

UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2021

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Axes d'amélioration de prise en charge des étudiants en  
psychiatrie**

Présentée et soutenue publiquement le 06/07/2021 à 16h

Au pôle formation

**Par Cyrielle ANCELLIN**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur François MEDJKANE**

**Monsieur le Docteur Ali AMAD**

**Directeur de thèse :**

**Monsieur le Docteur Maxime BUBROVSZKY**

---

## **Avertissement**

**La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs**

## Liste des abréviations

ATC âge transitionnel cérébral

CSME Conseil de Santé Mentale Étudiants

DSM Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ELIOS Équipe en Ligne d'Intervention et d'Orientation pour la prévention du Suicide

ESOPE Équipe de Soins et d'Orientation de Psychiatrie pour les Étudiants

MDA Maison des Adolescents

OMS Organisation Mondiale de la Santé

OVE Observatoire de la vie étudiante

SUMPPS Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé

TCA Troubles des Conduites Alimentaires

TUA Trouble lié à l'usage de l'alcool

## Résumé :

Les étudiants forment une population hétérogène dont l'état psychologique est de plus en plus précaire. Il existe une carence d'accès aux soins et de dispositifs spécifiques pour cette catégorie de population. L'âge des étudiants durant leur cycle universitaire coïncide avec une période à haut risque pour le développement d'un trouble mental et l'entrée dans les études supérieures est marquée par une mise à l'épreuve de leurs capacités d'adaptation. Ils peuvent présenter des facteurs de vulnérabilité personnels conjugués avec divers événements de vie négatifs et facteurs de stress inhérents à la vie universitaire.

Il semble fondamental d'intensifier les politiques de santé publique afin d'améliorer l'accès aux soins et aux traitements de ces jeunes adultes. Il pourrait s'agir de leur proposer une prise en charge dictée selon un continuum des besoins de l'étudiant. Il semble pertinent de renforcer la prévention et la promotion de la santé mentale au sein des universités mais également de favoriser l'accès aux soins primaires et former à la santé mentale des professionnels disponibles au sein de la communauté. Il peut être question de s'orienter vers une approche transdiagnostique en ayant recours au dépistage et à l'intervention précoce. Il semble important de s'affranchir de certaines contraintes structurelles en proposant des services accessibles et gratuits. Enfin, les services psychiatriques conventionnels, pour les cas les plus complexes, pourraient davantage s'organiser en réseau pluridisciplinaire.

# Table des matières

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
| Remerciements .....  | <b>Erreur ! Signet non défini.</b> |
| Introduction : .....                                       | 7                                  |
| I - Spécificités de la population étudiante .....          | 9                                  |
| 1 Caractéristiques des étudiants.....                      | 9                                  |
| A. Démocratisation de l'accès au statut d'étudiant .....   | 9                                  |
| B. Arrivée à l'université .....                            | 9                                  |
| C. Considérations économiques et professionnelles .....    | 10                                 |
| D. Mobilité étudiante .....                                | 11                                 |
| 2. Facteurs de vulnérabilité .....                         | 12                                 |
| A. Habitudes de vie.....                                   | 12                                 |
| B. L'acculturation au sein des universités.....            | 13                                 |
| C. Personnalité et psychopathologie .....                  | 16                                 |
| D. Séparation des parents .....                            | 17                                 |
| 3. Exposition à des facteurs de stress .....               | 18                                 |
| A. Réactions de stress.....                                | 18                                 |
| B. Les stratégies d'adaptation.....                        | 22                                 |
| 4. Spécificités de leur catégorie d'âge .....              | 24                                 |
| A. Théorie de l'âge adulte émergent.....                   | 24                                 |
| B. Vulnérabilité cérébrale.....                            | 25                                 |
| 5. Stigmatisation .....                                    | 28                                 |
| II Prévalence des troubles psychiques .....                | 32                                 |
| 1. Evolution de la prévalence des troubles psychiques..... | 32                                 |
| A. Prévalence globale.....                                 | 32                                 |
| B. Mutations sociales.....                                 | 34                                 |
| 2. Spécificités des pathologies et demande de soins.....   | 35                                 |
| A. Automutilation et idéations suicidaires .....           | 36                                 |
| B. Conduites addictives .....                              | 37                                 |
| C. Dépression .....  | 40                                 |
| D. Anxiété .....   | 41                                 |
| E. Troubles des conduites alimentaires .....               | 41                                 |
| F. Schizophrénie et apparentés.....                        | 42                                 |
| G. Trouble bipolaire .....                                 | 43                                 |
| H. Cas particulier des agressions sexuelles .....          | 44                                 |

|  |    |
|--|----|
| I. Impact de l'épidémie de Covid 19.....                     | 45 |
| 3. Accès aux soins.....                                      | 49 |
| III- Perspectives d'amélioration des soins : .....           | 51 |
| 1. Dispositifs et professionnels disponibles.....            | 51 |
| A. SUMPPS et BAPU .....                                      | 51 |
| 2. Les médecins généralistes .....                           | 52 |
| 3. Maison des étudiants (MDA).....                           | 53 |
| 2. Modèle de Patel.....                                      | 55 |
| A. Santé mentale mondiale.....                               | 56 |
| B. Bases théoriques de ce modèle .....                       | 56 |
| C. Application aux étudiants .....                           | 58 |
| 3. Les étudiants relais .....                                | 61 |
| 4. Utilisation des nouvelles technologies .....              | 64 |
| 5. Programme de prévention secondaire transdiagnostique..... | 66 |
| 6. Modèle du continuum de prise en charge .....              | 67 |
| IV-Discussion .....  | 71 |
| Conclusion .....   | 75 |
| Références bibliographiques.....                             | 77 |

## Introduction :

La santé mentale des étudiants est une problématique représentant un véritable enjeu de santé publique. En 2019, la population étudiante représentait 2,7 millions d'individus en France.

Une grande majorité des troubles psychiques débute entre 15 et 25 ans et la fin de cette tranche d'âge correspond à l'émergence de près de 3/4 des troubles mentaux (61, 62).

L'entrée à l'université correspond à une période de transition importante dans la vie de ces jeunes adultes. Cette dernière est caractérisée par une autonomie et des responsabilités accrues, la création de nouveaux liens sociaux, des facteurs de stress académique et un processus d'individuation associé à la séparation de la famille. Les facteurs de stress peuvent également être liés à des facteurs de vulnérabilité personnelle conjugués avec divers événements de vie négatifs. On estime qu'un étudiant sur quatre en France a présenté au moins une problématique de santé mentale au cours de l'année écoulée (11).

La présence d'un trouble psychique a souvent un retentissement important dans différents domaines de la vie de l'étudiant et peut affecter ses fonctions cognitives, la réussite aux examens, l'intégration au sein d'un groupe d'appartenance, la santé physique, la qualité de vie ainsi que l'adaptation psychosociale à l'environnement universitaire.

Il a été estimé qu'environ deux tiers des étudiants présentant des troubles mentaux ne recevaient pas de prise en charge médicamenteuse ou psychothérapeutique.

Par ailleurs, les jeunes adultes sont la cible préférentielle de l'émergence de maladies psychiatriques sévères, comme la schizophrénie et les troubles de l'humeur, particulièrement sensibles au stress.

Dans une première partie, l'objectif de ce travail de thèse est de définir les spécificités et les vulnérabilités de cette population ainsi que ses ressources adaptatives. Dans une seconde partie, nous déterminerons la prévalence et les spécificités des entités psychopathologiques les plus fréquentes chez les étudiants. Enfin, nous tenterons de déterminer quelles sont les perspectives d'amélioration des soins, en fonction de la complexité de leurs difficultés.

# **I - Spécificités de la population étudiante**

## **1 Caractéristiques des étudiants**

### **A. Démocratisation de l'accès au statut d'étudiant**

Depuis le milieu des années 1960, il existe une démocratisation de l'accès à l'enseignement supérieur. En France, la part des étudiants a été multipliée par 5 entre 1960 (0,4% de la population générale) et 2000 (2%). Dans ce contexte, l'enseignement supérieur n'est plus perçu comme un privilège élitiste et la population étudiante s'est largement diversifiée. On retrouve une hétérogénéité des origines socio-culturelles et des capacités académiques des étudiants. Cette massification des effectifs a entraîné des échecs et des abandons considérables. Par exemple, le taux d'échec de la première année universitaire est de 56%, avec 27% d'étudiants quittant le système universitaire au décours (31). Une partie des étudiants de première année n'est pas suffisamment équipée face aux exigences qu'impliquent les études supérieures.

### **B. Arrivée à l'université**

L'entrée à l'université est une période de découverte, d'opportunités mais parfois aussi de préoccupation pour certains de ces jeunes adultes qui doivent affirmer leurs choix et faire leurs preuves. Lors de la première année universitaire, l'étudiant est confronté à une double source de stress transitoire, à savoir le stress lié à la transition du statut d'élève du secondaire au statut d'étudiant à l'université et celui du passage de l'adolescence à l'âge adulte.

Les nouveaux arrivants à l'université sont confrontés à de nombreux facteurs de stress tels que la séparation d'avec le foyer familial de l'enfance ou de leurs racines culturelles, la gestion de leur budget, les nouvelles habitudes alimentaires, l'intégration au sein d'un nouveau réseau social, les contraintes académiques, la confrontation à de nouvelles responsabilités (15) qui peuvent mettre à l'épreuve leur fonctionnement psychique habituellement homéostatique. Ils doivent décrypter les codes de l'université, comprendre ses arcanes, ses rites et s'adapter aux nouvelles formes d'apprentissage ainsi qu'à la charge de travail accrue.

Ce contexte de perte de repères conséquent peut induire un moment d'inadaptation, de vulnérabilité au cours duquel les étudiants peuvent être amenés à ressentir un sentiment d'impuissance, de confusion, d'incertitude, de doute ou une baisse de l'estime de soi.

Les événements stressants vécus lors de l'arrivée à l'université sont, pour la plupart des étudiants, passagers. Toutefois, cela peut aboutir à un stress chronique pouvant entraîner un retentissement dans différents domaines de fonctionnement (120) et conduire à l'émergence de pathologies psychiatriques telles que la dépression (48).

### **C. Considérations économiques et professionnelles**

La demande d'enseignement dans le supérieur est influencée par sa capacité à protéger contre le chômage ou à fournir un bénéfice sur le marché de l'emploi en termes de salaire (29).

Selon la théorie du capital humain, l'étudiant est amené à confronter le coût des études, la rémunération que pourrait lui apporter le diplôme, pondéré par le risque d'échec des études. Le coût des études prend en compte tous les frais liés à la scolarité mais également les

revenus non perçus pendant la durée des études (coûts d'opportunités, 29). Pour les étudiants issus de milieux socio-économiques plus faibles, il est important de considérer le financement d'un emprunt s'il s'avère nécessaire et l'estimation du capital que peut représenter un diplôme universitaire dans l'ascension sociale (29).

Les étudiants sont confrontés à de nombreuses les mutations sociales : précarité, chômage, changement des structures familiales (augmentation des séparations conjugales, constitution de familles monoparentales ou recomposées).

Avant la crise sanitaire, 20% des étudiants vivaient en dessous du seuil de pauvreté et 18% des jeunes diplômés « bac+5 » étaient au chômage. Achever ses études n'implique pas systématiquement une arrivée sur le marché de l'emploi immédiate. L'inflation scolaire a un impact négatif sur la valeur du diplôme sur le marché de l'emploi.

Par ailleurs, la moitié des étudiants sont amenés à exercer une activité rémunérée en parallèle de leurs études. Au-delà d'un certain seuil, cette activité compromet la réussite académique. En effet, pour les étudiants qui exercent un emploi plus de 6 mois dans l'année au-delà d'un mi-temps, la probabilité de valider leur année universitaire est réduite de 29% (99).

## **D. Mobilité étudiante**

Selon l'observatoire de la vie étudiante (OVE), un quart des étudiants est amené à changer de région au cours de son cursus universitaire (85). Cette mobilité résidentielle est souvent motivée par un choix spécifique d'études et implique de déménager parfois loin de leur foyer familial et de leur noyau amical. Pour 89000 jeunes français, cela inclut un changement de pays.

## **2. Facteurs de vulnérabilité**

### **A. Habitudes de vie**

Les étudiants sont amenés à modifier leurs habitudes de vie lors de la transition du secondaire vers l'université et le départ du domicile familial. Certaines habitudes fréquentes chez les étudiants telles qu'une irrégularité des rythmes de sommeil, la consommation de substances psychoactives ou un régime alimentaire déséquilibré peuvent être délétères pour leur santé mentale.

Au contraire, des études suggèrent que des comportements sains conduisent à une santé physique de meilleure qualité et permettraient également de contribuer au bien-être psychique (117). Par exemple, l'activité physique permettrait la sécrétion d'endorphines, l'amélioration de la qualité du sommeil, la régulation des réponses de facteurs de stress via l'axe hypothalamo-hypophysaire.

L'OMS définit un « mode de vie sain » par la pratique d'une activité physique régulière, l'absence de tabagisme, la consommation d'alcool de façon modérée et une alimentation équilibrée (35). A cela pourrait s'ajouter un respect de ses besoins en matière de sommeil, une sexualité protégée, l'absence de mésusage médicamenteux, une consommation raisonnée des nouvelles technologies, une stimulation intellectuelle, la pratique d'activités de loisirs (36).

Des études ont constaté que des mauvaises habitudes de vie étaient associées à des scores de dépression plus importants. Elles suggèrent d'encourager les étudiants présentant une perturbation de leur sommeil à suivre un programme de psychoéducation (127).

Ainsi, des habitudes de vie saines pourraient représenter un facteur protecteur des pathologies psychiatriques tandis que certains comportements néfastes pourraient être considérés comme un facteur de risque.

## **B. L'acculturation au sein des universités**

L'arrivée à l'université représente une période d'adaptation majeure pour les étudiants venus de l'étranger. En 2019, 258000 étudiants internationaux venaient en France pour y effectuer leurs études (23). Les pays les plus représentés sont le Maroc, l'Algérie, la Chine, l'Italie, la Tunisie et le Sénégal.

Au-delà des facteurs de stress retrouvés habituellement chez les étudiants, un phénomène d'acculturation a lieu. Elle se caractérise par l'ensemble des phénomènes qui se mettent en place lorsque 2 cultures entrent en contact.

Berry décrit cette situation d'acculturation selon les dimensions attitudinale, comportementale et psychique (12). La dimension attitudinale se caractérise par le positionnement choisi par l'individu selon 2 variables. La première représente son envie d'être en interaction et de communiquer avec les individus de la société qui l'accueille, d'intégrer ses normes et ses valeurs, que Berry nomme « contacts interculturels ». La deuxième se caractérise par la volonté de préserver son identité culturelle, ses coutumes au sein de son nouvel environnement socio-culturel, nommée « distinction ethnique ».

|   |                 |  |                 |
|---|-----------------|--|-----------------|
|   |                 | <b>Maintien de la culture d'origine :</b><br>faut-il maintenir son identité<br>et sa culture d'origine ? |                 |
|   |                 | <b>Oui</b> ←   | → <b>Non</b>    |
| <b>Contact et participation<br/>avec l'environnement socioculturel :</b><br>faut-il avoir des relations avec la société d'accueil<br>et participer à la vie sociale ? | <i>Oui</i><br>↑ | Intégration  | Assimilation    |
|   | ↓<br><i>Non</i> | Séparation   | Marginalisation |

Figure 1 : Attitudes d'acculturation selon Berry et al, 1989 (12)

Les résultats du positionnement de l'individu aboutissent à 4 attitudes d'acculturation : l'intégration, l'assimilation, la séparation et la marginalisation, représentées dans le tableau ci-dessus.

Par exemple, l'intégration se caractérise d'un côté par une adoption des valeurs et un désir d'interaction, de l'autre par une volonté de maintenir sa culture d'origine. Des petits groupes ethniques peuvent se former au sein de la société d'accueil tout en maintenant une intégration dans leur environnement social.

La dimension comportementale se caractérise par le degré de changements comportementaux que l'individu devra adopter afin de s'adapter à son nouvel environnement, notamment en cas de situation de crise. Elle est corrélée au positionnement qu'il a adopté dans la dimension attitudinale.

La dimension psychique correspond à l'état de stress que peuvent générer certaines politiques d'accueil des étrangers, le manque d'étayage interpersonnel ou encore certaines vulnérabilités adaptatives individuelles. Lorsque l'expérience stressante liée à l'acculturation est trop importante et que les capacités adaptatives sont dépassées, cela peut aboutir à l'émergence de pathologies telles que la dépression et l'anxiété.

Chez les étudiants étrangers, le stress lié à l'acculturation peut être dû à une maîtrise insuffisante de la langue, un isolement social, des difficultés d'adaptation au nouveau système scolaire, des attitudes discriminatoires (107).

La barrière de la langue peut altérer le fonctionnement scolaire (résultats académiques et participation en cours) ainsi que les interactions sociales (en particulier avec les pairs, 93).

Le changement de mode de vie, la perte de repères et les nouvelles normes culturelles du pays et de l'université nécessitent une période d'adaptation. Cela peut entraîner des difficultés à la création d'un nouveau réseau social. Plusieurs études ont montré un vécu d'isolement plus important des étudiants internationaux par rapport à leurs homologues locaux (63, 129).

Il paraît également pertinent de prendre en considération les types de cultures (individualistes ou collectivistes) des étudiants avec les dynamiques de travail ou les préférences sociales qui leur sont associées. Les valeurs culturelles du groupe d'appartenance se retranscrivent à travers le fonctionnement de l'individu. Ainsi, les étudiants internationaux asiatiques (présentant le plus souvent une culture collectiviste) rencontrent plus de difficultés à interagir et à nouer des liens amicaux lorsqu'ils sont confrontés à la culture occidentale, qui met l'accent sur l'autonomie et l'affirmation de soi (128).

