



Mise en garde

La bibliothèque du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue et de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT) a obtenu l'autorisation de l'auteur de ce document afin de diffuser, dans un but non lucratif, une copie de son œuvre dans [Depositum](#), site d'archives numériques, gratuit et accessible à tous. L'auteur conserve néanmoins ses droits de propriété intellectuelle, dont son droit d'auteur, sur cette œuvre.

Warning

The library of the Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue and the Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT) obtained the permission of the author to use a copy of this document for nonprofit purposes in order to put it in the open archives [Depositum](#), which is free and accessible to all. The author retains ownership of the copyright on this document.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL PROGRAMME OFFERT PAR
EXTENSION À L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

**DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE, ANXIÉTÉ ET RÉSILIENCE DANS LE
CONTEXTE DE LA PANDÉMIE DE COVID-19 : PORTRAIT DES
ÉTUDIANTS DE L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN ABITIBI-
TÉMISCAMINGUE**

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN TRAVAIL SOCIAL

PAR
JEFFERSON SOLON

FÉVRIER 2026

REMERCIEMENTS

Au terme de ce travail de mémoire, je tiens d'abord à rendre grâce à Dieu pour son amour incommensurable m'aidant à transformer mes faiblesses en force imaginative et créative, et mes préoccupations personnelles et familiales en espoir.

Je tiens également à adresser mes sincères remerciements à mes accompagnateurs, deux éminents professeurs de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT), en l'occurrence Augustin Ependa et Oscar Labra, respectivement directeur et co-directeur de ce mémoire. Leur présence encadrante, leurs conseils, leurs encouragements et leurs disponibilités pour la réalisation de ce projet ont été d'une grande aide. Le mérite d'un mémoire appartient certes au chercheur, mais aussi à ses directeur et co-directeur qui l'encadrent. Dans mon cas, mes directeurs ont été d'un soutien et d'une attention exceptionnels. Il est important de mentionner plus particulièrement la grande contribution du professeur Augustin Ependa qui, grâce à ses compétences abondantes, a réussi à mettre en lumière le côté difficile des statistiques pour un chercheur débutant comme moi.

Un merci tout particulier à ma femme, Sabine, pour son amour et ses encouragements qui m'ont permis de persévérer malgré vents et marées.

Un merci spécial à ma fille Jessa qui m'a permis d'être père et me comble d'un grand bonheur.

Un merci du fond du cœur à ma mère et mon père qui, malgré leur décès, ne cessent d'être une source d'inspiration pour moi par leur combativité antérieure et leur amour envers leur fils.

Enfin, merci à toute autre personne qui, de près ou de loin, a participé à la réalisation de ce travail.

DÉDICACE

*À ma femme et ma fille qui m'ont fait découvrir en moi ce que parfois
j'oublie : la force de continuer.*

*À vous, maman et papa qui avez fait la traversée, mais qui
me soutenez et veillez sur moi.*

À moi qui n'ai pas choisi d'abandonner.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENT	ii
DÉDICACE.....	iii
TABLE DES MATIÈRES	iv
LISTE DES FIGURES	vi
LISTE DES TABLEAUX.....	vii
LISTE DES ABBRÉVIATIONS, DES SIGLES, ET DES ACCRONYMES.....	ix
SOMMAIRE	x
ABSTRACT	xi
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE	3
1.1. Formulation du problème	3
1.2. Objectif et question de recherche	5
CHAPITRE 2 ÉTAT DES CONNAISSANCES, PARADIGME ET CADRE THÉORIQUE	6
2.1. Définitions des principaux concepts	6
2.1.1. Le concept de détresse psychologique	7
2.1.2. Le concept d'anxiété	7
2.1.3. Le concept de résilience	8
2.1.4. Le concept de confinement	8
2.1.4. Le concept de santé mentale	9
2.2. État des connaissances sur les concepts clés	10
2.2.1 Portrait de la santé mentale en général	10
2.2.2 La santé mentale des Canadiens et des étudiants québécois durant le confinement	11
2.2.3 La détresse psychologique chez les étudiants universitaires	13
2.2.4 L'anxiété chez les étudiants universitaires	15
2.2.5 La résilience chez les étudiants universitaires	16
2.2.6 Pertinence scientifique et sociale du sujet	18
2.3. Paradigme et cadre théorique de la recherche	20
CHAPITRE 3 MÉTHODOLOGIE.....	23
3.1. Devis de recherche et justification de sa pertinence	23
3.2. Le contexte de réalisation de l'étude	24
3.3. Population et processus d'échantillonnage	24
3.4. La technique de collecte de données	25
3.5. La stratégie d'analyse de données	26
3.6. Limites et biais de la recherche	27
3.7. Les aspects éthiques de la recherche	28

CHAPITRE 4 RÉSULTATS	30
4.1. Portrait des étudiantes et étudiants échantillonnés sur le plan sociodémographique	31
4.2. Portrait des étudiantes et étudiants au plan de la détresse psychologique pendant le confinement dû à pandémie de COVID_19.....	33
4.3. Portrait des étudiantes et étudiants du point de vue de l'anxiété pendant le confinement dû à pandémie de COVID-19.....	46
4.4. Portrait des étudiantes et étudiants en matière de résilience pendant le confinement dû à pandémie de COVID-19.....	55
CHAPITRE 5 DISCUSSION	67
CONCLUSION	81
LISTE DES RÉFÉRENCES	90
ANNEXES	98

LISTE DES FIGURES

Figure 2.1. Théorie écosystémique	22
Figure 3.1. Situation géographique et entrée principale de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue	29
Figure 4.1. Répartition de la détresse psychologique chez les étudiants de l'UQAT.....	34
Figure 4.2. Distribution du niveau d'anxiété chez les étudiants selon l'inventaire de Beck pendant le confinement dû à la COVID-19 (n=581)	47
Figure 4.3. Tracé Q-Q normal de l'échelle de résilience de Connor et Davidson chez les étudiantes et étudiants de l'UQAT en période de confinement dû à la pandémie de COVID-19	56
Figure 4.4. Carte des liens décrivant l'importance de l'anxiété et de la détresse psychologique dans le niveau de résilience affiché par les participant-e-s durant le confinement dû à la COVID-19.	65

