépressive (via PHQ-9) et 39% de symptomatologie anxieuse (via GAD-7) (15). Leur échantillon et le nôtre semblaient comparables.

Pendant le deuxième confinement, le SSU de l'UPJV avait mis en évidence une symptomatologie dépressive de 33% et une symptomatologie anxieuse de 54%, mesurées par HAD (Hospital Anxiety and Depression scale) (16).

Dans l'étude Cosame, les symptomatologies dépressives et anxieuses (qui ont été standardisées sur l'âge et le niveau d'étude sur la population étudiante nationale) étaient mesurées par BDI (Beck Depression Inventory) et STAI-Y2 (State Trait Anxiety Inventory) pendant le premier confinement, à un mois du premier confinement puis à 15 mois. En août 2021, la symptomatologie dépressive était de 15,4% et anxieuse de 23,7%. L'évolution de cette symptomatologie sur les trois temps s'est faite via une courbe en V, avec une décroissance à T2 et une remontée à T3.

Etudes en population générale

Des études en population générales, s'appuyant souvent sur des données obtenues de manières répétitives sur plusieurs années pouvaient nous aider à compléter et contextualiser ces chiffres observés en population étudiante, en s'intéressant aux populations les plus jeunes. En effet, la population étudiante peut être vue comme une sous-population de la population générale jeune, elle a ses spécificités mais elle fait également partie de cette catégorie.

D'après les résultats des baromètres santé de SPF, on pouvait constater une augmentation globale des prévalences d'EDC (mesurés par CIDI-SF (Composite International Diagnostic Interview – Short Form)) entre 2005, 2010 et 2017, puis une augmentation plus marquée entre 2017 et 2021. De plus, la progression semblait concerner tous les segments de populations mais elle semblait être la plus importante chez les jeunes adultes (18-24 ans), avec une hausse de 9 points entre 2017 (11,7%) et 2021 (20,8%), contre une hausse de 3,5 points (9,8% à 13,3%) pour les 18-75 ans (17).

L'enquête EpiCov, faite à partir des données enquêtes européennes de santé (EHIS) par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), mettait en évidence une augmentation des symptômes dépressifs statistiquement significative entre 2014, 2019 et 2020 (fin du premier confinement – début du déconfinement) pour la population générale (7% en 2014, 10,9% en 2019, 13,5% en mai 2020) (18) et qui était la plus marquée pour les 15-24 ans (4,2% en 2014, 10,1% en 2019, 22% en mai 2020). La proportion de jeunes avec un syndrome dépressif a donc doublé entre 2019 et mai 2020 et elle avait déjà plus que doublé en l'espace de cinq ans, entre 2014 et 2019. En novembre 2020 et juillet 2021, alors que la population générale retrouvait le niveau de 2019 à 10,5% (19), les prévalences des 15-24 ans régressaient jusqu'à 14% et se maintenaient donc à un niveau supérieur à celui de la moyenne nationale et à celui d'avant la crise.

Toutes ces études, en population étudiante et en population générale, bénéficiaient de méthodologies et d'outils de mesures différents, les moments liés à la pandémie différaient également. Il était donc difficile de s'accorder sur des chiffres précis, mais toutes allaient dans le sens d'un fort impact de la pandémie sur les symptomatologies dépressives et anxieuses dans la population étudiante, qui perdurait à long terme. Cette problématique semblait déjà se révéler avant la pandémie mais elle semblait s'aggraver de manière trop aigue pour n'être que liée qu'à une évolution prévisible, on pouvait donc supposer que cette augmentation pouvait être en partie liée à cette crise.

Facteurs associés aux symptomatologies dépressives et anxieuses

Dans notre étude, les répondant·es les plus impacté·es au niveau de leur symptomatologie dépressive et anxieuse étaient les femmes, en niveau de cursus licence, en ASH ou LL, boursier·es, en situation de handicap. A l'inverse, les étudiant·es les moins impacté·es étaient les hommes, en cycles supérieurs, en médecine ou en EPU, non boursier·es, de nationalité française et sans handicap.

Genre

Il était connu que dans la population générale Française et internationale (3,20,21), y compris les populations étudiantes (1), les femmes étaient plus sujettes aux troubles dépressifs et anxieux ainsi qu'aux idées suicidaires. Ce constat a été retrouvé dans les études spécifiques au Covid dans la population étudiante (15,22,23) et générale (17,19) et est aussi en accord avec nos résultats.