Par ailleurs, des étudiants internationaux d'Asie, du Moyen-Orient ou d'Amérique Latine ont rapporté des agressions physiques, une discrimination à la recherche d'emploi ou des propos insultants de la part de citoyens américains (92).

Les politiques d'intégration diffèrent d'un pays à l'autre mais également selon les groupes d'acculturation en raison de rapports économiques, politiques ou sociaux entre les 2 pays.

## C. Personnalité et psychopathologie

Les étudiants représentent une catégorie de population dont les préoccupations diffèrent des autres groupes d'âge. Ils sont confrontés à de multiples facteurs de stress académiques ou interpersonnels tels que la surcharge de travail, la pression exercée par la concurrence avec leurs pairs, des préoccupations au sujet de leur avenir (notamment professionnel) ou le manque de temps disponible pour leurs proches.

Ils appartiennent également à une classe d'âge fortement vulnérable aux problématiques de santé mentale. La personnalité des étudiants est influencée par des facteurs sociétaux tels que le contexte économique, politique et culturel et des facteurs personnels tels que les expériences de vie, les facteurs biologiques ou l'environnement. Auparavant, les étudiants formaient une population relativement homogène, souvent issue d'un milieu socio-économique élevé. Aujourd'hui, cette population s'est largement diversifiée.

Il est suggéré que les traits de personnalité des étudiants puissent être évalués au début de leurs cursus universitaires afin de leur proposer une orientation académique ou professionnelle appropriée ou de réaliser une prévention des problématiques de santé mentale adaptée à leurs vulnérabilités. Les caractéristiques psychologiques influencent fortement la réussite académique (71).

L'altération de la santé mentale peut avoir un impact sur les fonctionnements interpersonnel, émotionnel, physique et académique de l'étudiant. Le perfectionnisme, des traits de personnalité évitante, la tendance à la procrastination pourraient prédire les symptômes d'anxiété. Une forte conscience de soi peut entraîner des relations interpersonnelles altérées et une estime de soi plus faible. La timidité serait un prédicteur de diverses formes de psychopathologie telles que les addictions ou les troubles de l'humeur.

La surveillance parentale réduite, le changement de structure de vie, la pression des pairs créent un climat social exposant les étudiants à des risques de consommations de substances psychoactives (licites ou non). Une charge anxieuse majeure réactionnelle à un examen peut entraîner un retard ou un abandon des études, voire aboutir des comportements suicidaires.

## **D. Séparation des parents**

### a. Attachement

Selon les théories de Bowlby, les expériences relationnelles précoces avec les parents ont un impact tout au long de la vie d'un individu (16). Ces expériences d'attachement précoces deviennent des modèles du fonctionnement interne. Ils détermineront les attentes du sujet dans ses relations interpersonnelles ainsi que leur perception d'eux-mêmes.

Il a été montré qu'un attachement sécurisé aux parents est associé positivement à une réussite personnelle, sociale et académique des étudiants. Cet attachement sécurisé représente un « refuge », une base sécurisante.

### b. Séparation, individuation et arrivée à l'université

L'adaptation à l'université a été conceptualisée comme une séparation des parents dans laquelle les individus éprouvent de l'anxiété et expriment leur type d'attachement. Une base sécurisée permet d'explorer de nouveaux rôles, d'initier une séparation psychologique, le développement de leur identité propre et de faciliter l'indépendance des étudiants (103). À l'inverse, un attachement insécurisé peut entraîner de l'anxiété, un évitement de l'exploration.

Des étudiants qui se sentent isolés sont plus susceptibles de présenter des difficultés d'adaptation lors de cette grande étape de transition qu'est l'arrivée université.

### **3. Exposition à des facteurs de stress**

#### **A. Réactions de stress**

##### ***a) Définitions du stress***

Les premières définitions du stress sont issues des travaux de Selye (104). Il présente le stress comme un processus d'adaptation biologique, comportementale et psychique mis en œuvre par un individu pour s'adapter à un événement donné.

Dans le cas d'une situation sans contrainte, l'individu est dans un état d'homéostasie, son niveau de résistance est normal. Cette homéostasie, essentielle à la vie et au bien-être (24), est sans cesse soumise à des contraintes intrinsèques ou extrinsèques. Lorsque survient un événement pénible ou traumatique, impliquant la mobilisation de ressources adaptatives, le niveau homéostatique se trouve altéré.

Le système de stress est constitué d'un réseau neuroendocrine, cellulaire et moléculaire interconnecté complexe permettant cette réponse adaptative (114). Cette réponse est fortement variable d'un individu à l'autre puisqu'elle est déterminée par des facteurs développementaux, environnementaux et génétiques.

Les conséquences d'un stress chronique ou très intense (s'apparentant un événement traumatique) sont nombreuses. Le développement cérébral du fœtus, de l'enfant et de l'adolescent présente une forte vulnérabilité aux facteurs de stress. Le stress peut ainsi

agir sur la croissance, le métabolisme, l'immunité, la reproduction, le développement de la personnalité.

Selye a décrit trois principales phases qui permettent de décrire le stress : la phase d'alarme, la phase de résistance et enfin la phase d'épuisement.

La phase d'alarme correspond à la réaction initiale de l'organisme face au stress aigu auquel il n'est pas adapté. Cette période est caractérisée par un état de surprise, de choc. Il se trouve au-delà de son niveau de résistance normal.

Puis, la phase de résistance correspond à l'adaptation face à l'agent stressant, c'est-à-dire à une période de récupération avec une recharge des moyens de défense utilisés dans la phase d'alarme. Si l'agent stressant disparaît, les niveaux de cortisol s'abaissent et les réactions physiologiques se normalisent (telles que la fréquence cardiaque et la tension artérielle). Les systèmes sympathiques et médullo-surréaliens sont ainsi impliqués.

Si l'événement stressant persiste, le corps va poursuivre la sécrétion des hormones de stress permettant de maintenir la réponse physiologique du corps. Cela va induire la phase d'épuisement, c'est-à-dire que les ressources biologiques et psychologiques ne seront pas suffisantes. L'organisme atteint alors un seuil où il n'est plus en mesure de s'adapter au stimulus stressant. Cette phase peut mener à des graves troubles et maladies tels qu'un épuisement académique, une asthénie persistante, une symptomatologie dépressive et/ou anxieuse. Si l'individu parvient à faire face, il retrouve son niveau de résistance normal et son homéostasie. En revanche, si le stress persiste en durée et en intensité, l'organisme perd ses ressources adaptatives et les conséquences sont négatives, notamment sur le système

immunitaire qui va s'affaiblir. Cela va augmenter la probabilité de survenue d'ulcères gastriques.

En cas de stress chronique, les répercussions sur le plan somatique seront nombreuses. On retrouve par exemple une majoration du risque de maladies cardiovasculaires, métaboliques, endocrines ou encore auto-immunes.

### ***b. Approche cognitiviste du stress***

Selon les approches cognitivistes, l'intensité du stress est le résultat d'une relation dynamique entre la réalité objective du facteur de stress, la perception qu'en a l'individu, les ressources individuelles pour y faire face et les exigences de son environnement. Cette perception est déterminée par une évaluation cognitive du facteur de stress. Une première évaluation permet d'analyser la nature de la situation et le risque encouru par la confrontation à ce stresser.

Un même événement peut ainsi être évalué comme une menace, une perte, un défi. Par exemple, un étudiant est sollicité pour préparer un exposé pour un cours ayant lieu le lendemain. Il peut appréhender le travail avec anxiété (est-il capable de préparer correctement cet exposé), avec un sentiment de colère (le délai est trop court) ou avec excitation (la préparation de l'exposé est perçue comme un défi).

La seconde évaluation permet de déterminer les ressources dont le sujet dispose pour faire face au stresser et d'établir l'efficacité potentielle de ses ressources.

Ces évaluations, réalisées rapidement et de manière automatique, dépendent en grande partie de nos expériences passées, notamment des souvenirs des situations similaires vécues et de notre personnalité. L'activation de l'amygdale permet d'opérer une réponse comportementale en fonction de la valeur émotionnelle des stimuli perçus.

Ainsi, les réponses des étudiants face à un agent de stress peuvent s'exprimer sous différentes formes (48) et sont le résultat de la médiation de processus émotionnels, cognitifs et sociaux. On retrouve des réponses de nature émotionnelle (peur, inquiétude, anxiété), cognitive (évaluation de la situation et mise en place de stratégies), comportementale (consommation de substances psychoactives, pleurs, irritabilité) ou physiologique (hyperactivation neurovégétative, douleurs corporelles).

Chez les étudiants, le stress contribue aux symptômes somatiques tels que l'asthénie ou les céphalées. Un stress chronique peut entraîner des conséquences négatives tels que les dépendances, l'absentéisme, le décrochage scolaire, l'épuisement académique et en dernier lieu l'échec de sa carrière.

### ***c. Stress universitaire***

Durant leur cursus, les étudiants sont soumis à de nombreux facteurs de stress, le stress académique étant le facteur principalement retrouvé. D'autres facteurs dépendent à la fois de leur profil psychologique et de leurs conditions de vie. Par exemple, la peur d'échouer aux examens, le vécu de solitude et d'éloignement de leurs proches, l'anonymat au sein de l'université, le manque d'étayage amical, les difficultés à développer des relations interpersonnelles, la précarité financière sont autant de facteurs de stress.

La pression exercée par la concurrence avec leurs pairs s'exerce différemment en fonction des filières. En effet la sélectivité peut se faire à différentes étapes du cursus : en première année pour certaines filières, à la fin des classes préparatoires pour d'autres ou encore lors de la transition vers le master.

Des niveaux de stress modérés ont été décrits chez 77% des étudiants et sévères chez 10% d'entre eux (3), avec une proportion plus forte chez les femmes. La régulation de leur stress dépend de leur vécu et de la façon dont ils interprètent leur environnement (46).

## **B. Les stratégies d'adaptation**

De nombreux travaux ont analysé les processus d'adaptation cognitifs et comportementaux qu'un individu met en place face à des événements perçus comme stressants ou menaçants afin d'atténuer ou de maîtriser l'impact de ceux-ci sur son bien-être. En 1984, Lazarus et Folkman ont défini le "coping" comme "l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu" (109). Ces stratégies de coping, également appelées stratégies d'ajustement (87), peuvent être adaptées ou dysfonctionnelles. Il existe de nombreuses classifications de ces stratégies. On distingue, d'une part, les stratégies centrées sur le problème ou sur l'émotion (classification de 1995, de Paulhan et Bourgeois) :

- les stratégies de coping centrées sur le problème visent à gérer ou atténuer le problème à l'origine de la détresse de l'individu. Par exemple, la recherche d'information, la mise en place d'un plan d'action pour supprimer l'élément stressant font partie de ces stratégies.

- les stratégies de coping centrées sur l'émotion, visant la régulation de la détresse émotionnelle provoquée par l'agent stressant. Elles tendent à minimiser les réactions émotionnelles, physiologiques ou cognitives. Par exemple, la relaxation, l'engagement dans une activité distrayante, la consommation de substances psychoactives (alcool, tabac, médicaments), l'humour ou le coping « religieux » font partie de ces stratégies.

D'autre part, on peut distinguer les stratégies actives et passives :

-les stratégies de coping évitant, permettant à l'individu, par le biais de stratégies passives (éviter, fuite, déni, agressivité..), de réduire la tension émotionnelle. Elles s'apparentent au coping centré sur l'émotion.

-les stratégies de coping vigilant, permettant, par le biais de stratégies actives (recherche d'informations, de moyens) d'affronter la situation afin de la résoudre. Elles s'apparentent au coping centré sur le problème.

D'autres catégories ont été décrites par Ionescu (2010) :

-la recherche de soutien social (permettant d'obtenir une écoute, des informations ou une aide matérielle)

-le coping d'anticipation et le coping proactif

-le coping religieux

-le coping dyadique ou collectif

L'utilisation privilégiée d'une stratégie plutôt qu'une autre évoluerait tout au long de la vie. Toutefois, différents travaux ont suggéré que les adolescents et jeunes adultes utiliseraient de manière préférentielle la stratégie de coping évitant (14), qui serait la stratégie la moins efficace (123). Cette stratégie, permettant de se soustraire de la situation stressante ou de la recherche de solutions, pourrait entraîner une incapacité à résoudre la situation et serait associée à l'émergence d'anxiété (109).

La stratégie la plus efficace serait la recherche de soutien social (47). Toutefois, l'efficacité des stratégies de coping dépend du type de stress et du contexte.

Ainsi, on peut constater que les étudiants sont amenés à mettre en place des stratégies d'adaptation dysfonctionnelles qui pourraient augmenter leur vulnérabilité aux troubles psychiques.

## **4. Spécificités de leur catégorie d'âge**

### **A. Théorie de l'âge adulte émergent**

La plupart des étudiants appartiennent à la catégorie de ce qu'on appelle « l'âge adulte émergent » ou « adultes en émergence », défini comme une période de vie très hétérogène, se distinguant à la fois de l'adolescence et de l'âge adulte.

Selon la théorie d'Arnett, il existe 5 critères la définissant (10). Elle représenterait tout d'abord un âge d'exploration identitaire, d'expérimentation de diverses possibilités, marqué par une conquête des territoires intellectuels, affectifs, amoureux, professionnels (38). Deuxièmement, la majorité des adultes émergents ont le sentiment qu'ils ne sont plus des adolescents mais pas encore tout à fait des adultes (10), ils ne ressentent pas d'appartenance complète à l'une ou à l'autre et se retrouvent dans une forme d'« entre-deux ». Troisièmement, elle est une période de concentration sur soi au cours de laquelle les comportements ne sont plus normés par les contraintes liées à l'adolescence, principalement imposées par les parents et par la scolarisation obligatoire, et, en même temps, ces jeunes adultes ne sont pas encore soumis aux obligations et responsabilités typiques de l'âge adulte (caractérisées par exemple par l'inscription durable dans l'emploi, dans la conjugalité ou dans la parentalité). Quatrièmement, l'âge adulte émergent est un âge caractérisé par une instabilité. Ces jeunes adultes ont la possibilité d'expérimenter un large panel d'opportunités, pouvant être exaltant mais également pénible ou déconcertant. Enfin, l'âge adulte émergent est l'âge des possibilités au cours duquel on se sent capable d'atteindre ses objectifs personnels.

Cette description des adultes en émergence a été critiquée par sa généralisation à l'ensemble des jeunes adultes. Il semblerait que cette description corresponde davantage à la population d'étudiants universitaires qu'à leurs homologues non étudiants (81). Toutefois, cette théorisation semble prendre son sens devant la massification des effectifs étudiants.

Parallèlement, on observe chez les générations nées après les années soixante un accroissement de la durée des études supérieures et de son corollaire, un âge d'entrée sur le marché du travail repoussé. L'âge du mariage (ou d'une relation conjugale stable) et du premier enfant sont également repoussés. Or, l'accès à un emploi, une vie conjugale stable, la parentalité ou encore le fait de quitter le domicile familial représentent des marqueurs de la transition vers l'âge adulte, au cours duquel les rôles sociaux sont amenés à évoluer.

Cette période de vie existe sous différentes formes en fonction des pays ou du statut socio-économique, en raison de différences culturelles, individuelles ou relationnelles.

Par exemple, les étudiants ont obtenu des scores plus importants que leurs homologues non universitaires en ce qui concerne la possibilité d'expérimentations (111).

## **B. Vulnérabilité cérébrale**

La période de développement cérébral allant de 0 à 3 ans a été largement étudiée et représente une période cruciale du neurodéveloppement.

Toutefois, il existe une deuxième période critique s'étendant du début du développement pubertaire à l'aboutissement de l'organisation corticale (approximativement de 13 à 25 ans). Elle est caractérisée par de nombreux processus de maturation et réarrangements neuronaux (élagage synaptique, myélinisation, plasticité dendritique).

Cette période développementale, qualifiée d'« âge transitionnel cérébral » (ATC) par Chung (25), est marquée par une majoration du risque de morbidité, de mortalité, de consommation,

d'abus ou de dépendance à différentes substances psychoactives ainsi que par l'émergence de troubles psychiatriques ou médicaux. On peut par exemple citer le risque suicidaire accru, l'importance des accidents de la route, des faits de violence, des comportements sexuels à risque ou l'émergence de troubles psychiatriques tels que les troubles du comportement alimentaire, les dépressions, les troubles bipolaires, les troubles anxieux, les premiers épisodes psychotiques (21).

L'hypothèse principale repose sur le fait que les systèmes impliqués dans la prise de risque sont matures précocement (les régions sous corticales telles que l'amygdale ou le noyau accumbens, appartenant au système limbique) tandis que ceux qui permettent une régulation de ces systèmes ne le sont pas complètement (les régions préfrontales où a lieu le traitement des informations complexes) : on retrouve donc une inadéquation développementale.

Par ailleurs, les adolescents bénéficient de contraintes externes ayant valeur de régulation, par l'intermédiaire de leurs parents ou de leurs professeurs par exemple. Ces contraintes et supervisions sont plus faibles chez les étudiants, devenus adultes, et ayant potentiellement quitté le domicile parental. On retrouve donc des jeunes avec un accès facilité à différentes substances psychoactives ou à des activités sociales présentant des risques à une période où leurs décisions sont encore mal régulées et impulsives.

En comparaison avec les enfants, les adolescents sont plus performants dans leur capacité de raisonnement, dans leur système immunitaire, dans leur capacité à résister au stress, dans leur délai de réaction. On observe malgré cela des scores de mortalité et morbidité majorés de 200% sur une même période. Ceci pourrait être expliqué par des difficultés des contrôles émotionnels et comportementaux.

Un noyau accumbens (foyer de la motivation et du plaisir) en développement contribuerait à expliquer la propension des adolescents « ATC » à privilégier des activités nécessitant peu d'effort et produisant une forte récompense/excitation.