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 3.1. Répartition des étudiants dans l'échantillon par cycles et par programmes d'études	25
Tableau 4.1. Mesures de tendance centrale et de dispersion de la détresse psychologique pendant le confinement dû à la pandémie de la COVID-19 (n=646)	34
Tableau 4.2. Répartition de l'échantillon selon le niveau de détresse psychologique pendant le confinement dû à la COVID-19 (n = 646)	35
Tableau 4.3. Niveau de détresse psychologique pendant le confinement dû à la COVID-19 selon les groupes d'âge des participants (n = 646)	38
Tableau 4.4. Niveau de détresse psychologique pendant le confinement dû à la COVID-19 et le fait d'avoir d'enfants (n=646)	39
Tableau 4.5. Niveau de détresse psychologique pendant le confinement dû à la COVID-19 et le fait d'avoir reçu antérieurement un diagnostic de maladie physique, mentale ou les deux à la fois (n=646)	40
Tableau 4.6. Niveau de détresse psychologique pendant le confinement dû à la COVID-19 et le fait d'avoir reçu antérieurement un diagnostic de maladie invalidante ou non invalidante (n=646)	41
Tableau 4.7. Niveau de détresse psychologique pendant le confinement dû à la COVID-19 et le régime d'études du ou de la participant-e (n=646)	42
Tableau 4.8. Niveau de détresse psychologique pendant le confinement dû à la COVID-19 et la situation socioprofessionnelle du ou de la participant-e (n=646)	44
Tableau 4.9. Niveau de détresse psychologique pendant le confinement dû à la COVID-19 et la classe de revenu du ou de la participant-e-s (n=646)	45
Tableau 4.10. Mesures de tendance centrale et de dispersion de l'anxiété pendant le confinement dû à la pandémie de la COVID-19 (n=581)	46
Tableau 4.11. Catégories de l'inventaire d'anxiété de Beck (BAI) chez les étudiants de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, 2020 (n=581)	48
Tableau 4.12. Niveau d'anxiété pendant le confinement dû à la COVID-19 selon les groupes d'âge des participants (n=581)	49
Tableau 4.13. Niveau d'anxiété pendant le confinement dû à la COVID-19 et le fait d'avoir d'enfants (n=581)	50
Tableau 4.14. Niveau d'anxiété pendant le confinement dû à la COVID-19 et le régime d'études du ou de la participant-e	51
Tableau 4.15. Niveau d'anxiété pendant le confinement dû à la COVID-19 et la situation socioprofessionnelle du ou de la participant-e	52
Tableau 4.16. Niveau d'anxiété pendant le confinement dû à la COVID-19 et la classe de revenu du ou de la participant-e	53
Tableau 4.17. Niveau d'anxiété pendant le confinement dû à la COVID-19 et le fait d'avoir reçu antérieurement un diagnostic de maladie physique, mentale ou les deux à la fois	54
Tableau 4.18. Catégories de l'échelle de résilience de Connor et Davidson (CD-Risk-25) chez les étudiants de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (n=585)	57

Tableau 4.19. Niveau de résilience pendant le confinement dû à la COVID-19 par le groupe d'âge des participants (n=585)	58
Tableau 4.20. Niveau de résilience pendant le confinement dû à la COVID-19 selon la situation matrimoniale des participants (n=585).....	59
Tableau 4.21. Niveau de résilience pendant le confinement dû à la COVID-19 et le fait d'avoir d'enfants (n=581)	60
Tableau 4.22. Niveau de résilience pendant le confinement dû à la COVID-19 et le régime d'études du ou de la participant-e	60
Tableau 4.23 Niveau de résilience pendant le confinement dû à la COVID-19 et la situation socioprofessionnelle du ou de la participant-e	61
Tableau 4.24. Niveau de résilience pendant le confinement dû à la COVID-19 et la classe de revenu du ou de la participant-e	62
Tableau 4.25. Niveau de résilience pendant le confinement dû à la COVID-19 et le fait d'avoir reçu antérieurement un diagnostic de maladie physique, mentale ou les deux à la fois	63
Tableau 4.26. Portraits des sous-échantillons du niveau de résilience construit en fonction du niveau de la détresse psychologique et de l'anxiété des étudiants pendant le confinement	64

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

ASPC :	Agence de la santé publique du Canada
BAI :	Inventaire d'anxiété de Beck
BECK 21 :	Échelle d'anxiété de Beck (à 21 items)
CD-RISC 25 :	Échelle de résilience de Connor et Davidson (à 25 items)
DSM :	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
CÉR :	Comité d'éthique de la recherche
COVID-19 :	Coronavirus Disease 2019
ISQ :	Institut de la Statistique du Québec
K6 :	Échelle de détresse psychologique de Kessler (à 6 items)
OBNL :	Organisme à but non lucratif
OMS :	Organisation mondiale de la Santé
UEQ :	Union étudiante du Québec
UQAT :	Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