Niveau de cursus

L'étude Cosame a montré que les étudiant·es en licence avaient tendance à être plus à risque que celles et ceux en masters puis que les doctorant·es concernant les indicateurs de santé mentale (23). Ces résultats vont dans le même sens que les nôtres. Cela pourrait s'expliquer par l'âge plus jeune, puisque comme on l'a montré dans la section précédente, les sujets les plus jeunes sont les plus symptomatiques. Cela pourrait aussi s'expliquer par le changement de vie important entre le lycée et le début de la vie universitaire qui se fait au moment de l'entrée en licence.

Nationalité

Avant le Covid, les étudiant·es de nationalité étrangère étaient identifié·es comme étant une population plus vulnérable à la précarité et aux problèmes de santé physique et mentale, à Tours (14), en France et à l'étranger. Comme dans notre étude, dans l'étude Cosame, être un·e étudiant·e étranger·e était associé à un plus fort risque de dépression (23). L'OVE a mis en évidence un sentiment d'isolement plus élevé, des indicateurs relatifs aux états mentaux (se sentir nerveux, triste...) plus impactés, et un impact financier beaucoup plus important (22). Hors on sait que la solitude ressentie et les difficultés financières pendant le Covid sont des facteurs impactant ces indicateurs de santé mentale (18), au point que « les personnes... déclarant que leur situation financière s'est dégradée depuis le début de la crise sanitaire font partie des rares tranches de la population où les taux de syndromes dépressifs ne diminuent pas entre mai et novembre 2020 » (24).

Handicap

Dans l'étude Cosame, le fait d'avoir une maladie chronique était lié à des prévalences plus hautes des indicateurs de troubles de la santé mentale (23). Dans l'enquête CoviPrev, en mai 2020, les personnes se déclarant « fortement limitées » par un problème de santé depuis au

moins six mois étaient 31,6 % à présenter un syndrome dépressif, contre 19,4 % lorsque qu'elles se déclaraient « limitées mais pas fortement » et 11,5 % lorsqu'elles rapportaient ne pas être limitées du tout (18). Il ne s'agissait pas de populations étudiantes, mais nous pouvons raisonnablement imaginer que ce soit aussi valable pour cette population. Les items de ces deux études, pourraient se rapprocher du nôtre concernant le handicap. Nos résultats vont dans le même sens.

Composantes

Dans l'étude Cosame, la prévalence de chaque trouble étudié était significativement plus faible chez les étudiant·es en médecine, comparé·es aux étudiant·es en santé hors médecine, et comparé·es aux étudiant·es des autres filières, ce qui va dans le sens de notre étude. Trois organismes syndicaux et associatifs des étudiant·es en médecine ont mené une étude en mai 2021 sur la santé mentale des étudiant·es en médecine. Leurs résultats obtenus avec l'échelle HAD mesuraient 18% de symptomatologie dépressive et 52% de symptomatologie anxieuse mais ne comparait pas avec d'autres composantes.

Ces résultats en faveur d'une meilleure santé mentale des étudiant·es en médecine peuvent surprendre car plusieurs études ont déjà montré les problèmes de santé mentale des étudiant·es en médecine (25–27). Cette différence pourrait s'expliquer par le rôle social des étudiant·es en médecine pendant la crise sanitaire avec une valorisation sociale, une utilité sociale et une reconnaissance ainsi que par une conservation de la vie sociale et communautaire liée au travail. De plus, les nombreuses études faites sur la santé mentale des étudiant·es en médecine sont souvent faites uniquement sur ces étudiant·es et rarement sur des échantillons de plusieurs composantes qui permettrait leur comparaison.

Idées suicidaires et tentatives de suicide

Un quart des répondant·es de notre étude ont déclaré avoir pensé à se suicider au cours de cette première année de crise sanitaire (12 derniers mois) et 2,1 % ont déclaré avoir fait une tentative de suicide.

Etudes en population étudiante

L'OVE a mené en 2016 son Enquête sur la Santé des Etudiant·es en France. Les étudiant·es étaient 8% à avoir des IS au cours des 12 derniers mois, soit trois fois moins que dans notre étude, et étaient 4% à avoir fait une TS au cours de leur vie (1). Nous avons utilisé les mêmes questions.

Lors du deuxième confinement, le SSU de l'UPJV a mis en évidence des idées suicidaires de 19,2% au cours des 12 derniers mois sur sa population étudiante (16). La formulation (à laquelle nous n'avons pas accès) pouvait être différente.

Dans l'étude Confins, les IS sur les 7 derniers jours représentaient 11,9% des étudiants lors du premier confinement, 11,8% lors de l'entre-deux confinement et 17,6% lors du second confinement (28).

Dans l'étude Cosame, la prévalence des idées suicidaire n'avait fait qu'augmenter pendant le premier confinement (10,6%), après le premier confinement (12,3%) puis à 15 mois (13,8%) (23).