Lors de cette période d'inadéquation développementale, l'amygdale favoriserait les jeunes à réagir avec des émotions dites « chaudes » (telles que la colère, la hardiesse) ou à interpréter certaines expressions faciales comme étant des signes de colère.

Le cortex préfrontal, quant à lui, est une aire cérébrale impliquée dans les processus d'attention, de contrôle des impulsions, de flexibilité cognitive, de planification, de jugement et de régulation émotionnelle. Il permet la sélection d'une action en fonction de ses conséquences et basée sur l'inhibition des impulsions.

La diminution du volume de la matière grise (via l'élagage synaptique) se produit schématiquement de l'arrière vers l'avant du cerveau. Ainsi, le cortex préfrontal arrivera à maturité en dernier.

Par ailleurs, on retrouve une sensibilité accrue aux changements épigénétiques et une flexibilité plus importante dans le cerveau adolescent. Ceci implique, en cas d'abus de substances par exemple, des risques de dommages à long terme plus importants.

A l'inverse, un environnement de bonne qualité pourrait avoir des effets bénéfiques tels qu'une amélioration de l'humeur, des résultats scolaires, de capacités mnésiques et de régulation émotionnelle.

Ainsi, les plus jeunes étudiants sont encore dans une période de maturation cérébrale associée à des comportements à risque et une recherche de sensations accrues. Cette période de maturation est une période de vulnérabilité au cours de laquelle les réseaux synaptiques

peuvent être fragilisés par des facteurs de stress (académique par exemple), des mises en danger, des événements traumatiques, des déficits nutritionnels ou encore une exposition à des substances psychoactives. On retrouve également un surrisque vis-à-vis de nombreuses pathologies psychiatriques.

## **5. Stigmatisation**

La stigmatisation de la maladie mentale au sein de la société représente une barrière considérable d'accès aux soins chez les étudiants. Elle s'exprime par la crainte de la pose d'un diagnostic psychiatrique, vecteur de stéréotypes et de préjugés (90).

### a- La stigmatisation en sociologie

Les sociologues Link et Phelan ont identifié 4 composantes de la stigmatisation (72).

La première consiste à distinguer et étiqueter une différence entre les individus. Ces caractéristiques dépendent de l'époque, de la zone géographique et du contexte culturel. Elles sont donc amenées à évoluer. Certaines différences telles que la couleur de peau (et l'affiliation à une nationalité), l'identité de genre, l'orientation sexuelle, la présence d'un trouble mental peuvent être définies comme socialement distinctives dans nos sociétés occidentales actuelles.

La seconde implique l'association entre la caractéristique socialement distinguée et un stéréotype. Dans de nombreux cas, on attribue aux groupes que l'on cherche à distinguer des caractéristiques péjoratives (exemple : la dangerosité, la violence pour les personnes

souffrant d'une pathologie mentale). Ces catégorisations et leurs stéréotypes associés sont réalisées de manière automatique.

La troisième caractéristique du processus de stigmatisation se produit lorsque l'« étiquetage » et ses stéréotypes négatifs produisent une distinction entre « nous et eux ». Ainsi, il existerait une perception de ces personnes étiquetées péjorativement profondément différente de ceux qui n'appartiennent pas à cette catégorisation. Dans ce contexte, il devient plus aisé de leur attribuer des caractéristiques négatives.

La dernière composante est associée à la discrimination, le rejet, la perte de statut ou l'exclusion de ces individus. Elle peut agir sur le plan individuel, social ou institutionnel.

La plupart du temps, la discrimination se produit lorsque les 3 premières composantes sont perpétuées par un groupe possédant plus de pouvoir politique, culturel ou économique que le groupe étiqueté.

#### b- Stigmatisation de la pathologie mentale

L'étiquetage d'une personne souffrant de pathologie mentale peut aboutir à des perceptions de dangerosité et d'imprévisibilité (9). Ces stéréotypes négatifs entraîneraient un désir d'éloignement social des individus souffrant de pathologie mentale. Les dépendances à l'alcool ou à des substances psychoactives illicites et la schizophrénie sont particulièrement associées à ces perceptions négatives (76).

Toutefois, l'étiquette « pathologie mentale » n'est pas nécessairement associée à des stéréotypes négatifs. Par exemple, il a été montré que l'empathie était un prédicteur positif de tolérance sociale et était associée à moins de discrimination.

Les médias renforcent également les stéréotypes sur la pathologie mentale puisque près de 40% des articles de journaux américains associent maladie mentale et actes criminels ou comportements suicidaires (68).

La stigmatisation et la discrimination qui lui est associée ont un impact considérable sur le fonctionnement social, professionnel, physique et psychique des individus souffrant d'une pathologie mentale. La stigmatisation altère les relations interpersonnelles, l'accès à l'emploi (et la stabilité financière), les soins médicaux ou encore l'estime de soi. Elle peut être un frein au rétablissement et à l'insertion sociale.

La pathologie mentale a longtemps été perçue comme le résultat d'une faiblesse morale.

La sensibilisation du grand public aux théories étiologiques biochimiques et génétiques des maladies mentales a permis d'accroître leurs connaissances sur le sujet (102). Toutefois, les effets sur la stigmatisation sont encore peu visibles.

Différents travaux ont identifié des facteurs de risque associés aux attitudes stigmatisantes à l'égard des pathologies mentales. On retrouve un jeune âge, le sexe masculin, un statut socioéconomique faible, des croyances religieuses fortes, le fait de n'avoir aucun antécédent personnel de maladie psychiatrique ou encore le fait de ne pas côtoyer personnellement une personne souffrant de pathologie psychiatrique (32).

### c- Stigmatisation chez les étudiants

La stigmatisation liée à la santé mentale entrave la demande de soins des étudiants. Une étude s'est intéressée aux perceptions des étudiants à propos des facteurs influençant la stigmatisation (90).

Ces derniers rapportent un environnement concurrentiel et une pression exercée par l'institution pour performer sur le plan académique. Pour paraître compétent et ne pas

impacter négativement leur cursus, les étudiants préféreraient ne pas divulguer leurs problématiques de santé mentale.

On retrouve également un manque de connaissances à propos de la maladie mentale. Par exemple, 52% des étudiants en médecine considèrent la dépression comme une faiblesse personnelle (110).

Parmi les représentations négatives associées à la maladie mentale, on retrouvait :

-la crainte que la maladie entraîne un échec sur le plan académique,

-la crainte que la maladie soit une barrière dans la construction de leurs relations interpersonnelles. Les étudiants décrivaient une peur de se retrouver isolés, exclus.

Une sensibilisation aux problématiques de santé mentale et aux ressources disponibles en matière de soins semble opportune.

## **II- Prévalence des troubles psychiques**

### **1. Evolution de la prévalence des troubles psychiques**

#### **A. Prévalence globale**

Plusieurs études ont montré une augmentation récente de la prévalence de la dépression en population générale (69, 125). Afin de déterminer avec plus de précisions l'augmentation de cette prévalence et de limiter les biais de rappel, une étude a utilisé des cohortes de naissance. Elle s'est appuyée sur les scores obtenus au MMPI, questionnaire psychométrique standardisé, utilisé depuis 1943, dont la validité et la fiabilité ont été étayées par de nombreuses études (73). Le même questionnaire a donc été posé à une large population ayant le même âge. Cette étude a été effectuée sur des échantillons de lycéens et d'étudiants universitaires.

Les résultats du MMPI entre 1938 et 2007 révèlent de plus en plus de symptômes chez les étudiants au fil des générations comme on peut le voir sur les figures 1 à 4. La génération actuelle obtient un écart-type de plus sur les échelles cliniques. Ces dernières comprennent l'échelle Pd (déviance psychopathique), D (dépression), Pa (paranoïa) et Ma (hypomanie).

Ces jeunes pourraient donc présenter une plus grande instabilité de l'humeur, une moindre maîtrise de soi ou une auto-évaluation irréaliste positive pour certains, un plus grand narcissisme, plus de violence, un sens moral plus faible, plus d'impulsivité pour d'autres ou encore une plus grande propension à la dépression.

Cette étude, réalisée sur des jeunes et des étudiants universitaires, laisse penser que la prévalence des troubles psychiques est en augmentation dans cette population.

Par ailleurs, la variation du taux de dépression sur une période aussi restreinte ne peut pas être attribuée à des facteurs génétiques (64).

Ces chiffres impliquent une plus grande demande actuelle de soins en santé mentale mais également potentiellement dans les décennies à venir.

Toutefois, il est nécessaire de prendre ces résultats avec précaution. En effet, ces questionnaires ont été remplis par des échantillons d'étudiants américains, où la culture individualiste et matérialiste est potentiellement plus importante que chez nous. De plus, accepter sa symptomatologie et ses difficultés est peut-être devenu socialement plus facile.

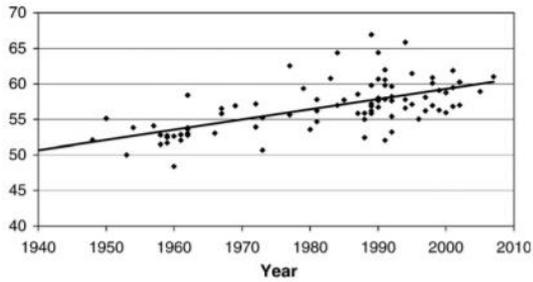


Fig. 1. MMPI F scale scores of college students, 1948-2007.

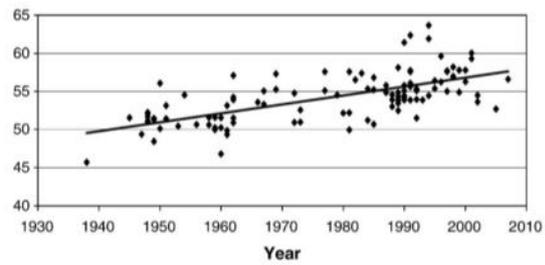


Fig. 2. MMPI Depression (D) scale scores of college students, 1938-2007.

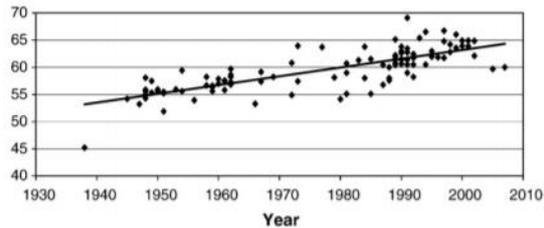


Fig. 3. MMPI Psychopathic Deviation (Pd) scale scores of college students, 1938-2007.

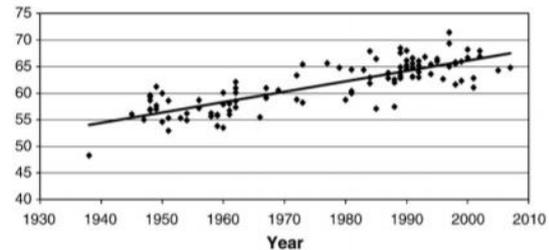


Fig. 4. MMPI Hypomania (Ma) scale scores of college students, 1938-2007.

Figure 2 : Evolution linéaire des échelles cliniques de réponses inhabituelles (figure 1), de dépression (figure 2), de déviance psychopathique (figure 3) et d'hypomanie (figure 4), (Twenge et al, 2010, 116)

## B. Mutations sociales

Plusieurs théories se sont concentrées sur le rôle de l'individualisme, du matérialisme, du consumérisme, des attentes irréalistes ou des relations instables pour expliquer l'augmentation de la prévalence des problématiques de santé mentale.

On retrouverait une valorisation croissante, au fil des générations, des « aspirations extrinsèques » (ou objectifs de « représentation sociale »), telles que la réussite financière, le statut, la reconnaissance sociale et spécifiquement pour les étudiants, des attentes en matière d'études et d'emploi élevées. De là vient cette idée d'attentes

irréalistes puisque ces attentes sont supérieures aux probables résultats (96). Par exemple, en 2000, 50% des élèves du secondaire pensaient obtenir un jour un diplôme d'études supérieures alors ce ne sera probablement le cas pour environ 10% d'entre eux. Ces objectifs s'inscrivent dans une société de consommation de masse et sont étroitement corrélés au narcissisme.

Par ailleurs, cette focalisation sur ces objectifs extrinsèques entraînerait une moindre satisfaction des aspirations dites « intrinsèques » ou objectifs de bien-être, telles que le sentiment d'appartenance à la communauté, la compétence, l'autonomie, l'acceptation de soi, la vie associative, la quête de sens. Selon Twenge, cela aurait eu comme conséquence l'augmentation de l'anxiété de performance et de l'isolement, susceptibles d'entraîner, chez les plus vulnérables, des états de stress préjudiciables pour la santé psychique (116).

## **2. Spécificités des pathologies et demande de soins**

Environ  $\frac{3}{4}$  des étudiants présentant une détresse psychique significative, et par conséquent requérant des services de santé mentale, ne reçoivent pas de soins (100).

Il semblerait que 2 facteurs principaux puissent expliquer cela : la stigmatisation associée à la maladie mentale et les caractéristiques individuelles de l'étudiant. Certains étudiants ne connaissent tout simplement pas les services et les ressources disponibles adaptés à leur problématique.

La figure suivante représente les motifs de consultations évalués par le professionnel de la santé qui reçoit l'étudiant dans les centres de conseils, entre 2013 et 2019, aux

Etats-Unis. Sur la figure de gauche, toutes les problématiques décelées lors de l'entretien sont représentées tandis que sur celle de droite, seules les difficultés dominantes y figurent. On peut observer que la dépression et l'anxiété font partie des difficultés principales des étudiants et sont en légère augmentation sur ces dernières années.

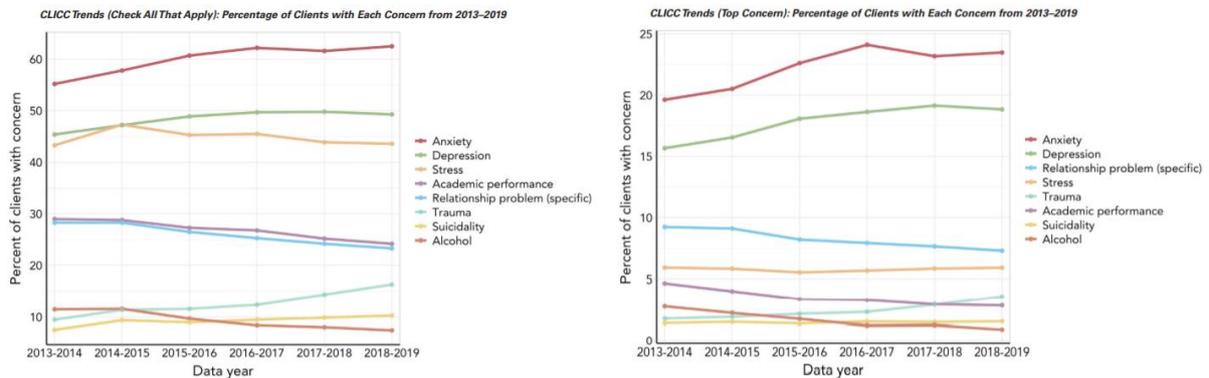


Figure 3 : figure de gauche : problématiques décelées lors de consultations d'étudiants américains dans les services de conseils de l'université et figure de droite : difficultés dominantes (Center for Collegiate Mental Health (CCMH) 2020 Annual Report, 20)

## A. Automutilation et idéations suicidaires

La prévalence des comportements automutilatoires chez les étudiants universitaires présente des taux inquiétants, avec 7% d'entre eux déclarant ce type de

comportements au cours des derniers mois (44) et 17% à 38% déclarant des blessures auto-infligées au cours de leur vie (45). Seuls 3% déclarent en avoir informé un médecin et 36% en ont parlé à un proche.

Au cours de leur cursus universitaire, entre 17 et 25% des étudiants sont amenés à avoir des idéations suicidaires. 40% d'entre eux présenteront une scénarisation de ces idées et 20% réaliseront une tentative de suicide (correspondant ainsi à environ 4% des étudiants).

Les facteurs de risque d'émergence d'idéations suicidaires seraient un épisode dépressif, un usage nocif ou une dépendance à l'alcool, un faible étayage social, des difficultés personnelles ou encore une faible estime de soi (105).

Par ailleurs, les jeunes adultes présentant des idéations suicidaires sévères sont moins susceptibles de demander de l'aide que ceux qui présentent des idées moins envahissantes (51). Ils sont également plus susceptibles d'utiliser des stratégies d'adaptation dysfonctionnelles. Lorsqu'ils sont suivis par un thérapeute, ils sont sujets à interrompre plus rapidement leur traitement.

## **B. Conduites addictives**

### a. Alcool

La consommation excessive d'alcool est devenue un enjeu de santé publique chez les étudiants. Environ 1 étudiant sur 5 présente un trouble lié à l'usage de l'alcool (TUA) avec 12,5% présentant une dépendance à l'alcool et 7,8% un usage nocif (106). 44% des étudiants ont des conduites de type binge drinking. Or, la consommation

d'alcool est associée aux accidents de la route, aux rapports sexuels à risque, aux agressions sexuelles et à une altération des performances scolaires. Par ailleurs, une part de ces « grands buveurs » continuera à consommer après les études et est à risque de développer un TUA ultérieurement (58).

#### b. Cannabis

50% des étudiants déclarent avoir déjà expérimenté le cannabis (82). 23% des étudiants et 16,1% des étudiantes déclarent être des consommateurs occasionnels (154). Or, cette consommation exerce une influence négative sur les performances cognitives, la motivation ou les capacités mnésiques. Les étudiants sont donc à risque de baisse des résultats académiques, voire d'abandon de leur scolarité (89).

#### c. Tabagisme

53% des étudiants ont déjà expérimenté la cigarette. 28% sont fumeurs réguliers (dont 12% fumant entre 1 et 10 cigarettes par jour et 3,5% fument plus de 20 cigarettes par jour) (97).