SOMMAIRE

Depuis l'apparition de la COVID-19 au Québec, les autorités gouvernementales ont adopté des mesures comme le port de masque, la distanciation sociale, le confinement et autres, afin de restreindre la propagation. Dans le milieu universitaire, des changements ont été aussi observés : cours à distance, projets annulés, incertitude et autres. Tout cela a affecté la santé mentale des étudiants. Entre détresse psychologique, anxiété et autres, ils restent parmi les plus touchés. **Objectifs** : 1) dresser un état des lieux de la santé psychologique (mentale) des étudiants et étudiantes de l'UQAT dans le contexte de confinement dû à la COVID-19. Cet état des lieux concernera plus précisément deux indicateurs de la santé mentale : le niveau de détresse psychologique et celui de l'anxiété. 2) Évaluer le niveau de résilience des étudiants une fois leur état psychologique établi face à la situation anxiogène de la pandémie. **Paradigme de recherche et cadre théorique** : Cette étude adopte une approche écosystémique appelée aussi approche écologique. **Méthodologie** : Recherche quantitative. La collecte de données a été effectuée en mai 2021 auprès des étudiants de l'UQAT au moyen d'un questionnaire en ligne. Celui-ci comportait quatre sections : le K6, visant à estimer la détresse psychologique (Kessler et al., 2002) ; le Beck 21, pour évaluer les symptômes d'anxiété (Beck et al., 1988) ; la version abrégée du CD-RISC (Connor et Davidson, 2003), mesurant la résilience; ainsi qu'une fiche signalétique recueillant diverses informations sociodémographiques telles que l'âge, le sexe, le programme et le cycle d'études, la situation familiale, le statut professionnel et le revenu. Cette recherche adopte une méthode d'analyse descriptive, réalisée en deux temps. 1) Les niveaux de détresse psychologique, d'anxiété et de résilience des étudiants de l'UQAT sont décrits à l'aide de trois échelles validées : la K6 de Kessler (six items), l'inventaire de Beck (21 items) et la CD-RISC 25 de Connor et Davidson, mesurant divers aspects de la résilience (efficacité personnelle, tolérance affective, adaptation au changement, soutien social, etc.). 2) Des analyses statistiques univariées sont menées à l'aide du logiciel SPSS-28, incluant des mesures de tendance centrale, de dispersion et des tableaux croisés. La cohérence interne des instruments a été vérifiée par le coefficient alpha de Cronbach; tous étaient supérieurs à 0,75, indiquant une bonne fidélité et une homogénéité des items. **Résultats** : Les étudiants de moins de 20 ans ont été les plus affectés, avec près de 50% souffrant de détresse psychologique sévère. Les étudiants à temps plein, notamment ceux en création et nouveaux médias, art-thérapie et psychoéducation ont aussi été fortement touchés (près de 40 % en détresse sévère), tandis que ceux en travail social ou en génie étaient moins affectés (environ 30 %). Les étudiants sans emploi ou à temps partiel, et ceux avec un revenu inférieur à 10 000 \$ étant plus vulnérables à l'anxiété modérée à sévère (plus de 50 %). Ceux avec un diagnostic de maladie mentale avant la pandémie étaient trois fois plus susceptibles de souffrir d'anxiété modérée ou sévère. Quant au niveau de résilience, il a été plus fort chez les étudiants ayant des enfants, en couple, ou avec un revenu supérieur à 20 000 \$, ainsi que chez ceux à temps partiel. En revanche, il était plus faible chez ceux ayant un diagnostic de maladie mentale ou de comorbidité. **Conclusion** : Cette étude montre que la détresse psychologique, l'anxiété et la résilience durant le confinement ont été façonnées par des facteurs démographiques, socio-économiques et de santé préexistante.

Mots-clés : Détresse psychologique, anxiété, résilience, confinement, la santé mentale, étudiants, écosystémique.

ABSTRACT

Since the appearance of COVID-19 in Quebec, government authorities have adopted measures such as masks, social distancing, confinement and others, to restrict the spread. In the academic world, changes were also observed: distance learning courses, cancelled projects, uncertainty and more. All this had an impact on students' mental health. Between psychological distress, anxiety and others, they remain among the most affected.

Objectives: 1) To draw up an inventory of the psychological (mental) health of UQAT students in the context of the confinement caused by COVID-19. More specifically, this assessment will focus on two mental health indicators: psychological distress and anxiety.

2) To assess students' level of resilience once their psychological state in the face of the anxiety-inducing situation of the pandemic has been established.

Research paradigm and theoretical framework: This study adopts an ecosystemic approach, also known as an ecological approach.

Methodology: Quantitative research. Data were collected from UQAT students in May 2021 using an online questionnaire. It comprised four sections: the K6, designed to estimate psychological distress (Kessler et al., 2002); the Beck 21, to assess anxiety symptoms (Beck et al., 1988); the abbreviated version of the CD-RISC (Connor and Davidson, 2003), measuring resilience; and a fact sheet collecting various socio-demographic information such as age, gender, program and cycle of study, family situation, professional status and income. This research adopts a descriptive analysis method, carried out in two stages. 1) The levels of psychological distress, anxiety and resilience of UQAT students are described using three validated scales: Kessler's K6 (six items), Beck's Inventory (21 items) and Connor and Davidson's CD-RISC 25, measuring various aspects of resilience (self-efficacy, emotional tolerance, adaptation to change, social support, etc.).

2) Univariate statistical analyses were conducted using SPSS-28 software, including measures of central tendency, dispersion and cross-tabulations. The internal consistency of the instruments was verified by Cronbach's alpha coefficient, all above 0.75, indicating good item fidelity and homogeneity. **Results:** Students under the age of 20 were the most affected, with nearly 50% suffering severe psychological distress. Full-time students, particularly those in creative and new media, art therapy and psychoeducation, were also strongly affected (nearly 40% in severe distress), while those in social work or engineering were less affected (around 30%). Students who were unemployed or part-time, and those with incomes under \$10,000, were more vulnerable to moderate to severe anxiety (over 50%). Those with a pre-pandemic diagnosis of mental illness were three times more likely to suffer from moderate to severe anxiety. Resilience was highest among students with children, those in couples, those with incomes over \$20,000, and those working part-time. On the other hand, it was lower among those with a diagnosis of mental illness or comorbidity. **Conclusion:** This study shows that psychological distress, anxiety and resilience during confinement were shaped by demographic, socio-economic and pre-existing health factors.