Etudes en population générale

D'après les résultats du baromètre santé 2020, la part des jeunes âgés de 18 à 24 ans déclarant des IS au cours des 12 derniers mois avait fortement augmenté de 2014 à 2020 (passant de 3,3% en 2014, à 5,0% en 2017 puis 7,4% en 2020) avec une hausse plus marquée entre 2017 et 2020, alors qu'elle diminuait globalement pour les 25 ans et plus sur cette même période (29). Cette diminution des pensées suicidaires avec l'âge constituait un changement de dynamique important, puisqu'elles avaient alors plutôt tendance à augmenter avec l'âge (21,30).

Dans l'enquête EpiCov, les IS étaient mesurées au cours des quinze derniers jours étaient en 2019 de 5,0 %, en novembre 2020 de 2,8 %, et en juillet 2021 de 2,7 % (18,31). Là aussi, cette prévalence demeurait plus élevée chez les personnes âgées de 15 à 24 ans que dans le reste de la population et la proportion de personnes concernées diminuait à mesure que l'âge augmente.

L'enquête CoviPrev faite par SPF s'est déroulée en onze vagues, regroupées en trois périodes : de février à mai 2021 (incluant le troisième confinement), de juin à septembre 2021 et d'octobre à janvier 2022. La prévalence des IS sur les 12 derniers mois semblait augmenter pour les 18-25 ans (15,7%, 19,3% puis 20,2%) et les 25-34 ans (10,0%, 13,4% puis 14,6%) mais rester stables pour les autres classes d'âge (8,8%, 9,4% et 9,5) (32). Encore une fois, ces prévalences diminuaient progressivement avec l'âge, passant de 18,3 % chez les personnes âgées de 18 à 24 ans à 3,7 % chez celles âgées de 65 ans ou plus.

Bien que des écarts de prévalence importants des IS aient été observés entre les données des différentes enquêtes, les résultats issus de toutes les sources disponibles convergeaient pour indiquer une aggravation et une plus forte proportion d'idées suicidaires parmi les plus jeunes (32). Ce constat semble cohérent avec la forte prévalence d'IS retrouvée dans notre étude.

Consommation d'antidépresseurs et anxiolytiques

Dans notre étude, 12,8 % des étudiant·es déclaraient s'être fait·es prescrire des antidépresseurs au cours de leur vie (contre 10,9% avant la pandémie) et 26,4 % d'étudiant·es des traitements contre l'anxiété (contre 20,3% avant la pandémie), soit des hausses de consommation respectivement de 58% et 30% et des taux d'incidence de 4,7% et 6,1%.

Dans l'enquête menée à Tours en 2015, 16.5 % des étudiant·es déclaraient s'être déjà fait·es prescrire des tranquillisants ou des antidépresseurs (14).

Dans l'étude Epicov, en mai 2020, 10,0 % des personnes déclaraient prendre des médicaments pour des problèmes d'anxiété, de sommeil ou de dépression et 12,1 % en novembre 2020, soit une hausse de consommation d'environ 20% qui concernait surtout les femmes de moins de 35 ans et celles âgées de 55 à 64 ans (24).

Une étude a été conduite sur les données issues du Système National des Données de Santé (SNDS) entre janvier 2015 et fin février 2021 (33). La consommation d'antidépresseurs, anxiolytiques et hypnotiques et sédatifs avaient toutes les trois augmenté dans toutes les catégories d'âge. Plus les personnes étaient jeunes, plus l'augmentation était grande.

Dans le dernier rapport d'EPI-PHARE (34) qui s'appuyait également sur les données du SNDS, en 2020 la consommation d'antidépresseurs, d'anxiolytiques, d'hypnotiques était supérieure au niveau attendu. En 2021, la hausse des délivrances sur ordonnance en pharmacie d'antidépresseurs, d'anxiolytiques et d'hypnotiques par rapport à l'attendu se confirmait et s'amplifiait.

Sur ce point aussi, nos résultats sont en adéquation avec la dynamique des autres études.

Perception de l'état de santé mentale

En 2015, l'OVE a mené une étude en partenariat avec le SSU de Tours. Les étudiant·es percevaient leur état de santé mentale comme plutôt bon ou très bon pour 81 % (14). Dans notre étude, nous avons réutilisé la même question et notre chiffre s'élève à 43 %, soit moitié moins.