#### d. Mésusage médicamenteux

Il existe également un usage abusif de médicaments tels que les opioïdes, les benzodiazépines et les psychostimulants. Il semble important de pointer la recherche de performances académiques chez les étudiants et leur recours au dopage cognitif (75). Il est difficile d'obtenir une prévalence fiable de l'utilisation de méthylphénidate ou de modafinil qui sont dans ce contexte des substances détournées de leur usage.

Une enquête réalisée par la revue Nature auprès de ses lecteurs a constaté que les plus grands consommateurs de psychostimulants étaient les 18-25 ans (74). Selon une étude américaine, 7% des étudiants déclarent avoir déjà expérimenté la cocaïne et 8,5% la ritaline.

Les étudiants peuvent être amenés à consommer des antidépresseurs, des psychostimulants amphétaminiques ou non, de la cocaïne ou encore des amphétamines. Ils utilisent ces molécules comme « stéroïdes académiques » lors des périodes à haut niveau de stress afin d'améliorer leurs performances cognitives, notamment la mémorisation et la concentration (82).

#### e. Dépendances comportementales

La prévalence de la dépendance à Internet chez les étudiants est de l'ordre de 3,2% (8). Cette dépendance comportementale est associée une symptomatologie similaire aux dépendances liées à des substances, tels que la perturbation de l'humeur, le phénomène de tolérance, le sevrage ou encore les rechutes. Toutefois, ce trouble lié à l'usage à Internet n'est pas reconnu dans la dernière version du DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Seule l'addiction aux jeux en ligne y figure (66).

Les facteurs associés à cette catégorie d'âge adulte émergent rendent les étudiants particulièrement sujets à l'utilisation d'Internet et à la dépendance qui peut lui être associée. Par exemple, on retrouve la recherche de création de liens amicaux ou amoureux avec leurs pairs via les réseaux sociaux ou le chat en ligne.

Les achats en ligne et l'utilisation des réseaux sociaux seraient les comportements les plus à risque de dépendance pour les étudiants et le neuroticisme serait le trait de personnalité le plus à risque (67).

Par ailleurs, la « cyber-addiction » serait associée au trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) et à la dépression comorbides (65).

## **C. Dépression**

La dépression fait partie des troubles mentaux les plus fréquents chez les étudiants. Elle peut avoir un retentissement majeur sur le fonctionnement de ces jeunes adultes : des performances académiques plus faibles, une majoration de la consommation de substances psychoactives tels que le tabac, l'alcool ou le cannabis, une santé physique dégradée, des relations interpersonnelles instables, un risque d'arrêt prématuré des études ou une majoration de survenue du risque suicidaire.

La prévalence de la dépression chez les étudiants connaît de grandes variations selon les études en raison de la variabilité des outils de mesure utilisés et des contextes socio-culturels. Toutefois, on peut considérer que la prévalence moyenne de la dépression est d'environ 30% (54), ce qui est nettement supérieure à celle retrouvée en population générale (9%, 94).

## **D. Anxiété**

Les troubles anxieux constituent un ensemble composite de pathologies. La littérature est relativement hétérogène en ce qui concerne l'évaluation des troubles anxieux chez les étudiants. Dans de nombreuses études, les auteurs ont évalué le symptôme « anxiété » en tant que réponse inadaptée à un stimulus, en raison de son intensité, de sa persistance, de la souffrance engendrée et des altérations du fonctionnement qu'elle entraîne. La prévalence de l'anxiété varie entre 23,6% et 44,7% chez les étudiants (94).

## **E. Troubles des conduites alimentaires**

Selon une enquête menée auprès d'étudiants universitaires, 20% d'entre eux ont rapporté avoir souffert de troubles des conduites alimentaires au cours de leur vie (26). 3% des femmes et 0,3% des hommes auraient reçu un diagnostic d'anorexie mentale, 2% des femmes et 0,2% des hommes un diagnostic de boulimie. 4% des femmes et 1% des hommes ont déclaré avoir recours à des conduites de purge pour perdre du poids dans le mois écoulé (6).

Une autre étude a permis de dépister un trouble du comportement alimentaire (TCA) chez 9 à 13% des femmes et 3 à 4% des hommes (34). Or, seulement 20% avaient reçu des soins au cours de l'année écoulée et 50% d'entre eux présentaient une symptomatologie persistante 2 ans plus tard. Cette symptomatologie est significativement associée à des comorbidités psychiatriques telles que la dépression, l'anxiété, les idéations suicidaires, la dépendance à une substance ou

comportementale. Les mécanismes adaptatifs face à un événement stressant les plus utilisés sont des stratégies centrées sur l'émotion telles que la consommation abusive d'alcool, le tabagisme (91) ou la pratique d'une activité physique.

Les étudiants souffrant de TCA n'ayant pas sollicité d'aide considéraient qu'une prise en charge n'était pas nécessaire et pensaient que leur problématique allait se résoudre d'elle-même. Devant cette population peu disposée à réaliser une demande de soins, un dépistage systématique pourrait être réalisé lors de visites réalisées à la médecine préventive du campus. Dans un second temps, des programmes de prévention en ligne visant à réduire les préoccupations concernant le poids et l'image corporelle pourraient se mettre en place. Cette intervention cognitivo-comportementale a déjà montré son efficacité (112).

## **F. Schizophrénie et apparentés**

L'âge des étudiants durant leur cycle universitaire coïncide avec une période à haut risque pour le développement d'un premier épisode psychotique ou d'une schizophrénie. En effet, on retrouve une forte incidence de la maladie de la fin de l'adolescence jusqu'à l'âge de 25 ans (61).

La schizophrénie est classée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans le groupe des dix maladies entraînant le plus d'invalidité. Malgré son importance en termes de fréquence, de morbi-mortalité et d'invalidité, elle est souvent diagnostiquée tardivement. Son repérage précoce est en effet difficile, en raison des premières manifestations cliniques aspécifiques ou atténuées.

Les étudiants présentant des symptômes atténués ou transitoires de psychose sont considérés à ultra haut risque (UHR) de développement de psychose avec un risque de 30%, soit un taux 10 fois supérieur à celui de la population générale. La symptomatologie appartenant au spectre de la psychose n'est pas rare chez les étudiants. Toutefois, les données de la littérature sont trop hétérogènes pour proposer une estimation fiable de la prévalence de la schizophrénie chez les étudiants (62).

La gravité des symptômes psychotiques atténués, un contenu de la pensée inhabituel, la méfiance, la désorganisation de la pensée, une mémoire verbale dégradée et une altération du fonctionnement social sont des prédicteurs de transition vers la psychose (4).

Dans la population étudiante, les facteurs de risque associés au développement de la maladie sont la consommation de cannabis, la dépression, l'anxiété (101).

## **G. Trouble bipolaire**

Comme pour la schizophrénie, l'âge des étudiants coïncide avec une période à haut risque de développement d'un trouble bipolaire.

Entre 2000 et 2017, le National Health College Assessment a recueilli les données d'une évaluation comprenant diverses questions concernant la santé mentale. Il était demandé aux étudiants s'ils avaient reçu un diagnostic de trouble bipolaire au cours des 12 derniers mois. Les données ont été rassemblées et ont permis d'établir une prévalence auto-rapportée du trouble bipolaire se situant entre 1,2 et 1,7% (88). Ce taux a connu une augmentation au cours de la dernière décennie.

Les individus présentant des vulnérabilités au trouble bipolaire sont confrontés à un milieu particulièrement délétère pour eux. En effet, les étudiants sont soumis à de hauts niveaux de stress, qu'il soit d'origine académique ou en lien avec l'adaptation à leur nouveau mode de vie. Ils évoluent dans un milieu permettant un accès facilité à l'alcool, au cannabis ou à d'autres substances.

## **H. Cas particulier des agressions sexuelles**

Sur les campus universitaires, les étudiants sont victimes d'un large éventail d'agressions sexuelles. Les agressions les plus fréquentes sont les contacts sexuels non désirés (baisers ou caresses subis sous la contrainte physique ou verbale), des viols sur personnes sous l'emprise de toxiques ne pouvant exprimer leur consentement, des tentatives de viol ou des viols. Une méta-analyse a tenté de définir la prévalence des différents types de violences sexuelles (37). La prévalence des contacts sexuels non désirés se situe entre 1,8 et 34%. Celle des viols sous l'emprise de toxiques fluctue entre 1,8% et 14,2%. Enfin, la prévalence des viols se situe entre 0,5 et 8,4% (37).

Malgré des différences méthodologiques, de conception de recherche ou d'échantillonnage pouvant entraîner de grandes variations, cette étude rapporte des taux inquiétants.

Or, la violence sexuelle peut avoir des conséquences considérables, que ce soit à court ou long terme. Sur le plan psychique, elle peut aboutir à une dépression, de l'anxiété, des troubles des conduites alimentaires, un trouble de stress post-traumatique, des idées suicidaires (18). Sur le plan physique, on retrouve des

infections sexuellement transmissibles, des grossesses non désirées, des blessures corporelles.

Différents programmes de prévention de la violence sexuelle ont déjà été mis en œuvre (119). Les interventions sur des publics non mixtes ont démontré une plus grande efficacité sur l'amélioration des connaissances sur le viol, les attitudes possibles de la victime (exemple du « freezing ») ou l'intention des comportements. Par exemple, il est nécessaire de présenter l'agression sexuelle en tant qu'événement traumatique avec ses réactions de stress aiguës possibles telles que la paralysie, l'absence de résistance (113).

Les programmes dispensés par les pairs permettent de réduire les « mythes » concernant le viol (correspondant à l'ensemble des préjugés sur le viol tendant à nier ou relativiser la responsabilité de l'agresseur) et d'augmenter les attitudes de soutien des victimes. D'autres interventions sont axées sur des stratégies de réduction des risques, d'éducation aux agressions sexuelles, la sexualité, la légitime défense. Par ailleurs, l'utilisation de supports tels que des conférences, des vidéos, des présentations par des victimes de viol, des ateliers interactifs ou encore des brochures peuvent être utilisés.

## **I. Impact de l'épidémie de Covid 19**

### a. Impact de la première vague

La pandémie de Covid-19 a fondamentalement bouleversé le quotidien des étudiants (108). Tout d'abord, on retrouve un amenuisement des liens sociaux habituellement

favorisés par le partage des cours magistraux ou encore des activités communautaires au sein des campus. Cette dégradation des liens sociaux a pour conséquence un sentiment d'isolement (ressenti pour 86% d'entre eux). Il existe également des préoccupations concernant leur santé ou celle de leurs proches (91% d'entre eux). Cette anxiété est plus prononcée vis-à-vis de leurs proches, notamment ceux qui ont des problèmes de santé antérieurs à l'épidémie ou ceux confrontés de près au virus dans le cadre de leur profession.

Du point de vue de la poursuite de leur travail universitaire, on identifie une majoration des troubles de la concentration, en partie due aux perturbations de leur cadre de travail et à l'accentuation des sources de distraction.

Le rythme circadien, imposé habituellement par les contraintes horaires (notamment des cours), bouleversé par la crise sanitaire, a engendré des perturbations de la qualité du sommeil et du cycle veille-sommeil, avec notamment un décalage de phase (pour 50% d'entre eux).

Sur le plan alimentaire, l'épidémie a également impacté négativement les habitudes de certains (70%) avec plus de collations, des horaires anarchiques ou une majoration des apports.

Les performances scolaires sont également au cœur de leur inquiétudes (pour 82% d'entre eux). De plus, les nouveaux moyens d'apprentissage via visioconférence provoquent beaucoup d'incertitudes vis-à-vis de la qualité des cours ou par peur des difficultés techniques inhérentes à l'informatique.

On retrouve également un impact sur le plan financier pour certains (59% d'entre eux) en raison de l'impossibilité de poursuivre un emploi en parallèle de leurs études ou à cause des conséquences sur la situation financière de leurs parents.

On pouvait retrouver une symptomatologie dépressive chez 44% d'entre eux, pouvant être liées à la solitude, l'incertitude ou encore des préoccupations concernant leurs résultats scolaires.

La vulnérabilité aux troubles psychiatriques est établie dans la population étudiante. C'est pour cela que l'impact négatif de la pandémie de Covid 19, à de nombreux niveaux, inquiète. Les capacités d'adaptation sont mises à rude épreuve pendant la crise et peuvent se retrouver débordées. Cette nouvelle fragilisation pourrait accentuer la détérioration, déjà amorcée, de la santé mentale des étudiants.

Une étude réalisée aux Etats-Unis sur les recherches effectuées sur Google indique une augmentation des recherches sur l'anxiété, les pensées négatives (sur soi ou sur l'avenir) ou encore le suicide (57) pendant le premier confinement. Toutefois, les recherches concernant l'anxiété se sont amoindries lorsque les consignes gouvernementales se sont clarifiées. Ainsi, cette anxiété semble être en lien avec l'incertitude véhiculée par certaines informations contradictoires ou manquant de précision.

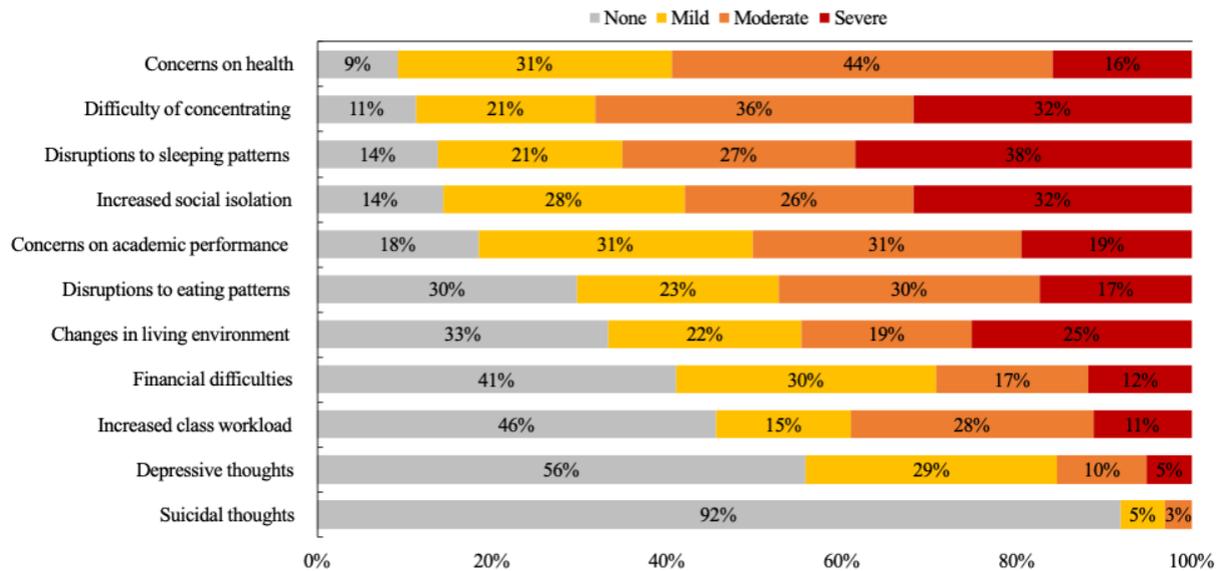


Figure 2. Participants' ratings on mental health aspects in an order of negative impacts (mild, moderate, and severe).

Figure 4 : Effets négatifs sur la santé mentale ressentis par les étudiants lors de la première vague de l'épidémie de Covid-19 (avril 2020, Son et al, 2020, 108)

### b. Impact de l'épidémie à moyen terme

L'épidémie généralisée et durable de Covid-19 a un retentissement considérable sur le mode de vie et le bien-être des étudiants (70). Ces jeunes adultes sont confrontés à des facteurs de stress inhabituels tels que la dégradation des liens sociaux, les nouveaux supports de travail, une précarité financière accrue par la diminution du nombre d'emplois étudiants disponibles, les préoccupations concernant l'épidémie. Le soutien familial et amical a démontré une adaptation plus positive de l'étudiant face à ces facteurs de stress inédits. En revanche, le nombre de personnes touchées par le virus au sein de la communauté de l'étudiant, les dysfonctionnements familiaux, le sexe féminin, des apports financiers réduits ou un soutien social faible majorent le risque de survenue d'un trouble psychique.

Les étudiants en fin de cursus ou récemment diplômés sont également plus à risque de ressentir une détresse psychologique. Cela pourrait s'expliquer par les incertitudes professionnelles (41) en lien avec la crise économique.

Par ailleurs, certaines perturbations de leurs habitudes de vie (majoration du tabagisme et de la consommation d'alcool, diminution du temps d'exercice physique) semblent être des prédicteurs de dépression persistante et à apparition retardée.

Il est suggéré de fournir des soins de santé mentale plus conséquents et de réaliser des actions de prévention du suicide chez les étudiants les plus à risque (70).

### **3. Accès aux soins**

Les besoins des étudiants en matière de santé mentale sont insuffisamment pris en charge. Les barrières d'accès aux soins sur le plan individuel peuvent comprendre une méconnaissance des services de soins, un manque de temps disponible, une faible prise de conscience de leurs problèmes ou encore la stigmatisation associée aux problématiques de santé mentale (53). On retrouve également des obstacles structurels tels que l'accessibilité, la contrainte financière que les soins impliquent ou l'aspect pratique des structures de soins (le délai d'attente pour une prise en charge, les soins non remboursés, l'accessibilité en transport en commun).

Une enquête a constaté que 30% des étudiants avaient ressenti un besoin d'aide psychologique de la part d'un professionnel au cours de l'année écoulée (33). Or ils n'étaient que 15% à avoir sollicité les centres de conseils universitaires, des professionnels extérieurs ou eu recours à l'utilisation de traitements

pharmacologiques. Parmi les 15% restants, la plupart d'entre eux jugeaient les soins peu efficaces, voire inutiles pour les personnes de leur âge souffrant de dépression.

Parmi les étudiants ayant reçu un diagnostic d'épisode dépressif caractérisé, seuls 36% d'entre eux avaient reçu un traitement ou des séances de psychothérapie.