Keywords: psychological distress, anxiety, resilience, confinement, mental health, students, ecosystemic

INTRODUCTION

Avec l'arrivée de la pandémie de COVID-19 au Québec en 2020, diverses mesures préventives, dont le confinement, ont notamment été instaurées dans l'objectif de restreindre sa propagation dans la société (ISQ, 2023). Par ailleurs, avec du recul, il nous convient de nous questionner sur l'efficacité des mesures ou des stratégies de lutte contre la COVID-19 mises en place par les autorités gouvernementales et sanitaires ainsi que leurs répercussions sur la santé psychologique des divers groupes sociaux, notamment les étudiants et les étudiantes québécois. Dans l'environnement étudiant, plus précisément dans le milieu universitaire, des changements notables ont été constatés en matière d'organisation et d'enseignement, notamment la mise en place des cours virtuels et à distance à cause du confinement généralisé. Les impacts de la pandémie et des mesures prises ont considérablement influencé le style ou le mode de vie des Québécois en général et des étudiants en particulier. Projets annulés, sentiment d'impuissance, la méconnaissance, la mise à l'écart, le stress, l'anxiété, la détresse psychologique et autres, nous sommes d'avis que les étudiants font partie des catégories sociales les plus exposées à des problèmes de santé mentale alors que les décideurs semblent souvent les reléguer au second plan dans les prises de décisions, etc. Ce sont tous des facteurs alimentant des problèmes de santé mentale (Bergheul et *al.*, 2020).

Ce mémoire s'intéresse ainsi au portrait des étudiants de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT) en matière de santé mentale, plus précisément en ce qui concerne la détresse psychologique, l'anxiété et leur capacité de résilience dans le contexte de confinement dû à la pandémie de la COVID-19. Le fait que ce sujet reste intrinsèquement lié à la société québécoise et suscite beaucoup de débats nous permet, en effet, d'apporter notre contribution à la mise en place de meilleures approches d'interventions en contexte de pandémie ou lors d'autres crises similaires, de contribuer à des débats de société et d'avoir un impact sur la société via la production des connaissances. C'est aussi un sujet qui nous tient à cœur pour avoir été nous-mêmes soumis aux mesures de confinement et témoin des souffrances qu'elles ont pu causer.

En somme, ce mémoire est composé de cinq chapitres, dont le premier présente la problématique de cette étude. Ensuite, nous abordons la question de recherche ainsi que l'objectif qui ont orienté notre étude.

Le deuxième chapitre, qui est lié au cadre théorique du sujet, présentera une revue de la littérature portant sur les concepts clés. En d'autres termes, nous présentons la définition des concepts de détresse psychologique, d'anxiété, de résilience, de confinement et de santé mentale ; un état des connaissances sur les concepts clés, c'est-à-dire le portrait dressé par d'autres chercheurs sur la santé mentale estudiantine en lien à la détresse psychologique, l'anxiété et la résilience chez les étudiants universitaires ; ensuite, nous présentons la pertinence scientifique et sociale du sujet ; et, enfin, nous présentons le cadre théorique de la recherche.

Dans le troisième chapitre, nous détaillons la méthodologie qui structure notre approche scientifique. Nous y expliquons le type de devis de recherche utilisé, le terrain de l'étude, la manière dont les échantillons ont été recrutés, les techniques utilisées pour collecter les données, la stratégie utilisée pour analyser les données tout en présentant les limites, les biais et les aspects éthiques de notre recherche.

Le quatrième chapitre, quant à lui, présente les résultats obtenus à partir de l'analyse des données, alors que le cinquième chapitre porte sur la discussion. Ces deux derniers chapitres nous ont permis d'interpréter et de contextualiser les résultats obtenus tout en les comparant aux résultats des autres études sur des sujets proches du nôtre. Vient enfin la conclusion de ce travail dans laquelle nous avons formulé quelques recommandations visant le bien-être des étudiants, l'intervention et la recherche dans des contextes de grandes crises sociosanitaires.

CHAPITRE 1

PROBLÉMATIQUE

Dans ce chapitre, nous dressons un portrait de la problématique des conséquences du confinement sur la santé mentale des étudiants, plus précisément en matière de détresse psychologique et d'anxiété. En d'autres termes, il sera question de présenter, dans un premier temps, les arguments qui définissent la problématique de cette étude. Ensuite, nous présentons la question et le but qui ont guidé la recherche.

1.1 Formulation du problème étudié

En mars 2020, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a catégorisé l'éclosion de la COVID-19 en pandémie, après l'avoir préalablement désignée comme une urgence de santé publique internationale. Afin de réduire ses contrecoups sur les populations, les autorités politiques et les instances sanitaires du monde entier ont mis en place des mesures à caractère social, économique et politique dans leurs pays respectifs.

Au Canada, des mesures ont été prises « par l'intermédiaire du Plan d'intervention économique du Canada pour riposter à la COVID-19 afin d'appuyer les personnes, les entreprises et les organismes qui sont aux prises avec des difficultés en raison de l'éclosion de la COVID-19. » (Gouvernement du Canada, 2022, p. 1). Divers décrets ont également été adoptés, comme fut le cas de celui visant la réduction du risque d'exposition à la COVID-19 au Canada (gouvernement du Canada, 2022). Parallèlement à la mobilisation à l'échelle canadienne, les différents gouvernements provinciaux et des territoires du Canada ont également mis en place des mesures. À cet effet, plusieurs décrets et arrêtés ministériels ont été édictés par le gouvernement du Québec, comme ce fut le cas de celui du 13 mars 2020 où l'état d'urgence sanitaire sur tout le territoire québécois, la distanciation sociale, la fermeture de plusieurs entreprises, de milieux d'enseignement et autres mesures ont été imposés. Pour renforcer ces mesures, d'autres décrets concernant le renouvellement de l'état d'urgence sanitaire ont été promulgués (gouvernement du Québec, 2020).

Néanmoins, en dépit du souci de protection de la population des autorités gouvernementales du Québec, certaines mesures adoptées, particulièrement l'imposition du confinement, ont suscité de nombreuses interrogations, considérant les répercussions sur la santé mentale de la population en général et chez certaines catégories sociales, dont des étudiants en particulier (Torales et *al.*, 2020).