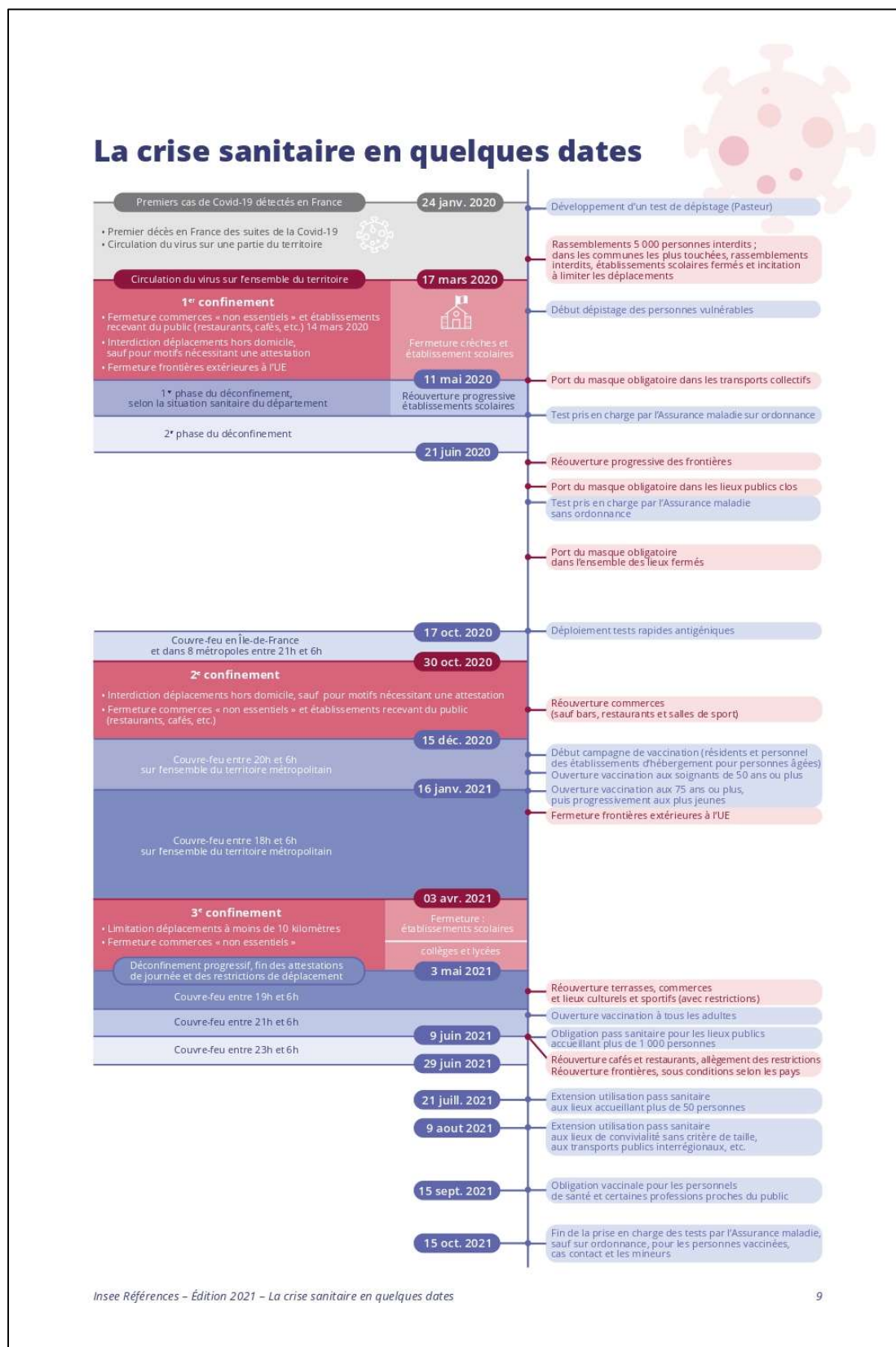
Conclusion

Après un an de crise sanitaire, près de deux tiers des étudiant·es inclu·es dans notre étude avaient une symptomatologie dépressive, la moitié avaient une symptomatologie anxieuse et près d'un quart avaient des idées suicidaires. Des profils semblaient plus particulièrement impactés : les femmes, les niveaux de cycle d'étude inférieur, les étudiant·es en ASH ou LL, les boursier·es, les étudiant·es de nationalités étrangères et celles et ceux avec un handicap. Nos résultats, bien qu'ayant en général des valeurs de symptomatologies plus prononcées que les autres études, étaient cohérents avec la dynamique qui ressort de toutes celles-ci. L'impact de la crise sur la santé des étudiant·es a été fort et semblait toujours être présent un an après le début de la crise. S'il ne s'atténuait avec le temps, il semblait même augmenter. Le profil des femmes jeunes ressortait très fortement, concernant tous les indicateurs de santé mentale.