Parmi les étudiants n'ayant pas eu recours à des soins, 32% d'entre eux ont déclaré savoir à qui s'adresser pour recevoir des soins en santé mentale et 53% avaient connaissance de l'existence d'un service d'aide psychologique gratuit au sein de l'université.

Devant cette population présentant une faible perception de ses difficultés psychologiques et semblant manquer de connaissances quant aux recours disponibles, des campagnes de psychoéducation et de sensibilisation à la santé mentale semblent opportunes. Toutefois, ce type de projet ne peut aboutir que si les centres de conseil des universités sont prêts à accueillir un flux de patients plus important.

Par ailleurs, le repérage des étudiants les plus vulnérables semble essentiel afin que ceux qui en ont le plus besoin puissent bénéficier de soins. A titre d'exemple, moins de 50% des jeunes adultes présentant des pensées suicidaires ou des comportements autoagressifs ont recours à l'utilisation de services de santé (13). Pourtant, ces jeunes sont plus à risque de présenter un épisode dépressif sévère ou de se suicider.

### **III- Perspectives d'amélioration des soins :**

#### **1. Dispositifs et professionnels disponibles**

##### **A. SUMPPS et BAPU**

Chaque université française comporte un service de santé, le Service Universitaire de Médecine de Prévention et de Promotion de la Santé (SUMPPS), qui permet à tout étudiant de bénéficier de conseils et de consultations gratuits. Ces services sont dans de nombreux cas en lien avec des Bureaux d'Aide Psychologique Universitaire (BAPU), qui donnent accès à des évaluations psychiatriques et des séances psychothérapie gratuites.

Les SUMPPS sont situés au sein des universités, c'est-à-dire dans des lieux communs et familiers, faciles d'accès et moins stigmatisants que d'autres lieux dédiés à la psychiatrie générale.

Ils permettent une première évaluation à la demande de jeunes en souffrance et sont ainsi des lieux propices au repérage précoce de troubles psychiatriques. Toutefois, l'accès à ces dispositifs n'est pas toujours aisé, notamment en cas de demande de prise en charge urgente.

Un renforcement de ces dispositifs de soins a eu lieu pendant la crise sanitaire.

## 2. Les médecins généralistes

Les médecins généralistes jouent un rôle central dans le système de soins. Ils représentent les soins de premier recours pour tout type de problématique de santé : les soins de santé primaires (124). Ils sont les premiers professionnels de santé à recueillir les plaintes fonctionnelles des patients et sont plutôt aisément et rapidement accessibles de par leur implantation au sein de la communauté. Leurs délais d'obtention d'un rendez-vous sont plus courts que les médecins spécialistes. De plus, leur fonction traditionnelle de médecin de famille les rend proches des patients et de leur famille. Ces médecins polyvalents, de par leur absence de spécialisation dans une problématique de santé spécifique, peuvent prétendre à une diminution de la stigmatisation des personnes atteintes de problématiques de santé mentale, ce qui permet à ce niveau de soins primaires d'être plus acceptable et par conséquent plus accessible aux patients en recherche d'aide.

Néanmoins, fournir des soins de santé mentale implique un repérage, un diagnostic ainsi que des traitements appropriés. Les médecins généralistes se heurtent parfois à certaines difficultés dans le domaine de la santé mentale : en particulier, le repérage des formes infracliniques de schizophrénie débutante ou ce qu'on peut appeler les patients à "ultra haut risque", qui peuvent être confondus avec une dépression par exemple.

De plus, la prévalence et l'incidence des troubles psychotiques sont relativement faibles en regard des autres pathologies rencontrées par ces omnipraticiens. A cela se surajoute la faible propension des adolescents et jeunes adultes à demander de

l'aide et à consulter. Ces derniers auront souvent tendance à accepter un rendez-vous médical s'ils sont contraints par leurs parents ou par des proches.

Des formations complémentaires en santé mentale semblent opportunes, à la fois pour améliorer la prise en charge des pathologies psychiatriques mais également pour promouvoir une prise en charge plus adaptées des problèmes de santé physique comorbides.

Enfin, si les médecins généralistes ont des doutes sur une pathologie psychotique débutante, ils peuvent se heurter à des difficultés d'orientation rapide : les délais pour obtenir une consultation, que ce soit en libéral et surtout dans des Centres Médico-Psychologiques ou dans les Centres Hospitaliers Universitaires, sont souvent longs.

Par ailleurs, bien que 85% des étudiants déclarent avoir consulté un médecin généraliste au cours de l'année écoulée, les étudiants renoncent aux soins à cause de contraintes temporelles (54%), financières (40%) ou parce qu'ils ont recours à l'automédication (39%) (1). Ces chiffres concernent les soins psychiatriques et non psychiatriques.

### **3. Maison des étudiants (MDA)**

#### a. Généralités

Les MDA sont des structures relativement récentes créées pour favoriser la plus grande ouverture possible aux jeunes présentant des difficultés de différentes natures : détresse psychologique, décrochage scolaire, harcèlement, consommation d'alcool ou d'autres substances, questionnements autour de la sexualité (98). La première ayant vu le jour en France est en 1999 au Havre.

Ces structures sont anonymes et gratuites, avec ou sans rendez-vous et pluridisciplinaires (psychiatre ou pédopsychiatre, éducateur spécialisé, assistant social, psychologue, infirmier).

Elles remplissent des missions diverses telles que l'accueil, l'écoute, l'information, l'orientation, l'élaboration d'un projet thérapeutique, la prise en charge thérapeutique médicale et psychologique ainsi que l'accompagnement éducatif, social et juridique.

Elles assument un rôle de prévention, de repérage des troubles et d'orientation, de soutien et de soins.

Les MDA sont des espaces ouverts et dédiés aussi bien aux jeunes (généralement de 11 à 25 ans) qu'à leur famille et aux professionnels en relation directe avec eux.

Les adolescents sont reçus pour tout type de difficulté ou questionnement, qu'il soit d'ordre sexuel, médical, psychologique, social, scolaire, relationnel. La qualité de l'accueil est primordiale pour que les jeunes puissent se sentir le plus à l'aise possible et s'approprier les lieux, ce qui permet de lever certains obstacles structurels de l'accès aux soins.

En ce qui concerne la famille, elle peut y trouver un soutien et un accompagnement. Elle peut également être intégrée au projet de l'adolescent, en participant à des entretiens familiaux, mais aussi à des actions individuelles (en présence ou non du jeune) ou groupales (groupe de parole, débats).

Ces structures de premier recours, faciles d'accès, misant sur la qualité de l'accueil, pluridisciplinaires se rapprochent des modèles des centres conçus pour les jeunes en souffrance dont le but est le repérage et la prise en charge précoce des troubles psychiatriques. On peut prendre en exemple les « Headspace » créés en Australie en 2004 qui ont des missions similaires aux MDA actuelles (79).

## b. Usage des étudiants

A titre d'exemple, dans le département du Nord, il existe 4 MDA. Elles sont situées à Lille, Roubaix, Valenciennes et Maubeuge. Elles reçoivent des jeunes entre 11 et 21 ans.

La limitation d'âge restreint une partie de la population étudiante mais reste une option de recours aux soins pour les plus jeunes d'entre eux. Les villes concentrant le plus d'étudiants sont souvent équipées de MDA. Toutefois, il existe des disparités au sein du territoire.

## **2. Modèle de Patel**

Il existe une prévalence croissante des problématiques de santé mentale chez les étudiants et un nombre limité de psychiatres et psychologues disponibles au sein des universités. Les capacités d'absorption des centres médico-psychologiques sont restreintes. Des programmes de dépistage et des campagnes de sensibilisation aux problématiques de santé mentale sont amenés à se mettre en place dans les universités. Or, ces projets aboutiront à une demande de soins accrue de la part des étudiants. Les systèmes de soins actuels ne permettront pas de satisfaire les besoins. Il semble ainsi pertinent de s'intéresser à d'autres modèles.

Le modèle pensé par Patel s'est basé sur le constat suivant : il existe une pénurie de professionnels de la santé mentale, particulièrement dans les pays en voie de développement.

## **A. Santé mentale mondiale**

A l'échelle mondiale, l'accès à des soins de santé mentale rencontre de fortes disparités. Afin de réduire ces écarts, l'OMS a élaboré un guide d'intervention du programme d'action contre les lacunes en santé mentale (122). Les lignes directrices de ce guide d'intervention sont destinées à des prestataires de soins non spécialisés.

Les 4 domaines prioritaires identifiés sont :

- la réduction de la stigmatisation associée à la santé mentale
- le renforcement de la capacité de traitement et de recherche de la santé mentale
- la mise en place de programmes de prévention visant à réduire l'incidence des maladies mentales
- établir une intensification des politiques de santé publique pour améliorer l'accès au traitement

## **B. Bases théoriques de ce modèle**

Patel illustre le fardeau des troubles mentaux chez les jeunes avec le « Disability Adjusted Life Years »(DALY) ou espérance de vie corrigée sur l'incapacité (EVCI). Cet outil permet de mesurer l'espérance de vie en bonne santé (83). On y soustrait le nombre d'années perdues en raison d'un handicap, d'une maladie ou d'une mort prématurée. Les maladies mentales sont parmi les principales causes de handicap dans le monde. Une étude australienne a montré que chez les jeunes de 15 à 24 ans,

60 à 70% des pertes d'années liées à une incapacité sont causées par des pathologies mentales (2). Le suicide est l'une des principales causes de mortalité chez les jeunes.

Par ailleurs, l'OMS considère qu'il y a entre 400 et 500 millions de personnes souffrant d'une pathologie mentale dans le monde. En Europe, 50% d'entre eux ne reçoit pas de soins appropriés. Dans les pays à revenus faibles ou moyens, ce chiffre avoisine les 80%.

Patel a créé un modèle résumé par l'acronyme SUNDAR qui signifie :

1- Simplify, c'est-à-dire simplifier le message, épurer le jargon médical, faciliter sa compréhension au tout venant

2- Unpack the treatment, c'est-à-dire défaire les interventions de soins complexes en éléments plus compréhensibles qui peuvent être facilement transmis à des personnes moins formées

3- Deliver it where people are, c'est-à-dire ne pas délivrer le message dans les grandes institutions mais au sein de la communauté

4- Affordable and available human resources, c'est-à-dire délivrer le message à toutes les personnes disponibles dans les communautés locales

5- Reallocation of specialists to train and supervise, c'est-à-dire renforcer les capacités de soutien et de supervision

## **C. Application aux étudiants**

Patel propose un modèle basé sur l'intégration de la santé mentale dans la prise en charge de la santé globale du jeune (86).

En pratique, ce modèle propose un continuum de réponses en fonction de la gravité du trouble, allant de la prise en charge communautaire aux services spécialisés de psychiatrie. Les troubles plus légers, à un stade précoce (mais potentiellement sévères), pourraient répondre à des mesures simples telles que le soutien psychosocial et la psychoéducation.

### ***a. Utiliser des canaux de communication adaptés***

Ces interventions pourraient être développées selon des voies de communication adaptées à ces jeunes adultes et diffusées par le biais de sources communautaires telles que l'université et Internet.

Afin de promouvoir la santé mentale, il semble pertinent d'orienter les soins sur l'atténuation des facteurs de risque et le renforcement des facteurs de protection. Ces facteurs peuvent être communs à différents comportements à risque tels que la consommation de substances, les conduites d'automutilation ou les comportements sexuels à risque.

### ***b. Favoriser la psychoéducation de la pathologie mentale***

Les étudiants, malgré leur bagage scolaire, forment une population peu sensibilisée et peu documentée en ce qui concerne la pathologie mentale. Apporter à cette communauté des connaissances sur les pathologies, les symptômes précoces, les facteurs de risque individuels, les conséquences liées à l'usage de substances psychoactives ou les dispositifs d'aides disponibles, notamment au niveau local, serait une intervention fondamentale au sein de cette population à risque (59, 126).

### ***c. Impliquer les acteurs de soins primaires***

Les médecins généralistes jouent un rôle de 1<sup>ère</sup> ligne dans la prise en charge psychiatrique. Toutefois, les étudiants, population en bonne santé physique, sont peu amenés à consulter leur médecin traitant. Certains n'en ont simplement pas. Pour ceux qui ont quitté leur région d'origine, le chiffre est encore plus élevé.

Ces omnipraticiens pourraient recevoir des formations supplémentaires leur permettant de fournir des conseils aux étudiants, de prescrire des traitements simples ou de détecter des symptômes précoces de pathologie psychiatrique. Ils pourraient inciter ces jeunes à reconnaître leurs troubles.

### ***d. Fournir des soins spécialisés aux cas complexes***

Les cas complexes, aux besoins multiples, nécessitent des soins spécialisés psychiatriques et pluridisciplinaires. Ces soins devraient impliquer le médecin traitant,

les services d'hébergement tels que le Crous et les services universitaires. En prenant en considération le faible engagement de ces jeunes dans les structures traditionnelles de soins primaires et spécialisés (56), il semble pertinent d'offrir aux étudiants et aux jeunes en général un cadre de soins unique au sein de la communauté. Cette structure regrouperait idéalement les soins physiques et psychiques et certaines activités de loisirs. Certains considèrent que les soins addictologiques devraient également y être intégrés (60). En effet, les troubles mentaux sont étroitement liés à d'autres problèmes de santé tels que la dépendance ou l'abus de substances ou une santé sexuelle altérée.

#### ***g. Développer une spécialisation psychiatrique : les jeunes adultes***

Comme pour la personne âgée, ces jeunes adultes nécessitent des soins spécifiques tertiaires. Il semble pertinent de développer des structures hospitalières destinées à ces jeunes adultes, comme il en existe déjà.

#### ***h. Former des professionnels non spécialisés***

Les professionnels spécialisés en santé mentale pourraient former des intervenants non qualifiés afin de développer leurs compétences et leur permettre de prendre part à la prise en charge de ces jeunes. Il s'agirait d'une forme de démocratisation des connaissances médicales. La supervision de ces intervenants doit être suffisante pour leur permettre de fournir un éventail relativement large d'interventions telles que la

sensibilisation aux pathologies mentales, le dépistage des étudiants les plus à risque, la dispense de traitements psychosociaux simples.

L'implication dans les soins des jeunes et de leurs aidants éventuels semble également pertinente.

### **3. Les étudiants relais**

Dans plusieurs villes étudiantes françaises, il existe ce qu'on appelle des étudiants-relais formés à la prévention en santé (consommation de substances psychoactives, accidents de la route, santé sexuelle, hygiène de vie..) auprès des autres étudiants.

Ce concept est basé sur une approche d'éducation par les pairs, basée elle-même sur différentes théories comportementales : la théorie de l'apprentissage social, la théorie de l'association différentielle ou encore la théorie de la diffusion de l'innovation (115). Selon ces théories, le partenariat, l'appropriation, la crédibilité, l'autonomisation, le « modèle positif à suivre » et le renforcement sont des principes essentiels de l'éducation par les pairs (115).

#### a. Historique de l'éducation par les pairs

Cette dernière s'est répandue dans les pays anglo-saxons à partir des années 1970 et en France, un peu plus tardivement, à partir des années 1990 (Baudier, 1994). Toutefois, on peut retrouver de nombreuses initiatives d'éducation par les pairs à travers l'histoire. Cette méthode a été largement utilisée pour la promotion de la santé sexuelle, notamment la prévention du sida et dans le domaine des abus de substances (49).

En fonction des résultats escomptés, différentes méthodes de travail peuvent être utilisées telles que les discussions de groupe ou individuelles, la dispense de conseils, des expositions, des stands, de l'enseignement dans des contextes non formels.

Les buts recherchés sont variés. Il peut s'agir d'une transmission d'informations, d'un changement de comportement, du développement de compétences.

### b. Bases théoriques

Un groupe de pairs est un ensemble de personnes perçues comme semblables quant à leur fonction, leur situation sociale, leur âge, leur éducation, leur culture, leur lieu de résidence, leur expérience, leur mode de vie, leur groupe d'appartenance (52).

Les études suggèrent que les messages de prévention sont mieux écoutés et réceptionnés par les étudiants s'ils sont émis par d'autres étudiants. En effet, la proximité peut susciter une augmentation de l'intérêt porté pour le sujet évoqué, protéger d'une quelconque asymétrie relationnelle, éviter le sentiment d'injonction et un éventuel regard moralisateur (projeté ou ressenti) entre le personnel soignant et l'étudiant, ainsi qu'une efficacité plus élevée en termes de communication. Les étudiants sont les plus à même d'utiliser un langage et des outils permettant d'avoir un effet plus impactant sur leurs pairs (8).

Les informations transmises sont à la fois plus compréhensibles et plus crédibles pour les destinataires. Cette stratégie peut être utile pour sensibiliser les étudiants difficiles à atteindre par des méthodes plus conventionnelles. Il s'agit également d'une méthode éducative plus rentable que les autres.

Cette prévention par les pairs dans notre population étudiante se base sur différentes hypothèses. La première estime que le type de socialisation a un impact important.

En effet, les adolescents et les jeunes adultes ont une influence informationnelle puissante sur les autres jeunes de leur âge (ce sont des sources d'information en lesquelles ils ont confiance, 39). La deuxième suggère qu'ils sont une source de soutien et d'entraide notable, se tournant plus aisément vers « les leurs » quand ils présentent des difficultés. La troisième prend en considération l'influence sociale positive qu'ils peuvent avoir les uns sur les autres, leur permettant d'adopter des comportements bénéfiques ou protecteurs ou d'acquérir de nouvelles connaissances (5).

### c. Application chez les étudiants

La formation d'étudiants-relais repose sur l'idée d'une promotion indirecte des politiques de prévention en santé, par le biais de pairs supposés capables d'établir un rapport de confiance avec les étudiants visés, par identification, et permettant ainsi d'exercer une influence positive sur leurs comportements.