Au sujet de la réalité spécifique des étudiants, l'Union étudiante du Québec (UEQ, 2021) a rapporté une baisse importante de la motivation et de la performance académique due au confinement. Dans une étude réalisée par Bono, Réil et Hescocx (2020) sur le stress et le bien-être subjectif des étudiants d'une université aux États-Unis, il est mentionné que les incidences de la pandémie sur leur bien-être psychologique sur la situation académique et financière sont importantes. En d'autres termes, la propagation rapide de la pandémie de la COVID-19 et l'application des mesures préventives gouvernementales, telles que la distanciation physique, le port obligatoire des masques faciaux, le télétravail ainsi que l'obligation de suivre des cours en ligne ont provoqué des effets négatifs sur la santé mentale des étudiants qui n'avaient d'autres choix que de s'y adapter (Brown et *al.*, 2021). Dans ce contexte, on s'imagine que les répercussions du confinement lié à la COVID-19 n'ont pas épargné la santé d'étudiants des régions éloignées du Québec, comme l'Abitibi-Témiscamingue qui font déjà face à d'autres défis liés à l'éloignement géographique.

Parallèlement aux éléments précités, bien qu'il existe de la littérature scientifique qui ait mis en évidence les problèmes psychologiques causés par la pandémie sur la population étudiante (Li et *al.*, 2021), les connaissances actuelles demeurent partielles et présentent plusieurs lacunes. En effet, les études existantes portent majoritairement sur des données nationales ou internationales, laissant peu de place à une compréhension contextualisée de la détresse psychologique vécue par les étudiants et les étudiantes au sein d'une université donnée, y compris l'UQAT (Razali et *al.*, 2025). En outre, les rares travaux réalisés se sont concentrés sur les premières phases de la pandémie, ce qui limite la compréhension des effets à moyen et à long terme de ce contexte prolongé sur la santé psychologique étudiante (Allen, Kannangara, et Carson, 2023 ; Russell et *al.*, 2024, Labra et *al.*, 2022). Au plan conceptuel, la notion de détresse psychologique est souvent abordée de manière globale, sans distinction claire entre des manifestations transitoires et des formes plus persistantes

(Feyzbabaie et *al.*, 2025). Enfin, les approches méthodologiques privilégiées demeurent principalement quantitatives, offrant un portrait statistique utile, mais laissant peu de place à l'expression du vécu subjectif des étudiants et des étudiantes (Razali et *al.*, 2025). Ces limites risquent en effet d'entraver la capacité des institutions et autorités universitaires à développer des interventions adaptées aux besoins réels des étudiants et des étudiantes, ce qui souligne la pertinence et la nécessité de notre mémoire de maîtrise.

1.2 Question de recherche et Objectifs

Cette recherche s'articule autour de la question centrale suivante : quel était le niveau de détresse psychologique, d'anxiété et de résilience des étudiants de l'UQAT durant le confinement dû à la COVID-19 ?

Pour y répondre, ce mémoire poursuit deux objectifs spécifiques :

1. Dresser un état des lieux de la santé mentale des étudiants en mesurant précisément deux indicateurs : le niveau de détresse psychologique et le niveau d'anxiété.
2. Évaluer la capacité de résilience de ces étudiants en lien avec leur état psychologique durant cette période pandémique.

CHAPITRE 2

ÉTAT DES CONNAISSANCES, PARADIGME ET CADRE THÉORIQUE

Ce deuxième chapitre consacré à la revue de la littérature comprend trois sections : dans la première section, il s'agira de la définition des concepts clés, à savoir la détresse psychologique, l'anxiété, la résilience, le confinement et la santé mentale au sens des troubles de la santé mentale. À noter que cette dernière englobe, entre autres, les deux premiers concepts ci-dessus (la détresse psychologique, l'anxiété). La deuxième section, quant à elle, dressera l'état des connaissances sur les concepts clés. En d'autres termes, ces deux sections s'appuieront sur de la littérature scientifique pour présenter l'état de santé mentale de la population, plus précisément des étudiants, en insistant sur les répercussions du confinement chez ceux-ci principalement. La troisième section abordera le paradigme et cadre théorique de la recherche.

2.1 Définition des principaux concepts

Cette recherche tourne autour de cinq concepts clés : la détresse psychologique, l'anxiété, la résilience, le confinement et la santé mentale au sens des troubles de la santé mentale. Notons que les troubles de santé mentale englobent, entre autres, les deux premiers concepts ci-dessus (la détresse psychologique et l'anxiété). L'état des connaissances et les définitions sont présentés dans un esprit de synthèse pour ne pas allonger indéfiniment le mémoire.

2.1.1 Le concept de détresse psychologique

Le répertoire des diagnostics et statistiques des troubles mentaux et psychiatriques, intitulé *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*, présente la détresse psychologique comme un ensemble de symptômes et d'expériences personnelles qui sont communément considérés comme troublants, déroutants ou hors de l'ordinaire. D'après Ward, Blanchard et Bolivard (2008), la détresse psychologique est vue comme un état émotionnel négatif résultant d'une exposition prolongée à un ou des stresseurs excessifs de l'environnement. Horwitz (2007), quant à lui, indique que lorsqu'elle perdure et impacte le fonctionnement normal, elle peut être liée à des troubles mentaux, comme les troubles anxieux.

Comparativement aux auteurs précités, Liu et *al.* (2025) soutiennent que la détresse psychologique se réfère à un état de souffrance émotionnelle caractérisé par des symptômes de dépression et d'anxiété, qui peut se manifester sans nécessairement répondre aux critères diagnostiques de troubles mentaux spécifiques, mais peut représenter un indicateur important de la santé mentale chez les étudiants et les étudiantes. Quant à Bottesi et *al.* (2024), ils affirment que la détresse psychologique réfère à une condition caractérisée par la coexistence de symptômes de dépression, d'anxiété et de stress chez les individus exposés à des situations perçues comme stressantes, reflétant ainsi des réactions émotionnelles négatives et perturbées.