En l'état de ces connaissances, il semble important de continuer à surveiller la population étudiante et la population jeune par la reconduite d'études périodiques au niveau local, national et international. Localement, il serait très intéressant de reconduire cette étude à l'Université de Tours, premièrement pour pouvoir comparer dans le temps les résultats et pour participer aux données disponibles nationalement et internationalement, deuxièmement pour pouvoir mieux estimer la robustesse des questions faites sur le diagnostic d'EDC et TA et sur les prises d'ATD et ANX. Une politique de prévention ciblant les étudiant·es les plus vulnérables comme les femmes, les plus jeunes ou les étudiant·es de nationalité étrangère doit être menée et une attention à l'accès aux soins psychologiques doit être portée chez ces populations, notamment les plus précaires. Pour se faire, le renforcement des SSU et l'augmentation des ETPT psychologues semblent être un pilier indispensable.

Annexes

Annexe 1. Dates clés de la crise sanitaire en France



Annexe 2. Questionnaire

- 1) En ce moment, vous estimez que votre état de santé mentale est : Très bon; Plutôt bon; Plutôt mauvais; Mauvais
- 2) Au cours des 2 dernières semaines, selon quelle fréquence avez-vous été gêné·e par les problèmes suivants : (PHQ-9)
 - Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses
 - Être triste, déprimé·e ou désespéré·e
 - Difficultés à s'endormir ou à rester endormi·e, ou dormir trop
 - Se sentir fatigué·e ou manquer d'énergie
 - Avoir peu d'appétit ou manger trop
 - Avoir une mauvaise opinion de soi-même, ou avoir le sentiment d'être nul·le, ou d'avoir déçu·e sa famille ou s'être déçu·e soit-même
 - Avoir du mal à se concentrer, par exemple, pour lire le journal ou regarder la télévision
 - Bouger ou parler si lentement que les autres auraient pu le remarquer. Ou au contraire être si agité·e que vous avez eu du mal à tenir en place par rapport à d'habitude
 - Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre
→ Jamais; Plusieurs jours; Plus de la moitié du temps; Presque tous les jours
- 3) Au cours de votre vie avant la pandémie, avez-vous déjà pris un traitement antidépresseur ? Oui; Non
- 4) Depuis le début de la pandémie, avez-vous pris un traitement antidépresseur ? Oui; Non
- 5) Si oui, prenez-vous toujours des anti-dépresseurs ? Oui; Non
- 6) Au cours de votre vie avant la pandémie, avez-vous déjà eu un diagnostic d'épisode dépressif posé par un professionnel de santé ? Oui; Non
- 7) Depuis le début de la pandémie, avez-vous eu un diagnostic d'épisode dépressif posé par un professionnel de santé (premier épisode ou rechute) ? Oui; Non
- 8) Au cours des 14 derniers jours, à quelle fréquence avez-vous été dérangé·e par les problèmes suivants : (GAD-7)
 - Sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension
 - Incapable d'arrêter de vous inquiéter ou de contrôler vos inquiétudes
 - Inquiétudes excessives à propos de tout et de rien
 - Difficultés à se détendre
 - Agitation telle qu'il est difficile de rester tranquille
 - Devenir facilement contrarié·e, irritable
 - Avoir peur que quelque chose d'épouvantable puisse arriver
→ Jamais; Plusieurs jours; Plus de la moitié des jours; Presque tous les jours
- 9) Au cours de votre vie avant la pandémie, avez-vous déjà pris un traitement contre l'anxiété ? Oui; Non
- 10) Depuis le début de la pandémie, avez-vous pris un traitement contre l'anxiété ? Oui; Non
- 11) Si oui, prenez-vous toujours un traitement contre l'anxiété ? Oui; Non
- 12) Au cours de votre vie avant la pandémie, avez-vous déjà eu un diagnostic de trouble anxieux posé par un professionnel de santé ? Oui; Non
- 13) Depuis le début de la pandémie, avez-vous eu un diagnostic de trouble anxieux posé par un professionnel de santé ? Oui; Non
- 14) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pensé à vous suicider ? Oui; Non
- 15) En avez-vous parlé à quelqu'un ? Oui; Non
- 16) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait une tentative de suicide ? Oui; Non
- 17) Avez-vous été suivi·e par un médecin ou un psychiatre, un psychologue, un psychothérapeute ou un psychanalyste, après cette tentative de suicide ? Oui; Non