Au sein des universités lilloises, les étudiants relais sont actuellement formés sur les thématiques de la prévention des addictions, la vie affective/sexuelle, le bien-être, la promotion de l'équilibre alimentaire et de l'activité physique. La prévention dans le domaine de la santé mentale pourrait être une perspective d'avenir intéressante.

Ce dispositif de prévention primaire serait accessible à tous les étudiants.

Par ailleurs, un module de prévention du suicide a été mis en place par les services de psychiatrie du CHRU de Lille dans le cadre de la création d'un service sanitaire des étudiants en santé. Ces étudiants ont reçu une formation en suicidologie par des

internes ayant eux-mêmes reçu au préalable une formation par des psychiatres expérimentés et spécialisés dans le domaine du suicide.

Ces étudiants interviennent dans différents collèges et lycées du Nord-Pas-de-Calais. Cela permet de mettre l'accent sur l'entraide entre pairs et l'accès aux dispositifs d'aide disponibles.

## **4. Utilisation des nouvelles technologies**

### a. Utilisation chez les jeunes

La révolution numérique a largement reconfiguré la façon dont les jeunes adultes s'informent, communiquent ou interagissent avec leurs pairs (84). Cependant, ces outils de socialisation ont contribué à l'émergence de contenus présentant un danger potentiel pour la santé mentale des jeunes. L'anonymat et la diffusion massive des contenus rendent le contrôle difficile. On peut prendre comme exemples le cyberharcèlement, l'incitation au suicide sous forme de défi ou la diffusion de l'annonce de comportements automutilatoires.

Parallèlement, les jeunes se sont saisis de cet espace social virtuel pour la recherche d'informations concernant la santé mentale, le partage d'expériences ou encore la recherche de soutien de la part des pairs.

### b. Utilisations thérapeutiques

L'utilisation des nouvelles technologies à visée thérapeutique est récente mais le potentiel d'Internet afin de faciliter la recherche d'aide et dépister des problèmes de

santé mentale devient de plus en plus probant (28). Le respect de l'anonymat et l'accessibilité du contenu sont des facteurs permettant de lever certaines barrières d'accès aux soins.

L'utilisation des nouveaux médias peut s'effectuer sous de multiples formes tels qu'une ligne d'écoute téléphonique constituée d'étudiants bénévoles, un « chat » sur les réseaux sociaux avec des cliniciens ou encore des séances de téléthérapie. Il existe par exemple la ligne téléphonique Nightline destinée aux étudiants en demande d'aide, ouverte de 21h à 2h30, dans plusieurs villes françaises. Elle est constituée d'étudiants bénévoles préalablement formés.

Il existe également l'« équipe en ligne d'intervention et d'orientation pour la prévention du suicide » (ELIOS), projet porté par le Dr Notredame et une équipe spécialisée du CHRU de Lille (84). Son objectif est de proposer aux jeunes de contacter des cliniciens disponibles en ligne sur les réseaux sociaux. Cette plateforme de « chat » aisément accessible permet d'apporter des réponses fiables aux interrogations de ces jeunes et de les orienter, si nécessaire, vers des soins adaptés à leur problématique. Ce portail est initialement réservé aux 18-25 ans. La gratuité de ce service permet de se défaire de la contrainte financière. L'accès immédiat au portail digital permet d'apporter une réponse rapide synchronisée avec la demande de soins.

Actuellement, l'efficacité des psychothérapies sur internet est globalement comparable aux thérapies traditionnelles en face en face.

Chez les étudiants universitaires, l'efficacité des interventions thérapeutiques virtuelles sur la dépression, l'anxiété et le stress est légère à modérée et celle sur les troubles alimentaires, le fonctionnement interpersonnel et académique est modérée (50). Les travaux actuels s'orientent vers la constitution de sous-groupes d'étudiants

pour lesquels l'efficacité de ce format de thérapie serait beaucoup plus élevée. Il s'agirait de les sélectionner à partir d'un certain seuil de symptômes ou en fonction de certains facteurs de risque.

## **5. Programme de prévention secondaire transdiagnostique**

Des récentes études ont suggéré l'efficacité des interventions psychosociales apportées aux jeunes adultes à « haut risque » pour prévenir l'apparition d'un trouble psychiatrique ou réduire la gravité des symptômes émergents. Il existe peu de programmes de détection et de prévention secondaire précoce mis en place actuellement. Les universités représentent une opportunité intéressante d'accès à cette tranche d'âge à haut risque de développement de maladie neurodéveloppementale dont les troubles sont associés à une altération des performances académiques, du fonctionnement social et à des taux d'abandon universitaires élevés (80).

Des dépistages réalisés à l'aide de questionnaires d'auto-évaluation des symptômes à haut risque peuvent être utilisés à l'échelle de l'université. Les sujets présentant des symptômes d'« expérience psychotique » accompagnés de niveaux élevés et durables d'affects négatifs et d'anxiété ont un risque de psychose clinique 10 fois plus élevé que la population générale (19). Ces étudiants pourraient représenter un groupe facilement définissable. Il serait proposé à ce groupe de participer à 4 séances thérapeutiques basées sur la pleine conscience permettant l'amélioration de la conscience de soi, des compétences de mentalisation, de la théorie de l'esprit et de

l'autocompassion. La compréhension de ses états mentaux et de ceux des autres permettrait d'enrichir ses compétences interpersonnelles et d'augmenter les niveaux d'activité sociale.

Une récente étude réalisée chez des étudiants a montré que ces séances ont permis de réduire la symptomatologie affective et psychotique, d'améliorer les capacités de résilience et le fonctionnement social.

Cette première étude pilote réalisée au sein d'une université suggère que ce type de dépistage et d'intervention précoce sont faisables et acceptables par les étudiants et pourraient être associés à la réduction des symptômes et l'amélioration des capacités de résilience (17). Les résultats sont encourageants mais nécessitent d'autres études pour asseoir leurs conclusions.

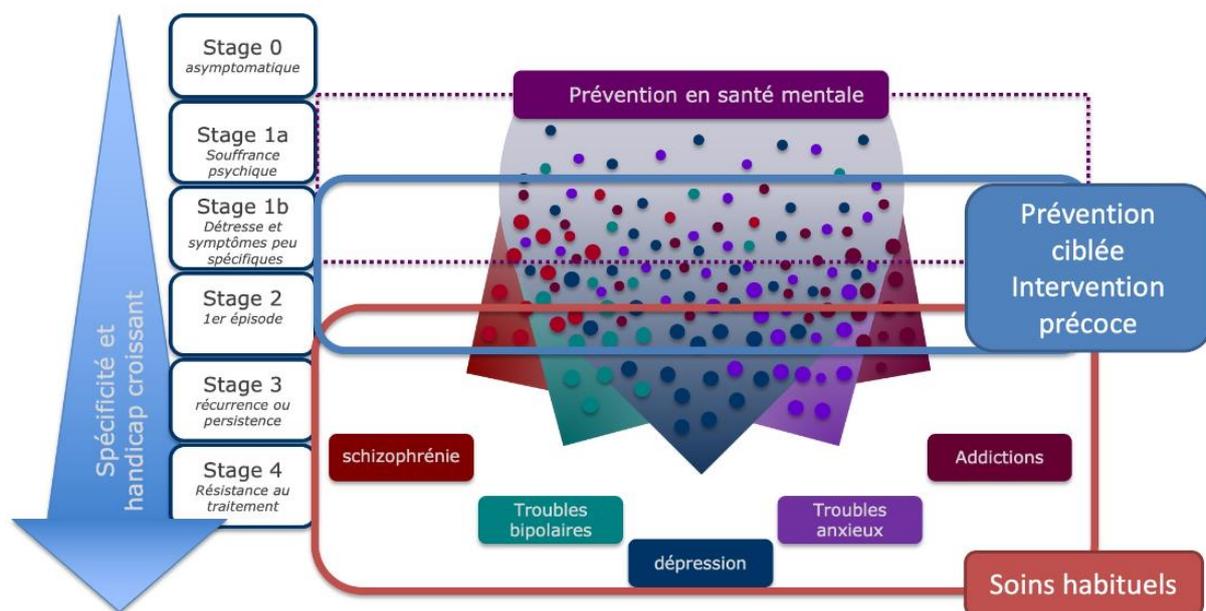


Figure 5 : Approche transdiagnostique des sujets à haut risque clinique de développement d'une entité psychopathologique et « staging ».

Adapté par institut de psychiatrie (55) d'après Mc Gorry et al. 2018 (78)

## 6. Modèle du continuum de prise en charge

### Modèle Canadien destiné aux adultes émergents



Figure 6 : modèle des niveaux de soins adapté au continuum des besoins en santé mentale des adultes émergents (Carver et al., 2015, 19)

Ce modèle n'a pas été pensé pour les étudiants directement mais pour les adultes en émergence, correspondant à leur catégorie d'âge (19).

Le niveau 1 du continuum de prise en charge consiste en une prévention et promotion de la santé au sein du milieu éducatif, communautaire ou sanitaire du jeune. L'un des objectifs est de renforcer ses facteurs de protection et ses capacités de résilience. Les stratégies ayant montré la plus grande efficacité sont les exercices de pleine

conscience, les interventions basées sur une approche cognitivo-comportementale, la relaxation ainsi que les ateliers de développement des habiletés sociales (77).

Le niveau 2 correspond aux soins primaires c'est-à-dire des soins accessibles sur le plan géographique et financier et « acceptables » (peu stigmatisants, communication aisée). Ce niveau comprend le dépistage et les interventions précoces au sein de l'université (95) mais également l'accès à un étayage social et communautaire permettant d'aborder les aspects psycho-sociaux des problèmes de santé mentale et des addictions.

Le niveau 3 nécessite l'accès à un secteur de service de santé mentale auquel les étudiants sont susceptibles d'être réceptifs ayant pour objectif de fournir une évaluation spécialisée, un traitement, une gestion de crise, une orientation.

Les niveaux 4 et 5 proposent des soins plus intensifs spécialisés au sein de la communauté et en milieu hospitalier. Cela suppose des mouvements entre ces 2 niveaux étant donné la variabilité des besoins en situation de crise. Ces niveaux sont destinés aux étudiants ayant les besoins les plus complexes.

Ce modèle nécessite un engagement des étudiants et un étayage par les pairs pour garantir l'accès aux soins et favoriser le processus de rétablissement.

#### Application de ce modèle

Les 3 premiers niveaux doivent être disponibles localement. Les intervenants concernés sont les médecins généralistes, les dispositifs de soins au sein des universités, les maisons des ados. Une stratégie d'engagement des étudiants peut se baser sur les étudiants-relais ou d'autres types de personnels ayant des compétences de base en santé mentale.

Cette approche permet à ces jeunes d'accéder aux services, traitements ou soutiens les plus adaptés à leurs besoins.

Le soutien par les pairs est un axe essentiel de leur programme. Il permettrait de limiter les barrières d'accès aux traitements, la stigmatisation, de favoriser l'intégration communautaire et une plus grande autonomisation. Ce soutien serait associé à une réduction des hospitalisations dans des services psychiatriques.

Il est également important qu'il existe des dépistages et interventions précoces, des évaluations, des traitements pour tout type de diagnostic.

Enfin, il est essentiel de pouvoir répondre rapidement aux besoins des personnes présentant les troubles les plus sévères. Renforcer la capacité de réponse aux cas les plus complexes serait un point de départ pour le développement du système de soins.

Ce type de projet concernant les cas complexes a été mis en place en septembre 2020 au sein des universités lilloises. Il permet une réflexion pluridisciplinaire (professionnels travaillant au sein de l'université et médecins psychiatres du CMP rattaché à la population d'une grande partie des étudiants de l'université lilloise) sur des situations cliniques sévères mettant en difficulté et préoccupant les différents acteurs universitaires et médicaux.

## IV-Discussion

Les étudiants forment une population hétérogène tant d'un point de vue sociologique que sur le plan de la santé mentale.

Elle possède toutefois un certain nombre de caractéristiques communes. Tout d'abord, il s'agit d'une population exposée à des facteurs de stress académiques. Certaines filières exposent à une concurrence avec les pairs considérable. Les effets du stress peuvent mener à un épuisement des ressources biologiques et psychologiques de l'étudiant et aboutir à des conséquences négatives tant sur le plan somatique que sur le plan psychique. Deuxièmement, ils appartiennent à la catégorie de l'âge adulte émergent, définie par Arnett comme une période de transition entre l'adolescence et l'âge adulte. Cette période de vie, marquée par son caractère exploratoire, son instabilité, son panel d'opportunités, est constituée de plus de libertés que les adolescents et moins de responsabilités que les « adultes ». Troisièmement, ces jeunes adultes font encore partie d'une période critique du développement cérébral, marquée par des processus de maturation cérébrale et de réarrangements neuronaux, leur conférant une vulnérabilité aux facteurs de stress.

Quatrièmement, ces « post-adolescents » poursuivent leur processus d'individuation, d'autonomisation impliquant souvent un changement de domicile, un nouveau mode de vie.

Cette population connaît une majoration significative de la prévalence des troubles psychiques.

Il existe de nombreuses initiatives à travers le monde ayant démontré leur efficacité sur la santé mentale de ces jeunes adultes. Nous avons vu quelques-uns des dispositifs développés en France, comme les maisons des ados ou les services de santé présents au sein des universités. Des unités d'hospitalisation spécifiques à leur catégorie d'âge ont été mises en place. Toutefois, cette population connaît une dégradation considérable de sa santé mentale. L'épidémie durable de Covid accentue de façon incontestable la fragilisation de cette population. Ainsi, l'offre des services psychosociaux ne permet plus de répondre aux demandes. Comme nous l'avons vu avec le modèle proposé par Patel, il semble fondamental d'intensifier les politiques de santé publique afin d'améliorer l'accès aux soins et aux traitements.

Ces modèles proposent une prise en charge dictée selon un continuum des besoins de l'étudiant. Tout d'abord, il s'agit de renforcer la prévention et la promotion de la santé mentale au sein des campus universitaires. Les stratégies ayant montré la plus grande efficacité sont les exercices de pleine conscience, les interventions basées sur une approche cognitivo-comportementale, la relaxation ainsi que les ateliers de développement des habiletés sociales. L'utilisation des nouveaux médias chez cette population montre également des résultats encourageants. Par ailleurs, il est essentiel de favoriser l'accès à des soins primaires, notamment aux médecins généralistes et proposer à des professionnels non spécialisés des formations supplémentaires en santé mentale.

Un autre axe fondamental est le dépistage précoce d'une symptomatologie subclinique et l'accès à des interventions. Les facteurs de risques communs à de nombreuses entités psychopathologiques nous orientent vers une approche transdiagnostique chez ces jeunes adultes.

Certains aspects de l'institution en elle-même et de l'environnement universitaire pourraient être remaniés tels que la création d'espaces communautaires plus conviviaux, des modifications des programmes académiques, un appui de la part de l'institution et un aménagement du cursus, notamment pour ceux qui ont des parcours atypiques émaillés d'arrêts et de reprises de leur parcours universitaire. Ces « décrochages » peuvent être en lien avec des problématiques de santé mentale.

Les étudiants doivent avoir accès à des services de santé mentale auxquels ils sont susceptibles d'être réceptifs et pour lesquels les contraintes structurelles sont minimales (accessibilité et gratuité). Il peut s'agir du Conseil de santé mentale étudiants (CSME), ou de l'équipe de soins et d'orientation de psychiatrie pour les étudiants (ESOPE), projets portés par l'EPSM de l'agglomération lilloise, l'université de Lille et le CROUS et récemment mis en place. Le CSME propose une sensibilisation à la santé mentale par l'intermédiaire d'une formation aux « premiers secours » en santé mentale à destination des acteurs de première ligne, à savoir les professionnels du sanitaire et du social de l'Université et du CROUS.

Lorsque ces mesures sont insuffisantes, le recours aux services psychiatriques conventionnels s'avère nécessaire. Ces cas complexes peuvent avoir recours à des hospitalisations complètes ou hospitalisations de jour dans des secteurs spécialisés dédiés aux adolescents et jeunes adultes. Les services classiques de psychiatrie peuvent être uniquement des voies de recours en cas de décompensation aiguë. Par ailleurs, la prise en charge en réseau pluridisciplinaire fonctionnel permet de favoriser une meilleure articulation des soins psychiques apportés à cette population et de renforcer les liens entre les structures de soins psychiatriques et universitaires. Cela permet également d'accroître et de faciliter l'accès à des soins coordonnés afin de lutter contre l'isolement et l'errance thérapeutique. Mentionnée plus haut, ESOPE a

pour mission de développer des interventions coordonnées et d'accompagner les parcours de soins individuels. Cette équipe composée de professionnels spécialisés s'est implantée au sein des SUMPPS et CROUS.

## Conclusion

La prévalence des troubles psychiques chez les étudiants est en augmentation et supérieure à celle de la population générale. Toutefois, il s'agit d'une population relativement réticente à la demande de soins. Cette réticence peut s'expliquer par des obstacles personnels inhérents aux adolescents et jeunes adultes ou structurels avec des facteurs tels que l'accessibilité, la gratuité, le respect de la confidentialité. Paradoxalement, il existe une carence des offres de soins disponibles pour cette population. Afin d'améliorer les soins de cette population, il pourrait être question de dépister précocement les troubles, de favoriser l'engagement dans les soins et d'avoir des structures facilement accessibles, peu stigmatisantes, au sein de la communauté si possible. L'articulation avec les services de psychiatrie est nécessaire pour les patients présentant les troubles les plus sévères.

Une perspective intéressante est avancée par différents modèles proposant un continuum de réponses en fonction de la gravité du trouble, allant de la prise en charge communautaire aux services spécialisés de psychiatrie. En termes de prévention primaire, il s'agirait de renforcer les actions de prévention et de promotion de la santé mentale pour tous les étudiants (exercices de pleine conscience, interventions basées sur une approche cognitivo-comportementale, relaxation, ateliers de développement des habiletés sociales). Favoriser le soutien par les pairs a montré une efficacité dans le développement de l'engagement de ces jeunes et dans l'atténuation de la symptomatologie. Utiliser de nouveaux médias tels que les réseaux sociaux pourrait être une façon de lever certaines barrières d'accès aux soins.