Ceci dit, dans ce mémoire, nous retenons la définition de Szücs et *al.* (2025) qui mentionnent que la détresse psychologique est considérée comme un ensemble de symptômes non spécifiques de stress, d'anxiété et de dépression, reflétant une altération de la santé mentale et une incapacité à gérer efficacement les facteurs de stress environnementaux ou personnels. Constatons ici que pratiquement tous les auteurs associent l'anxiété à la détresse psychologique; il convient maintenant de savoir de quoi est-il question lorsqu'on parlera du concept d'anxiété.

2.1.2 Le concept d'anxiété

Dans leur article sur l'anxiété, Paiement et *al.* (2021) la définissent comme une réaction émotionnelle liée à la perception qu'a un individu de ne pas se sentir suffisamment capable

de faire face à une menace. Selon Palazzolo (2019), l'anxiété renvoie à une ou des émotions négatives qui s'expriment par des sentiments subjectifs de malaise et de tension interne. Palazzolo ajoute que les pensées de la personne anxieuse se projettent vers le futur, en imaginant des scénarios particulièrement mauvais.

D'après l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (2016, cité dans Lambert-Samson et Beaumont, 2017), l'anxiété est une réaction normale au stress et peut être bénéfique certaines fois, car elle peut engendrer une motivation accrue, de meilleures performances ou même permettre la survie en présence d'un danger à venir.

Par ailleurs, Hilmerich, Hofmann et Briesemeister (2024), quant à eux, ont conceptualisé l'anxiété comme une réponse émotionnelle et cognitive à des stimuli perçus comme potentiellement menaçants, pouvant affecter le fonctionnement quotidien, les capacités attentionnelles et le bien-être psychologique, notamment dans des contextes de stress prolongé. Considérant toutes les définitions présentées ci-dessus, dans ce mémoire, nous définissons l'anxiété en ces termes : État de grandes inquiétudes lié à un sentiment d'incompétence pour répondre à la présence d'un danger réel ou imaginaire. Comme la détresse psychologique, l'anxiété aussi peut devenir malade. Elle est un facteur de maladie mentale quand elle devient sévère, autrement dit quand elle atteint un score total de 36 sur l'échelle de Beck à 21 items (Beck, Epstein, Brown et Steer, 1988). Plus loin au quatrième chapitre, nous allons recourir à cette échelle pour mesurer le niveau d'anxiété chez les étudiants de l'UQAT durant le confinement dû à la pandémie de la COVID-19.

2.1.3 Le concept de résilience

Une fois les concepts de détresse psychologique et d'anxiété définis, il est nécessaire de les compléter par celui de la résilience sans lequel le mémoire resterait partiel. En effet, Tisseron (2017) rapporte qu'étymologiquement, il est issu du mot latin *resilire*, qui se traduit par délier les effets d'un traumatisme sur soi. Il poursuit en faisant ressortir les deux principaux aspects du concept : le pouvoir de résister et la force de rebondir. La résilience est à la fois la capacité de résister à un traumatisme et celle de se reconstruire après lui. » (Tisseron, 2017, p. 9). Cependant, sur le plan beaucoup plus psychosocial, elle est définie par l'*American Psychological Association* (2025) comme le processus et le

résultat d'une adaptation réussie à des expériences de vie difficiles ou stressantes, notamment par la flexibilité mentale, émotionnelle et comportementale permettant de faire face aux demandes internes et externes

Garcia-Mira (2022), quant à lui, retient que la résilience se rapporte à la capacité d'une personne de rebondir après une expérience d'événement traumatique. Van Breda (2018) la considère comme « les processus multiniveaux dans lesquels les systèmes s'engagent pour obtenir des résultats meilleurs face à l'adversité » (p. 4). Canisius (2021) affirme qu'elle implique tant des facteurs de risque que des facteurs de protection. En effet, si

[les premiers] peuvent être associés aux caractéristiques de l'individu, à son environnement ou à une combinaison des deux facteurs de protection quant à eux se rapportent à des mécanismes individuels permettant de faire face au dérèglement afin de maîtriser ses effets. (Canisius, 2021, p. 38)

D'après Anaut (2006), « La résilience implique l'adaptation face au danger, le développement normal en dépit des risques et le ressaisissement de soi après un traumatisme ». (Anaut, 2006, cité dans Castro, 2020, p. 23). Dans le cadre de ce mémoire, c'est cette dernière définition qui sera retenue. Quid de la résilience des étudiants universitaires de façon générale et plus précisément ceux de l'UQAT ? Nous y reviendrons plus loin au point 4.4.

2.1.4 Le concept de confinement

Au pic de la pandémie de la COVID-19 en 2020-2022, nous avons été presque habitués avec ce mot, dans les médias, dans les milieux d'aide, dans les familles et des collectivités. Il était le maître-mot. Cependant, cette notion qui paraît simple est riche de sens; on en parle surtout comme synonyme d'une mise en quarantaine ou d'un isolement strict dans les hôpitaux, dans les milieux psychiatriques et carcéraux ainsi que dans les milieux agropastoraux.

Dans cet ordre d'idées, Boucher et *al.*, (2021), par exemple, rapportent que « le confinement implique d'éviter les lieux publics, d'éviter de visiter et de recevoir ses proches, ainsi que de respecter l'interdiction de rassemblement y compris à l'extérieur » (p. 2). Évidemment, ces auteurs distinguent le confinement volontaire du confinement

imposé (obligatoire et légal). Hautefeuille (2020) lui, précise que le confinement représente une entrave à la liberté de circulation et de réunion. Dans le cadre de ce travail de recherche, le confinement touchant les étudiants englobera le fait de rester à la maison, le fait de suivre des cours hors classe et de rompre la sociabilité entre pairs.