Annexe 3. Tableau 1 : Données socio-démographiques

Tableau 1 : Données socio-démographiques

	Répondant·es inclu·es		Population source		Taux de participation %
	n	%	n	%	
Total (% en ligne)	5432	100,0	28856	100,0	18,8
Genre					
Homme	1168	21,6	11159	38,7	10,5
Femme	4163	76,8	17682	61,3	23,5
Autres	88	1,6			
Cycle					
Licence	4083	78,4	20454	72,7	20,0
dont L1	1874	45,9	9148	44,7	20,5
dont L2	1238	30,3	6280	30,7	19,7
dont L3	971	23,8	5026	24,6	19,3
Master	962	18,4	5085	18,0	18,9
dont M1	543	56,4	2570	50,5	21,1
dont M2	419	43,6	2515	49,5	16,7
Doctorat, 6 et +	158	3,0	2616	9,3	6,0
Autre	9	0,2			
Composante					
Arts et Sciences Humaines	1121	21,0	5064	17,5	22,1
Droit Economie et Sciences Sociales	888	16,6	5164	17,9	17,2
Médecine	873	16,3	4660	16,1	18,7
Sciences et Techniques	691	12,9	4339	15,0	15,9
Lettres et Langues	681	12,7	3339	11,6	20,4
IUT de Tours	373	7,0	1971	6,8	18,9
IFSI	290	5,4	1473	5,1	19,7
Pharmacie	151	2,8	989	3,4	15,3
EPU	121	2,3	1065	3,7	11,4
IUT de Blois	99	1,9	585	2,0	16,9
CESR	48	0,9	207	0,7	23,2
Autre	6	0,1			
Bourse					
Non	3110	57,3	19099	66,2	16,3
Oui	2322	42,7	9742	33,8	23,8
Nationalité					
Française	5218	96,1	25902	88,3	20,1
Etrangère	212	3,9	2939	11,6	7,2
Handicap					
Non	5166	96,1			
Oui	210	3,9			
Age					
Moyenne ± écart-type	20,7 ± 3,28				

Annexe 4. Tableau 2 : Caractéristiques socio-démographiques selon PHQ-9

Tableau 2 : Caractéristiques socio-démographiques selon PHQ-9

	PHQ-9 ≥ 10		PHQ-9 < 10		p
	n	%	n	%	
Total	3369	62,0	2063	38,0	
Genre					1.05872664207E-13*
Homme	610	18,1	558	27	
Femme	2685	79,7	1478	71,6	
Autre	69	2,0	26	1,3	
Cycle					2.6418392218639E-11*
L1	1232	36,6	642	31,1	
L2	799	23,7	439	21,3	
L3	585	17,4	386	18,7	
M1	318	9,4	225	10,9	
M2	217	6,4	202	9,8	
Doctorat, 6 et +	68	2,0	90	4,4	
Composante					5.0319279912785E-16*
Arts et Sciences Humaines (ASH)	755	22,4	366	17,7	
Droit Economie et Sciences Sociales (DESS)	564	16,7	324	15,7	
Médecine	476	14,1	397	19,2	
Sciences et Techniques (ST)	417	12,4	274	13,3	
Lettres et Langues (LL)	478	14,2	203	9,8	
IUT de Tours	224	6,6	149	7,2	
IFSI	162	4,8	128	6,2	
Pharmacie	96	2,8	55	2,7	
EPU	43	1,3	78	3,8	
IUT de Blois	65	1,9	34	1,6	
CESR	29	0,9	19	0,9	
Bourse					1.621039936062E-6*
Non	1844	54,7	1266	61,4	
Oui	1525	45,3	797	38,6	
Nationalité					0.0019405411244376*
Française	3216	95,5	2002	97	
Etrangère	153	4,5	59	2,9	
Handicap					0.0025964281914403*
Non	3183	94,5	1983	96,1	
Oui	151	4,5	59	2,9	

*p<0,05

Annexe 5. Tableau 3 : Caractéristiques socio-démographiques selon GAD-7

Tableau 3 : Caractéristiques socio-démographiques selon GAD-7

	GAD-7 ≥ 10		GAD-7 < 10		p
	n	%	n	%	
Total	2474	45,5	2916	53,7	
Genre					1.0229172780089E-25*
Homme	372	14,8	782	26,4	
Femme	2038	81,0	2097	70,9	
Autre	60	2,4	35	1,2	
Cycle					1.5072243663985E-10*
L1	875	34,8	988	33,4	
L2	621	24,7	606	20,5	
L3	447	17,8	519	17,5	
M1	222	8,8	314	10,6	
M2	152	6,0	263	8,9	
Doctorat, 6 et +	41	1,6	115	3,9	
Composante					2.4963935549632E-19*
Arts et Sciences Humaines (ASH)	590	23,4	525	17,7	
Droit Economie et Sciences Sociales (DESS)	439	17,4	441	14,9	
Médecine	331	13,2	534	18,1	
Sciences et Techniques (ST)	259	10,3	425	14,4	
Lettres et Langues (LL)	370	14,7	309	10,4	
IUT de Tours	160	6,4	209	7,1	
IFSI	121	4,8	167	5,6	
Pharmacie	68	2,7	80	2,7	
EPU	28	1,1	93	3,1	
IUT de Blois	46	1,8	51	1,7	
CESR	24	1,0	24	0,8	
Bourse					0.0011297524854019*
Non	1358	54,0	1729	58,5	
Oui	1116	44,4	1187	40,1	
Nationalité					0.43102102281454
Française	2372	94,3	2806	94,9	
Etrangère	102	4,1	108	3,7	
Handicap					2.4384767295085E-6*
Non	2314	92,0	2811	95,0	
Oui	129	5,1	80	2,7	