Il semble important de contribuer à la mise en place de dépistage infraclinique, pouvant être effectué lors des visites à la médecine préventive, et à l'accès à des interventions précoces.

Les universités et le développement de nouvelles politiques de santé publique ont un rôle crucial à jouer pour l'avenir de ces jeunes adultes que la crise sanitaire a de nouveau fragilisés.

Les services de psychiatrie spécialisés ne représentent qu'une extrémité du continuum de réponses aux troubles présentés par les étudiants. Il semble pertinent de se cantonner à ces prises en charge complexes. Toutefois, pour cela, il est nécessaire d'agir de manière préventive, avec des méthodes auxquelles les étudiants sont réceptifs.

## Références bibliographiques

1. *8c8424a4-2409-424e-8709-97f6bbf5c92a.pdf*. (s. d.). Consulté 3 mars 2021, à l'adresse <https://www.lmde.fr/documents/20184/0/ense5-comment-ca-va.pdf/8c8424a4-2409-424e-8709-97f6bbf5c92a>
2. *2001 Victorian Burden of Disease Report\_summary.pdf*. (s. d.). Consulté 2 février 2021, à l'adresse [http://ausvegvic.com.au/pdf/2001%20Victorian%20Burden%20of%20Disease%20Report\\_summary.pdf](http://ausvegvic.com.au/pdf/2001%20Victorian%20Burden%20of%20Disease%20Report_summary.pdf)
3. Abouserie, R. (1994). Sources and Levels of Stress in Relation to Locus of Control and Self Esteem in University Students. *Educational Psychology, 14*(3), 323-330. <https://doi.org/10.1080/0144341940140306>
4. Addington, J., Liu, L., Perkins, D. O., Carrion, R. E., Keefe, R. S. E., & Woods, S. W. (2017). The Role of Cognition and Social Functioning as Predictors in the Transition to Psychosis for Youth With Attenuated Psychotic Symptoms. *Schizophrenia Bulletin, 43*(1), 57-63. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw152>
5. Adeomi, A. A., Adeoye, O. A., Asekun-Olarinmoye, E. O., Abodunrin, O. L., Olugbenga-Bello, A. I., & Sabageh, A. O. (2014). Evaluation of the Effectiveness of Peer Education in Improving HIV Knowledge, Attitude, and Sexual Behaviours among In-School Adolescents in Osun State, Nigeria. *AIDS Research and Treatment, 2014*, e131756. <https://doi.org/10.1155/2014/131756>
6. American College Health Association. (2008a). American College Health Association—National College Health Assessment spring 2007 reference

- group data report (abridged). *Journal of American College Health: J of ACH*, 56(5), 469-479. <https://doi.org/10.3200/JACH.56.5.469-480>
7. American College Health Association. (2008b). American College Health Association—National College Health Assessment spring 2007 reference group data report (abridged). *Journal of American College Health: J of ACH*, 56(5), 469-479. <https://doi.org/10.3200/JACH.56.5.469-480>
8. Amsellem-Mainguy, Y. (2014). Qu'entend-on par « éducation pour la santé par les pairs » ? *Cahiers de l'action*, N° 43(3), 9-16.
9. Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (2005). Labeling—Stereotype—Discrimination. An investigation of the stigma process. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(5), 391-395. <https://doi.org/10.1007/s00127-005-0903-4>
10. Arnett, J. J. (2006). Emerging Adulthood in Europe : A Response to Bynner. *Journal of Youth Studies*, 9(1), 111-123. <https://doi.org/10.1080/13676260500523671>
11. Auerbach, R. P., Alonso, J., Axinn, W. G., Cuijpers, P., Ebert, D. D., Green, J. G., Hwang, I., Kessler, R. C., Liu, H., Mortier, P., Nock, M. K., Pinder-Amaker, S., Sampson, N. A., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Andrade, L. H., Benjet, C., Caldas-de-Almeida, J. M., Demyttenaere, K., ... Bruffaerts, R. (2016). Mental disorders among college students in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, 46(14), 2955-2970. <https://doi.org/10.1017/S0033291716001665>
12. Berry, J. W., Kim, U., Power, S., Young, M., & Bujaki, M. (1989). Acculturation Attitudes in Plural Societies. *Applied Psychology*, 38(2), 185-206. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.1989.tb01208.x>

13. Biddle, L., Gunnell, D., Sharp, D., & Donovan, J. L. (2004). Factors influencing help seeking in mentally distressed young adults : A cross-sectional survey. *The British Journal of General Practice*, *54*(501), 248-253.
14. Blanchard-Fields, F., Sulsky, L., & Robinson-Whelen, S. (1991). Moderating effects of age and context on the relationship between gender, sex role differences, and coping. *Sex Roles: A Journal of Research*, *25*(11-12), 645-660. <https://doi.org/10.1007/BF00289569>
15. Bojuwoye, O. (2002). Stressful experiences of first year students of selected universities in South Africa. *Counselling Psychology Quarterly*, *15*, 277-290. <https://doi.org/10.1080/09515070210143480>
16. Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss. Vol. 2, Vol. 2.*, BasicBooks.
17. Burke, A. S., Shapero, B. G., Pelletier-Baldelli, A., Deng, W. Y., Nyer, M. B., Leathem, L., Namey, L., Landa, C., Cather, C., & Holt, D. J. (2020). Rationale, Methods, Feasibility, and Preliminary Outcomes of a Transdiagnostic Prevention Program for At-Risk College Students. *Frontiers in Psychiatry*, *10*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.01030>
18. Campbell, R., Dworkin, E., & Cabral, G. (2009). An ecological model of the impact of sexual assault on women's mental health. *Trauma, Violence & Abuse*, *10*(3), 225-246. <https://doi.org/10.1177/1524838009334456>
19. Carver, J., Cappelli, M., Davidson, S., & Mental Health Commission of Canada. (2015). *Taking the next step forward : Building a responsive mental health and addictions system for emerging adults*. <https://www.deslibris.ca/ID/247699>
20. Center for Collegiate Mental Health (CCMH) 2020 Annual Report. (s. d.). 40.

21. Chan, V., Moore, J., Derenne, J., & Fuchs, D. C. (2019). Transitional Age Youth and College Mental Health. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 28(3), 363-375. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2019.02.008>
22. Charney, D. S. (2004). Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability : Implications for successful adaptation to extreme stress. *The American Journal of Psychiatry*, 161(2), 195-216.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.2.195>
23. *Chiffres\_cles\_2020\_fr.pdf*. (s. d.). Consulté 7 janvier 2021, à l'adresse [https://ressources.campusfrance.org/publications/chiffres\\_cles/fr/chiffres\\_cles\\_2020\\_fr.pdf](https://ressources.campusfrance.org/publications/chiffres_cles/fr/chiffres_cles_2020_fr.pdf)
24. Chrousos, G. P. (2009). Stress and disorders of the stress system. *Nature Reviews. Endocrinology*, 5(7), 374-381.  
<https://doi.org/10.1038/nrendo.2009.106>
25. Chung, W. W., & Hudziak, J. J. (2017). The Transitional Age Brain : « The Best of Times and the Worst of Times ». *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 26(2), 157-175. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2016.12.017>
26. *CollegiateSurveyProject.pdf*. (s. d.). Consulté 18 avril 2021, à l'adresse <https://www.nationaleatingdisorders.org/sites/default/files/CollegeSurvey/CollegiateSurveyProject.pdf>
27. *Current Depression Among Adults—United States, 2006 and 2008*. (s. d.). Consulté 21 avril 2021, à l'adresse <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5938a2.htm>
28. Davies, E. B., Morriss, R., & Glazebrook, C. (2014). Computer-delivered and web-based interventions to improve depression, anxiety, and psychological well-being of university students : A systematic review and meta-analysis.

*Journal of Medical Internet Research*, 16(5), e130.

<https://doi.org/10.2196/jmir.3142>

29. Dévoué, É. M. (2005). Demande d'enseignement supérieur et attractivité des régions françaises pour les étudiants (1990-2002). *Revue d'Economie Regionale Urbaine*, février(1), 109-124.
30. Dominguez, M. D. G., Wichers, M., Lieb, R., Wittchen, H.-U., & van Os, J. (2011). Evidence that onset of clinical psychosis is an outcome of progressively more persistent subclinical psychotic experiences : An 8-year cohort study. *Schizophrenia Bulletin*, 37(1), 84-93.  
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbp022>
31. Duguet, A., Lambert-Le Mener, M., & Morlaix, S. (2016). Les déterminants de la réussite à l'université. Quels apports de la recherche en Éducation ? Quelles perspectives de recherche ? *Spirale - Revue de recherches en éducation*, 57(1), 31-53. <https://doi.org/10.3406/spira.2016.1745>
32. Eisenberg, D., Downs, M. F., Golberstein, E., & Zivin, K. (2009). Stigma and help seeking for mental health among college students. *Medical Care Research and Review: MCRR*, 66(5), 522-541.  
<https://doi.org/10.1177/1077558709335173>
33. Eisenberg, D., Golberstein, E., & Gollust, S. (2007). Help-Seeking and Access to Mental Health Care in a University Student Population. *Medical care*, 45, 594-601. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31803bb4c1>
34. Eisenberg, D., Nicklett, E. J., Roeder, K., & Kirz, N. E. (2011). Eating Disorder Symptoms Among College Students : Prevalence, Persistence, Correlates, and Treatment-Seeking. *Journal of American college health : J of ACH*, 59(8), 700-707. <https://doi.org/10.1080/07448481.2010.546461>

35. Europe, W. H. O. R. O. for. (1999). *Healthy living : What is a healthy lifestyle?* (EUR/ICP/LVNG 01 07 02). Article EUR/ICP/LVNG 01 07 02.  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/108180>
36. FARHUD, D. D. (2015). Impact of Lifestyle on Health. *Iranian Journal of Public Health*, 44(11), 1442-1444.
37. Fedina, L., Holmes, J. L., & Backes, B. L. (2018). Campus Sexual Assault : A Systematic Review of Prevalence Research From 2000 to 2015. *Trauma, Violence, & Abuse*, 19(1), 76-93. <https://doi.org/10.1177/1524838016631129>
38. Ferveur, C. (2019). Souffrance psychique des Étudiants. Pour un traitement psychodynamique Multifocal et bref de la crise. *Revue québécoise de psychologie*, 40(2), 135-163. <https://doi.org/10.7202/1065907ar>
39. Finn, P. (1981). Teaching Students to Be Lifelong Peer Educators. *Health Education*, 12(5), 13-16. <https://doi.org/10.1080/00970050.1981.10616831>
40. Folkman, S. (2013). Stress : Appraisal and Coping. In M. D. Gellman & J. R. Turner (Éds.), *Encyclopedia of Behavioral Medicine* (p. 1913-1915). Springer.  
[https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9\\_215](https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_215)
41. Gao, J., Zheng, P., Jia, Y., Chen, H., Mao, Y., Chen, S., Wang, Y., Fu, H., & Dai, J. (2020). Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. *PLoS ONE*, 15(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231924>
42. Giret, J.-F. (2011). *L'activité rémunérée des étudiants*. 207.
43. Gold, P. W. (2015). The organization of the stress system and its dysregulation in depressive illness. *Molecular Psychiatry*, 20(1), 32-47.  
<https://doi.org/10.1038/mp.2014.163>

44. Gollust, S. E., Eisenberg, D., & Golberstein, E. (2008). Prevalence and correlates of self-injury among university students. *Journal of American College Health: J of ACH*, 56(5), 491-498. <https://doi.org/10.3200/JACH.56.5.491-498>
45. Gratz, K. L., Conrad, S. D., & Roemer, L. (2002). Risk factors for deliberate self-harm among college students. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 72(1), 128-140. <https://doi.org/10.1037//0002-9432.72.1.128>
46. Gross, J. J., & Thompson, R. (2007). Emotion regulation : Conceptual foundations. *Handbook of Emotion Regulation*, 33-50.
47. Halamandaris, K. F., & Power, K. G. (1997). Individual differences, dysfunctional attitudes, and social support : A study of the psychosocial adjustment to university life of home students. *Personality and Individual Differences*, 22(1), 93-104. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(96\)00175-4](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(96)00175-4)
48. Hammen, C. (2005). Stress and Depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1(1), 293-319.  
<https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143938>
49. Hansen, W. B., & Graham, J. W. (1991). Preventing alcohol, marijuana, and cigarette use among adolescents : Peer pressure resistance training versus establishing conservative norms. *Preventive Medicine*, 20(3), 414-430.  
[https://doi.org/10.1016/0091-7435\(91\)90039-7](https://doi.org/10.1016/0091-7435(91)90039-7)
50. Harrer, M., Adam, S. H., Baumeister, H., Cuijpers, P., Karyotaki, E., Auerbach, R. P., Kessler, R. C., Bruffaerts, R., Berking, M., & Ebert, D. D. (2019). Internet interventions for mental health in university students : A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 28(2), e1759. <https://doi.org/10.1002/mpr.1759>

51. Hom, M. A., Stanley, I. H., & Joiner, T. E. (2015). Evaluating factors and interventions that influence help-seeking and mental health service utilization among suicidal individuals : A review of the literature. *Clinical Psychology Review, 40*, 28-39. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.05.006>
52. *How Childred Develop, Exploring Child Develop Student Media Tool Kit & Scientific American Reader to Accompany How Children Develop : University Robert S Siegler : 9780716761136*. (s. d.). Consulté 7 novembre 2020, à l'adresse <https://www.bookdepository.com/How-Childred-Develop-Exploring-Child-Develop-Student-Media-Tool-Kit-Scientific-American-Reader-Accompany-How-Children-Develop-University-Robert-S-Siegler/9780716761136>
53. Hyun, J., Quinn, B., Madon, T., & Lustig, S. (2006). Graduate Student Mental Health : Needs Assessment and Utilization of Counseling Services. *Journal of College Student Development, 47*, 247-266. <https://doi.org/10.1353/csd.2006.0030>
54. Ibrahim, A. K., Kelly, S. J., Adams, C. E., & Glazebrook, C. (2013). A systematic review of studies of depression prevalence in university students. *Journal of Psychiatric Research, 47*(3), 391-400. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.11.015>
55. Intervention précoce. (s. d.). *Institut de Psychiatrie*. Consulté 16 février 2021, à l'adresse <https://idpsy.org/reseau-transition/intervention-precoce/>
56. Issakidis, C., & Andrews, G. (2006). Who treats whom? An application of the Pathways to Care model in Australia. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 40*(1), 74-86. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01746.x>

57. Jacobson, N. C., Lekkas, D., Price, G., Heinz, M. V., Song, M., O'Malley, A. J., & Barr, P. J. (2020). Flattening the Mental Health Curve : COVID-19 Stay-at-Home Orders Are Associated With Alterations in Mental Health Search Behavior in the United States. *JMIR Mental Health, 7(6)*, e19347. <https://doi.org/10.2196/19347>
58. Jennison, K. M. (2004). The short-term effects and unintended long-term consequences of binge drinking in college : A 10-year follow-up study. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 30(3)*, 659-684. <https://doi.org/10.1081/ada-200032331>
59. Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). Mental health literacy : A survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *The Medical Journal of Australia, 166(4)*, 182.
60. Kapphahn, C. J., Morreale, M. C., Rickert, V. I., Walker, L. R., & Society for Adolescent Medicine. (2006). Financing mental health services for adolescents : A position paper of the Society for Adolescent Medicine. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine, 39(3)*, 456-458. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2005.12.013>
61. Kessler, R. C., Amminger, G. P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., & Ustün, T. B. (2007). Age of onset of mental disorders : A review of recent literature. *Current Opinion in Psychiatry, 20(4)*, 359-364. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32816ebc8c>
62. Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV

- disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
63. Khawaja, N. G., & Dempsey, J. (2007). Psychological Distress in International University Students : An Australian Study. *Journal of Psychologists and Counsellors in Schools*, 17(1), 13-27. <https://doi.org/10.1375/ajgc.17.1.13>
64. Klerman, G. L., & Weissman, M. M. (1989). Increasing Rates of Depression. *JAMA*, 261(15), 2229-2235. <https://doi.org/10.1001/jama.1989.03420150079041>
65. Ko, C.-H., Yen, J.-Y., Chen, C.-S., Chen, C.-C., & Yen, C.-F. (2008). Psychiatric comorbidity of internet addiction in college students : An interview study. *CNS Spectrums*, 13(2), 147-153. <https://doi.org/10.1017/s1092852900016308>
66. Kurniasanti, K. S., Assandi, P., Ismail, R. I., Nasrun, M. W. S., & Wiguna, T. (2019). Internet addiction : A new addiction? *Medical Journal of Indonesia*, 28(1), 82-91. <https://doi.org/10.13181/mji.v28i1.2752>
67. Kuss, D. J., Griffiths, M. D., & Binder, J. F. (2013). Internet addiction in students : Prevalence and risk factors. *Computers in Human Behavior*, 29(3), 959-966. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2012.12.024>
68. Levin, A. (2005). When Mental Illness Makes News, Facts Often Missing in Action. *Psychiatric News*. <https://doi.org/10.1176/pn.40.12.00400018>
69. Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Seeley, J. R., & Fischer, S. A. (1993). Age-cohort changes in the lifetime occurrence of depression and other mental disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 102(1), 110-120. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.102.1.110>
70. Li, Y., Zhao, J., Ma, Z., McReynolds, L. S., Lin, D., Chen, Z., Wang, T., Wang, D., Zhang, Y., Zhang, J., Fan, F., & Liu, X. (2021). Mental Health Among

College Students During the COVID-19 Pandemic in China : A 2-Wave Longitudinal Survey. *Journal of Affective Disorders*, 281, 597-604.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.109>

71. Lievens, F., Coetsier, P., De Fruyt, F., & De Maeseneer, J. (2002). Medical students' personality characteristics and academic performance : A five-factor model perspective. *Medical Education*, 36(11), 1050-1056.