2.1.5 Le concept de santé mentale

Si autrefois elle était considérée comme une absence de maladie, la santé mentale est aujourd'hui une composante de la santé générale de la personne humaine, c'est-à-dire une partie intégrante de la santé générale et qui participe à la mise en place d'un état de bien-être permettant à une personne de faire face aux obstacles de la vie et de mener une vie favorisant sa participation aux activités de sa communauté et d'être fonctionnelle (gouvernement du Québec, 2022)

Selon Doré et Caron (2017), la santé mentale se réfère à un sentiment de bien-être intégral, la capacité à profiter pleinement de la vie et l'exemption des problèmes de toute sorte. Quant à l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), elle définit la maladie mentale comme étant « des altérations de la pensée, de l'humeur ou du comportement associées à un état de détresse et de dysfonctionnement marqués » (ASPC, 2015, p. 1). En d'autres termes, une fois que la pensée, l'humeur et les comportements sont sains et répondent aux normes sociales, on peut alors parler de bonne santé mentale. Par ailleurs, selon Rivest et Iancu (2019), l'expression santé mentale est utilisée dans le langage courant comme un détour pour faire référence à la maladie mentale. Qu'à cela ne tienne, dans ce travail les deux notions seront utilisées pour traduire une seule et même réalité.

Alors, qu'en est-il de l'état de santé mentale en général et celui des Canadiens, plus précisément des étudiants québécois en particulier ? Sont-ils pour la plupart en bonne santé mentale ou feraient-ils face à des défis en lien à des problèmes de santé mentale dans le contexte de pandémie de la COVID-19 ?

2.2 État des connaissances sur les concepts clés

Des cinq concepts définis précédemment, celui de santé mentale englobe, dans une certaine mesure, les autres concepts. Nous allons donc en présenter l'état des connaissances en insistant sur les effets du confinement chez les étudiants québécois qui constitue la population cible de notre recherche.

2.2.1 Portrait de la santé mentale en général

L'écllosion de la COVID-19 a provoqué des bouleversements dans la vie de tout individu, et ce, à travers le monde (OMS, 2020 ; Cao W et *al.*, 2020 ; El-Hage, 2020 ; Wang, 2019 ; Wu et *al.*, 2021). Le milieu universitaire n'a pas échappé à cette nouvelle réalité qui a poussé les responsables tant gouvernementaux qu'universitaires à prendre des mesures pour en atténuer les retombées (Villeneuve et Dagneau, 2021). El-Hage et *al.* (2020) rapportent que la propagation de la maladie à Coronavirus a provoqué de grands changements dans le secteur de la santé et « mis en quarantaine la moitié de la population planétaire » (p.573). Cao et *al.* (2020) et Labra et *al.* (2021) ont, de leur côté, exprimé leurs inquiétudes en affirmant que la pandémie et les mesures anti-propagation ont généré des problématiques de santé mentale chez les étudiants comme le stress, l'anxiété, la détresse psychologique, la dépression, etc., et ce en raison de fermeture des écoles, des collèges et des universités. Or, le stress et l'anxiété sont des facteurs qui peuvent affecter le bien-être des gens (St-Jean et Tremblay, 2021).

Dans une enquête réalisée par Handberg et *al.* (2021) sur les incidences de la pandémie de la COVID-19 sur la santé biopsychosociale et la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, les résultats démontrent l'ampleur des répercussions délétères sur la santé biopsychosociale et sur la qualité de vie des patients atteints de maladies neuromusculaires. En effet, les résultats de cette enquête montrent que 46% de participants ont présenté des symptômes s'apparentant à l'anxiété et environ 20% mentionnent des symptômes de dépression. Une grande partie d'entre eux ont également constaté une dégradation de leur qualité de vie.

Parallèlement aux conséquences sur les personnes ci-haut mentionnées, d'autres recherches ont montré des résultats plus ou moins similaires soulignant l'effet négatif de la COVID-19 sur la santé mentale chez bon nombre de leurs participants. À titre d'exemple, dans une étude visant à estimer la prévalence des problèmes psychologiques et à identifier les facteurs associés à l'impact psychologique de la COVID-19 dans un contexte de confinement, Ngoc Cong Duong *et al.* (2020) ont sondé 1 385 participants, dont plus d'un tiers, soit 35,9 % (n = 497), ont souffert de détresse psychologique, 23,5 % (n = 325) de dépression, 14,1 % (n = 195) d'anxiété et 22,3 % (n = 309) de stress pendant le confinement.

Pour corroborer les auteurs précités, Wu *et al.* (2021) affirment que la pandémie a amplifié les problèmes de santé mentale de la population mondiale, en particulier les travailleurs de la santé, les patients atteints de maladies chroniques non infectieuses et les personnes mises en quarantaine. Pour sa part, Talbot (2021) souligne aussi l'importance des effets de la COVID-19 sur la santé mentale des personnes et affirme que : « Nos enfants souffrent d'anxiété, nos personnes âgées de démence et les suicides se multiplient à une vitesse déroutante [suite à] l'isolement [dû au] rétrécissement des occasions de relations sociales satisfaisantes » (p.75). El-Hage *et al.* (2020), quant à eux, affirment que plusieurs facteurs accompagnant la pandémie ont contribué à installer un climat anxiogène chez la population, dont le caractère inconnu du virus, sa vitesse de propagation, sa sévérité et autres.

2.2.2 La santé mentale des Canadiens et des étudiants québécois durant le confinement

Selon l'Association canadienne pour la santé mentale (2022), environ deux Canadiens sur dix reçoivent un diagnostic de maladie mentale chaque année. Le rapport de cette association souligne également qu'à partir de 40 ans d'âge, une personne sur deux développe ou recevra un diagnostic de maladie mentale. Selon Statistique Canada (2020), il est avéré que l'extension de la pandémie a eu de fortes conséquences sur la santé mentale des Canadiens, car depuis le début de la pandémie, les Canadiens sont de plus en plus

pessimistes quant à leur santé mentale. En effet, 68% ont déclaré avoir une excellente ou une très bonne santé mentale en 2019 contre 55% en 2020.