*p<0,05

Bibliographie

1. Belghith F, Beswick C, Morvan Y, Régnier-Loilier A, Rosenbacher-Berlemont M, Tenret É, et al. Repères sur la santé des étudiants. 2018.
2. Boujut E, Koleck M, Bruchon-Schweitzer M, Bourgeois ML. La santé mentale chez les étudiants : suivi d'une cohorte en première année d'université. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* nov 2009;167(9):662-8.
3. Léon C, Chan Chee C, du Roscoät E, Andler R, Cogordan C, Guignard R, et al. La dépression en France chez les 18-75 ans : résultats du baromètre santé 2017. 2018;
4. Argyrou D, Skehan P. Rapport : En parler, mais à qui ? 2020.
5. Ramognino P. Manque de moyens, inégalités, problèmes de gouvernance... les défis des services de santé universitaires. Capital.fr [Internet]. 14 avr 2021 [cité 13 août 2023]; Disponible sur: <https://www.capital.fr/economie-politique/manque-de-moyens-inegalites-problemes-de-gouvernance-les-defis-des-services-de-sante-universitaires-1400004>
6. Arsandaux J, Montagni I, Macalli M, Texier N, Pouriel M, Germain R, et al. Higher risk of mental health deterioration during the Covid-19 lockdown among students rather than non-students. The French Confins study. medRxiv. 5 nov 2020;2020.11.04.20225706.
7. Arthurs E, Steele RJ, Hudson M, Baron M, Thombs BD, (CSRG) Canadian Scleroderma Research Group. Are scores on English and French versions of the PHQ-9 comparable? An assessment of differential item functioning. *PloS One.* 2012;7(12):e52028.
8. Levis B, Benedetti A, Thombs BD, DEPRESSION Screening Data (DEPRESSD) Collaboration. Accuracy of Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) for screening to detect major depression: individual participant data meta-analysis. *BMJ.* 9 avr 2019;365:l1476.
9. Manea L, Gilbody S, McMillan D. A diagnostic meta-analysis of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) algorithm scoring method as a screen for depression. *Gen Hosp Psychiatry.* 2015;37(1):67-75.
10. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.* sept 2001;16(9):606-13.
11. Micoulaud-Franchi JA, Lagarde S, Barkate G, Dufournet B, Besancon C, Trébuchon-Da Fonseca A, et al. Rapid detection of generalized anxiety disorder and major depression in epilepsy: Validation of the GAD-7 as a complementary tool to the NDDI-E in a French sample. *Epilepsy Behav EB.* avr 2016;57(Pt A):211-6.
12. Johnson and all. Psychometric Properties of the General Anxiety Disorder 7-Item (GAD-7) Scale in a Heterogeneous Psychiatric Sample.
13. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med.* 22 mai 2006;166(10):1092-7.
14. Froment B, Gatesoupe M. Santé, bien-être et conditions de vie des étudiants de l'université de Tours en 2015. 2016;
15. Essadek A, Rabeyron T. Mental health of French students during the Covid-19 pandemic. *J Affect Disord.* 1 déc 2020;277:392-3.
16. Lucas A. Enquete sur la sante mentale des etudiants de l'UPJV. 2020;
17. Léon C, du Roscoät E. Prévalence des épisodes dépressifs en France chez les 18-85 ans : résultats du Baromètre santé 2021.
18. Hazo JB, Costemalle V. Confinement du printemps 2020 : une hausse des syndromes dépressifs, surtout chez les 15-24 ans.