<https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2002.01328.x>

72. Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 363-385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>

73. Lubin, B., Larsen, R. M., & Matarazzo, J. D. (1984). Patterns of psychological test usage in the United States : 1935–1982. *American Psychologist*, 39(4), 451-454. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.39.4.451>

74. Maher, B. (2008). Poll results : Look who's doping. *Nature*, 452(7188), 674-675.

<https://doi.org/10.1038/452674a>

75. Marra, D. (2012). Performance, apprentissage et santé des étudiants. *Les Tribunes de la sante*, n° 35(2), 51-56.

76. Martin, J. K., Pescosolido, B. A., & Tuch, S. A. (2000). Of Fear and Loathing : The Role of « Disturbing Behavior, » Labels, and Causal Attributions in Shaping Public Attitudes toward People with Mental Illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 41(2), 208-223. <https://doi.org/10.2307/2676306>

77. Martineau, M., Beauchamp, G., & Marcotte, D. (2017). Efficacité des interventions en prévention et en promotion de la santé mentale dans les établissements d'enseignement postsecondaire. *Santé mentale au Québec*, 42(1), 165-182. <https://doi.org/10.7202/1040249ar>

78. McGorry, P. D., Hartmann, J. A., Spooner, R., & Nelson, B. (2018). Beyond the “at risk mental state” concept : Transitioning to transdiagnostic psychiatry. *World Psychiatry, 17*(2), 133-142. <https://doi.org/10.1002/wps.20514>
79. McGorry, P. D., Tanti, C., Stokes, R., Hickie, I. B., Carnell, K., Littlefield, L. K., & Moran, J. (2007). headspace : Australia’s National Youth Mental Health Foundation — where young minds come first. *Medical Journal of Australia, 187*(S7), S68-S70. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01342.x>
80. McGorry, P., & Nelson, B. (2016). Why We Need a Transdiagnostic Staging Approach to Emerging Psychopathology, Early Diagnosis, and Treatment. *JAMA Psychiatry, 73*(3), 191-192. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.2868>
81. Mitchell, L. L., & Syed, M. (2015). Does College Matter for Emerging Adulthood? Comparing Developmental Trajectories of Educational Groups. *Journal of Youth and Adolescence, 44*(11), 2012-2027. <https://doi.org/10.1007/s10964-015-0330-0>
82. Moore, D. R., Burgard, D. A., Larson, R. G., & Ferm, M. (2014). Psychostimulant use among college students during periods of high and low stress : An interdisciplinary approach utilizing both self-report and unobtrusive chemical sample data. *Addictive Behaviors, 39*(5), 987-993. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.01.021>
83. Murray, C. J. L., Vos, T., Lozano, R., Naghavi, M., Flaxman, A. D., Michaud, C., Ezzati, M., Shibuya, K., Salomon, J. A., Abdalla, S., Aboyans, V., Abraham, J., Ackerman, I., Aggarwal, R., Ahn, S. Y., Ali, M. K., Alvarado, M., Anderson, H. R., Anderson, L. M., ... Memish, Z. A. (2012). Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010 : A systematic

- analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet (London, England)*, 380(9859), 2197-2223. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61689-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61689-4)
84. Notredame, C.-É., Morgiève, M., Briffaut, X., Grandgenèvre, P., Pauwels, N., Duhem, S., Demarty, A.-L., Debien, C., Wathelet, M., & Vaiva, G. (2020). Looking out for young people at risk of suicide : How the Elios project is harnessing social media for good. *L'information Psychiatrique, Volume 96(5)*, 340-347.
85. OVE Infos n°37 | Les mobilités résidentielles étudiantes—OVE : Observatoire de la vie Étudiante. (s. d.). Consulté 20 avril 2021, à l'adresse <http://www.ove-national.education.fr/ove-infos-n37-i-les-mobilites-residentielles-etudiantes/>
86. Patel, V., Flisher, A. J., Hetrick, S., & McGorry, P. (2007). Mental health of young people : A global public-health challenge. *Lancet (London, England)*, 369(9569), 1302-1313. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60368-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60368-7)
87. Paulhan, I. (1992). Le concept de coping. *L'Année psychologique*, 92(4), 545-557. <https://doi.org/10.3406/psy.1992.29539>
88. Pedersen, D. E. (2020). Bipolar disorder and the college student : A review and implications for universities. *Journal of American College Health: J of ACH*, 68(4), 341-346. <https://doi.org/10.1080/07448481.2019.1573173>
89. Pedrelli, P., Nyer, M., Yeung, A., Zulauf, C., & Wilens, T. (2015). College Students : Mental Health Problems and Treatment Considerations. *Academic psychiatry : the journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*, 39(5), 503-511. <https://doi.org/10.1007/s40596-014-0205-9>

90. Phelan, J. E., & Basow, S. A. (2007). College Students' Attitudes Toward Mental Illness : An Examination of the Stigma Process1. *Journal of Applied Social Psychology, 37*(12), 2877-2902. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2007.00286.x>
91. Piran, N., & Robinson, S. R. (2006). Associations between disordered eating behaviors and licit and illicit substance use and abuse in a university sample. *Addictive Behaviors, 31*(10), 1761-1775. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.12.021>
92. Poyrazli, S., & Grahame, K. (2007). Barriers to Adjustment : Needs of International Students Within a Semi-urban Campus Community. *Resources, 34*.
93. Poyrazli, S., Kavanaugh, P. R., Baker, A., & Al-Timimi, N. (2004). Social Support and Demographic Correlates of Acculturative Stress in International Students. *Journal of College Counseling, 7*(1), 73-82. <https://doi.org/10.1002/j.2161-1882.2004.tb00261.x>
94. Ramón-Arbués, E., Gea-Caballero, V., Granada-López, J. M., Juárez-Vela, R., Pellicer-García, B., & Antón-Solanas, I. (2020). The Prevalence of Depression, Anxiety and Stress and Their Associated Factors in College Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(19). <https://doi.org/10.3390/ijerph17197001>
95. Read, H., Roush, S., & Downing, D. (2018). Early Intervention in Mental Health for Adolescents and Young Adults : A Systematic Review. *American Journal of Occupational Therapy, 72*(5), 7205190040p1-7205190040p8. <https://doi.org/10.5014/ajot.2018.033118>

96. Reynolds, J., Stewart, M., Macdonald, R., & Sischo, L. (2006). Have Adolescents Become Too Ambitious? High School Seniors' Educational and Occupational Plans, 1976 to 2000. *Social Problems*, 53(2), 186-206.  
<https://doi.org/10.1525/sp.2006.53.2.186>
97. Rigotti, N. A., Lee, J. E., & Wechsler, H. (2000). US College Students' Use of Tobacco Products Results of a National Survey. *JAMA*, 284(6), 699-705.  
<https://doi.org/10.1001/jama.284.6.699>
98. *RM2013-142P\_MDA\_doc.pdf*. (s. d.). Consulté 5 mai 2021, à l'adresse  
[https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-142P\\_MDA\\_doc.pdf](https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-142P_MDA_doc.pdf)
99. Robotham, D., & Julian, C. (2006). Stress and the higher education student : A critical review of the literature. *Journal of Further and Higher Education*, 30(2), 107-117. <https://doi.org/10.1080/03098770600617513>
100. Rosenthal, B., & Wilson, W. C. (2008). Mental health services : Use and disparity among diverse college students. *Journal of American College Health: J of ACH*, 57(1), 61-68. <https://doi.org/10.3200/JACH.57.1.61-68>
101. Sanderson, V. A., Vandyk, A. D., Graham, I. D., Lightfoot, S., Murawsky, M., Sikora, L., & Jacob, J. D. (2020). Post-secondary students with symptoms of psychosis : A mixed-methods systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(4), 590-607. <https://doi.org/10.1111/inm.12700>
102. Schomerus, G., Schwahn, C., Holzinger, A., Corrigan, P. W., Grabe, H. J., Carta, M. G., & Angermeyer, M. C. (2012). Evolution of public attitudes about mental illness : A systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125(6), 440-452. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2012.01826.x>

103. Schwartz, J., & Buboltz, W. (2004). The Relationship Between Attachment to Parents and Psychological Separation in College Students. *Journal of College Student Development, 45*, 566-577. <https://doi.org/10.1353/csd.2004.0062>
104. Selye, H., & Fortier, C. (1950). Adaptive reaction to stress. *Psychosomatic Medicine, 12*(3), 149-157. <https://doi.org/10.1097/00006842-195005000-00003>
105. Shim, G., & Jeong, B. (2018). Predicting Suicidal Ideation in College Students with Mental Health Screening Questionnaires. *Psychiatry Investigation, 15*(11), 1037-1045. <https://doi.org/10.30773/pi.2018.08.21.3>
106. Slutske, W. S. (2005). Alcohol use disorders among US college students and their non-college-attending peers. *Archives of General Psychiatry, 62*(3), 321-327. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.3.321>
107. Smith, R. A., & Khawaja, N. G. (2011). A review of the acculturation experiences of international students. *International Journal of Intercultural Relations, 35*(6), 699-713. <https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2011.08.004>
108. Son, C., Hegde, S., Smith, A., Wang, X., & Sasangohar, F. (2020). Effects of COVID-19 on College Students' Mental Health in the United States : Interview Survey Study. *Journal of Medical Internet Research, 22*(9). <https://doi.org/10.2196/21279>
109. *Stress et coping*. (s. d.). Consulté 17 novembre 2020, à l'adresse [https://www.puf.com/content/Stress\\_et\\_coping](https://www.puf.com/content/Stress_et_coping)
110. Suwalska, J., Suwalska, A., Szczygieł, M., & Łojko, D. (2017). Medical students and stigma of depression. Part 2. Self-stigma. *Psychiatria Polska, 51*(3), 503-513. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/67373>

111. Tagliabue, S., Crocetti, E., & Lanz, M. (2015). Emerging adulthood features and criteria for adulthood : Variable- and person-centered approaches. *Journal of Youth Studies, 19*, 1-15. <https://doi.org/10.1080/13676261.2015.1074985>
112. Taylor, C. B., Bryson, S., Luce, K. H., Cuning, D., Celio, A., Abascal, L. B., Rockwell, R., Dev, P., Winzelberg, A. J., & Wilfley, D. E. (2006). Prevention of Eating Disorders in At-risk College-Age Women. *Archives of general psychiatry, 63*(8). <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.8.881>
113. *The Neurobiology of Sexual Assault : Implications for Law Enforcement, Prosecution, and Victim Advocacy.* (s. d.). National Institute of Justice. Consulté 3 mai 2021, à l'adresse <https://nij.ojp.gov/media/video/24056>
114. Tsigos, C., Kyrou, I., Kassi, E., & Chrousos, G. P. (2000). Stress : Endocrine Physiology and Pathophysiology. In K. R. Feingold, B. Anawalt, A. Boyce, G. Chrousos, W. W. de Herder, K. Dhatariya, K. Dungan, A. Grossman, J. M. Hershman, J. Hofland, S. Kalra, G. Kaltsas, C. Koch, P. Kopp, M. Korbonits, C. S. Kovacs, W. Kuohung, B. Laferrère, E. A. McGee, ... D. P. Wilson (Éds.), *Endotext*. MDText.com, Inc. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK278995/>
115. Turner, G., & Shepherd, J. (1999). A method in search of a theory : Peer education and health promotion. *Health Education Research, 14*(2), 235-247. <https://doi.org/10.1093/her/14.2.235>
116. Twenge, J. M., Gentile, B., DeWall, C. N., Ma, D., Lacefield, K., & Schurtz, D. R. (2010). Birth cohort increases in psychopathology among young Americans, 1938-2007 : A cross-temporal meta-analysis of the MMPI. *Clinical Psychology Review, 30*(2), 145-154. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.10.005>
117. Velten, J., Bieda, A., Scholten, S., Wannemüller, A., & Margraf, J. (2018). Lifestyle choices and mental health : A longitudinal survey with German and

- Chinese students. *BMC Public Health*, 18(1), 632.  
<https://doi.org/10.1186/s12889-018-5526-2>
118. Visser, M. (2007). HIV/AIDS prevention through peer education and support in secondary schools in South Africa. *SAHARA-J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*, 4(3), 678-694. <https://doi.org/10.1080/17290376.2007.9724891>
119. Vladutiu, C. J., Martin, S. L., & Macy, R. J. (2011). College- or university-based sexual assault prevention programs : A review of program outcomes, characteristics, and recommendations. *Trauma, Violence & Abuse*, 12(2), 67-86. <https://doi.org/10.1177/1524838010390708>
120. Vrshek-Schallhorn, S., Stroud, C. B., Mineka, S., Hammen, C., Zinbarg, R. E., Wolitzky-Taylor, K., & Craske, M. G. (2015). Chronic and episodic interpersonal stress as statistically unique predictors of depression in two samples of emerging adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 124(4), 918-932. <https://doi.org/10.1037/abn0000088>
121. Wada, M., Suto, M. J., Lee, M., Sanders, D., Sun, C., Le, T. N., Goldman-Hasbun, J., & Chauhan, S. (2019). University students' perspectives on mental illness stigma. *Mental Health & Prevention*, 14, 200159. <https://doi.org/10.1016/j.mph.2019.200159>
122. Wainberg, M. L., Scorza, P., Shultz, J. M., Helpman, L., Mootz, J. J., Johnson, K. A., Neria, Y., Bradford, J.-M. E., Oquendo, M. A., & Arbuckle, M. R. (2017). Challenges and Opportunities in Global Mental Health : A Research-to-Practice Perspective. *Current psychiatry reports*, 19(5), 28. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0780-z>
123. Wei, M., Ku, T.-Y., Russell, D. W., Mallinckrodt, B., & Liao, K. Y.-H. (2008). Moderating effects of three coping strategies and self-esteem on perceived

- discrimination and depressive symptoms : A minority stress model for Asian international students. *Journal of Counseling Psychology*, 55(4), 451-462.  
<https://doi.org/10.1037/a0012511>
124. What is primary care mental health? (2008). *Mental health in family medicine*, 5(1), 9-13.
125. Wickramaratne, P. J., Weissman, M. M., Leaf, P. J., & Holford, T. R. (1989). Age, period and cohort effects on the risk of major depression : Results from five United States communities. *Journal of Clinical Epidemiology*, 42(4), 333-343. [https://doi.org/10.1016/0895-4356\(89\)90038-3](https://doi.org/10.1016/0895-4356(89)90038-3)
126. Wright, A., Harris, M. G., Wiggers, J. H., Jorm, A. F., Cotton, S. M., Harrigan, S. M., Hurworth, R. E., & McGorry, P. D. (2005). Recognition of depression and psychosis by young Australians and their beliefs about treatment. *The Medical Journal of Australia*, 183(1), 18-23. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2005.tb06881.x>
127. Xu, Y., Qi, J., Yang, Y., & Wen, X. (2016). The contribution of lifestyle factors to depressive symptoms : A cross-sectional study in Chinese college students. *Psychiatry Research*, 245, 243-249.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.03.009>
128. Yeh, C. J., & Inose, M. (2003). International students' reported English fluency, social support satisfaction, and social connectedness as predictors of acculturative stress. *Counselling Psychology Quarterly*, 16(1), 15-28.  
<https://doi.org/10.1080/0951507031000114058>
129. Zhang, Z., & Brunton, M. (2007). Differences in Living and Learning : Chinese International Students in New Zealand. *Journal of Studies in International*

*Education - J STUD INT EDUC*, 11, 124-140.

<https://doi.org/10.1177/1028315306289834>

**AUTEUR : Nom : Ancellin**

**Prénom : Cyrielle**

**Date de soutenance : 06/07/2021**

**Titre de la thèse :** Axes d'amélioration de la prise en charge des étudiants en psychiatrie

**Thèse - Médecine - Lille 2021**

**Cadre de classement :** Psychiatrie

**DES + spécialité :** Psychiatrie

**Mots-clés :** santé mentale ; étudiants ; intervention précoce ; accès aux soins

Résumé :

Les étudiants forment une population hétérogène dont l'état psychologique est de plus en plus précaire. Il existe une carence d'accès aux soins et de dispositifs spécifiques pour cette catégorie de population. L'âge des étudiants durant leur cycle universitaire coïncide avec une période à haut risque pour le développement d'un trouble mental et l'entrée dans les études supérieures est marquée par une mise à l'épreuve de leurs capacités d'adaptation. Ils peuvent présenter des facteurs de vulnérabilité personnels conjugués avec divers événements de vie négatifs et facteurs de stress inhérents à la vie universitaire.

Il semble fondamental d'intensifier les politiques de santé publique afin d'améliorer l'accès aux soins et aux traitements de ces jeunes adultes. Il pourrait s'agir de leur proposer une prise en charge dictée selon un continuum des besoins de l'étudiant. Il semble pertinent de renforcer la prévention et la promotion de la santé mentale au sein des universités mais également de favoriser l'accès aux soins primaires et former à la santé mentale des professionnels disponibles au sein de la communauté. Il peut être question de s'orienter vers une approche transdiagnostique en ayant recours au dépistage et à l'intervention précoce. Il semble également important de s'affranchir de certaines contraintes structurelles en proposant des services accessibles et gratuits. Enfin, les services psychiatriques conventionnels, destinés aux cas les plus complexes, pourraient davantage s'organiser en réseau pluridisciplinaire.

Composition du Jury :

**Président : Monsieur le Professeur O. COTTENCIN**

**Assesseurs : Monsieur le Professeur F. MEDJKANE  
Monsieur le Docteur A. AMAD**

**Directeur de thèse : Monsieur le Docteur M. BUBROVSZKY**