19. Hazo JB, Boulch A. Évolution des syndromes dépressifs en population générale entre 2014 et 2021 et lien avec les pensées suicidaires.
20. François B, Guignard R. La dépression en France (2005-2010): prévalence, recours au soin et sentiment d'information de la population, baromètre santé 2010. *Santé Homme*. 1 janv 2012;421:43-5.
21. Léon C, du Roscoät E. Baromètre de Santé Publique France 2017 : tentatives de suicide et pensées suicidaires chez les 18-75 ans.
22. Belghith F, Ferry O, Patros T, Tenret É. OVE Infos 42, La vie étudiante au temps de la pandémie de Covid-19 : incertitudes, transformations et fragilités. 2020.
23. Wathelet M, Horn M, Creupelandt C, Fovet T, Baubet T, Habran E, et al. Mental Health Symptoms of University Students 15 Months After the Onset of the COVID-19 Pandemic in France. *JAMA Netw Open*. 29 déc 2022;5(12):e2249342.
24. Hazo JB, Costemalle V. Une dégradation de la santé mentale chez les jeunes en 2020.
25. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, Segal JB, Peluso MJ, Guille C, et al. Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA*. 6 déc 2016;316(21):2214-36.
26. Vaysse B, Gignon M, Zerkly S, Ganry O. Alcohol, Tobacco, Cannabis, Anxiety and Depression Among second-year Medical Students. Identify in Order to Act. *Santé Publique (Bucur)*. 5 déc 2014;26(5):613-20.
27. Hermetet C, Arnault É, Gaborit C, Coillot H, Florence AM, Diot P, et al. Prévalence et marqueurs de risque d'anxiété et de dépression chez les étudiants en santé : PréMaRADES. *Presse Médicale*. févr 2019;48(2):100-8.
28. Macalli M, Texier N, Schück S, Côté SM, Tzourio C. A repeated cross-sectional analysis assessing mental health conditions of adults as per student status during key periods of the COVID-19 epidemic in France. *Sci Rep*. 9 nov 2021;11(1):21455.
29. Léon C, du Roscoät E. Prévalence et évolution des pensées suicidaires en France métropolitaine en 2020 - Résultats du Baromètre santé.
30. Beck F, Saïas T. Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010.
31. Rouquette A, DAVISSE-Paturet C. Prévalence des pensées suicidaires et facteurs associés en France au cours de la pandémie de Covid-19 – Résultats de l'enquête en population générale EpiCov.
32. Léon C, du Roscoät E. Prévalence et évolution des pensées suicidaires en France métropolitaine en 2021 – Résultats de l'enquête CoviPrev de Santé publique France.
33. Levaillant M, Wathelet M, Lamer A, Riquin E, Gohier B, Hamel-Broza JF. Impact of COVID-19 pandemic and lockdowns on the consumption of anxiolytics, hypnotics and antidepressants according to age groups: a French nationwide study. *Psychol Med*. :1-7.
34. Weill A, Drouin J, Desplas D, Cuenot FC, Dray-Spira R, Zureik M. Usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de Covid-19 – Rapport 6.

Avis favorable de la Commissions des thèses

en date du

Vu, le Directeur de Thèse

Vu, le Doyen De la Faculté de Médecine de Tours

Tours, le

Fakhiri Sara

43 pages – 3 tableaux – 5 figures – 5 annexes

Résumé :

Introduction : La population étudiante, particulièrement vulnérable à une altération de la santé mentale, a été impactée par le premier confinement. L'étude visait à évaluer l'impact d'une année de crise sanitaire sur la symptomatologie dépressive, anxieuse et les idéations suicidaires de la population étudiante de l'Université de Tours.

Méthodes : Cette étude est épidémiologique et descriptive. Un web-questionnaire a été envoyé à l'ensemble des étudiant·es inscrit·es à l'Université de Tours en 2020-2021.

Résultats : 5432 étudiant·es ont été inclus·es, soit 18,8% de la population de l'Université de Tours. Les répondant·es étaient 62 % (n=3369) à avoir une symptomatologie dépressive et 46% (n=2474) une symptomatologie anxieuse. Elles et ils étaient 24,1 % (n=1311) à déclarer avoir pensé à se suicider et 2,1 % (n=114) à avoir fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois. Sur la première année de pandémie, les taux d'incidences de la prise d'antidépresseurs et d'anxiolytiques sur la vie entière étaient de 4,7% et 6,1%, et ceux de diagnostics d'épisodes dépressifs caractérisés et de troubles anxieux sur la vie entière étaient de 4,6% et 4,2%. Les facteurs qui semblaient être associés au fait d'avoir une symptomatologie dépressive et/ou anxieuse étaient : être une femme, de niveau de cycle d'étude inférieur, en composante d'Arts et Sciences Humaines ou Lettres et Langues, boursier·e, de nationalité étrangère, avec un handicap.

Conclusion : Près de deux tiers des étudiant·es avaient une symptomatologie dépressive, la moitié une symptomatologie anxieuse et près d'un quart avaient des idées suicidaires après un an de crise sanitaire.

Jury :

Présidente du Jury : Agnès CAILLES

Directeur de thèse : Docteur Simon FORTIN

Membres du Jury : Professeur Wissam EL HAGE
Docteur Emeline LAURENT

Date de soutenance : 25 septembre 2023