Le portrait n'est pas différent chez les jeunes, plus précisément ceux de 15 à 24 ans, parmi lesquels 60 % avaient déclaré être en bonne santé mentale avant la pandémie contre 40% pendant la pandémie, exactement en 2020 (Statistique Canada, 2020, p.3).

Dans le même d'ordre d'idée, dans le rapport sur l'état de la santé mentale au Canada, Lowe et *al.* (2024) avancent que seulement 53,7 % de la population canadienne a déclaré une santé mentale « excellente » ou « très bonne » durant l'année 2024. Et, environ 10 millions de personnes rapportent une santé mentale « passable » ou « mauvaise », soit un taux trois fois plus élevé qu'avant la pandémie. En d'autres termes, ce rapport révèle une crise profonde où la santé mentale des Canadiens s'est dégradée pour atteindre un niveau trois fois inférieur à celui d'avant la pandémie, particulièrement chez les jeunes et les Autochtones.

Au niveau du Québec, le rapport de l'Institut de la statistique du Québec (2021) souligne quant à lui que, depuis l'apparition de la COVID-19 dans la province, 73 % des Québécois de 15 ans et plus affichent des inquiétudes pour la santé d'un proche à risque, 57 % se sont inquiétés pour des proches non à risque et 62 % se sont inquiétés pour leur propre santé. Le même rapport affirme que « les personnes qui ont eu à se placer en quarantaine se sont, en proportion, davantage inquiétées pour leur propre santé (66 %) et pour celle de proches à risque (77 %) » (Institut de la statistique du Québec, 2021, p. 8). Les répercussions psychologiques de la pandémie varient d'une catégorie sociale à l'autre. En d'autres termes, les femmes et les jeunes adultes affichent plus de risques face à l'anxiété et à la dépression. Tandis que les hommes sont plus susceptibles de présenter des idéations suicidaires (gouvernement du Québec, 2022).

Dans ce même ordre d'idée, selon le Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion (2019), les personnes les plus isolées et les plus marginalisées vivant dans une situation socio-économique précaire sont également les plus à risque de faire face à des troubles mentaux, aux abus de substances et à la détresse psychologique. Cette situation, qui était préoccupante avant l'apparition du coronavirus, reste encore alarmante dans le contexte post-COVID. D'après Torres (2023), la COVID-19 provoque d'énormes changements

dans les conditions d'existence des populations. Aussi, l'apparition de la pandémie affecte les différentes catégories sociales de manière inégalitaire, en frappant davantage les femmes, les étudiants, les personnes issues des minorités visibles et les personnes autochtones (Belghith, Ferry, Patros et Tenret, 2020; Guay et *al.*, 2022; Labra et *al.*, 2022).

Les informations précitées sont corroborées par Smith et Judd (2020). Ceux-ci mentionnent que les personnes ayant un statut socio-économique défavorable, occupant un emploi précaire et faisant partie des minorités visibles avec des ressources financières limitées seraient les plus à risque et les plus impuissantes contre les effets de la COVID-19. En effet, dans une recherche réalisée par Wang et *al.*, (2019) pour déterminer les conséquences de la nouvelle pandémie à coronavirus sur des catégories sociales chinoises, il a été mentionné que les étudiants ressentaient un impact psychologique de l'épidémie et qu'ils présentaient des niveaux plus élevés de stress, d'anxiété et de dépression comparativement aux autres acteurs de la société, considérant leur situation financière précaire.

Dans une étude réalisée par Bernet et *al.*, (2022), à travers un sondage en ligne, auprès d'un échantillon d'étudiants de six établissements du réseau de l'Université de Québec, sur les conséquences et les enjeux liés à la pandémie, surtout en ce qui a trait à leur vie quotidienne et leurs relations avec leurs proches ; à leurs conditions de vie et leur état de santé et de bien-être; sur 413 participants, 394 d'entre eux ont été d'accord avec l'affirmation que les étudiants ayant un handicap, ceux ayant au moins un enfant à charge et ceux issus de l'immigration se perçoivent comme les plus à risque que leurs collègues étudiants ne se trouvant pas dans l'une des trois catégories précitées. En d'autres termes, la précarité de leur condition de vie, les soucis du quotidien ainsi que la diminution des liens sociaux due au confinement sont tous des éléments provoquant des troubles de santé mentale chez les étudiants (Bernet et *al.*, 2022). Arnault (2021) a aussi constaté un lien de causalité entre la fragilité de la santé mentale des étudiants et l'isolement social freinant la vie sociale. Ces auteurs mentionnent un certain manque de prise en compte du lien social dans la gestion de la pandémie : « Le lien social, en effet, semble bien être le maillon manquant dans la gestion de cette crise » (p. 115). Ce manque serait la cause de la fragilité de la santé mentale de la catégorie sociale que représentent les étudiants. Selon Matias, Popovic et Lebel

(2021), l'occurrence de la pandémie précarise de plus en plus les étudiants tant au niveau de l'emploi, du logement et augmente les difficultés financières.

2.2.3 La détresse psychologique chez les étudiants universitaires

La détresse psychologique fait partie des sujets qui provoquent de grandes inquiétudes dans le milieu universitaire. Les recherches réalisées dans le contexte post-COVID sont une preuve d'une préoccupation grandissante par rapport à cette problématique (Hamel et *al.*, 2021; Labra et *al.*, 2021; Bernet et *al.*, 2022; Turgeon, 2023). Par exemple, Hamel et *al.* (2021) soutiennent que la détresse psychologique se manifeste couramment chez les étudiants universitaires.

Dans une enquête réalisée par l'Observatoire sur la santé mentale étudiante en enseignement supérieur (OSMÉES, 2025), il est révélé qu'en 2025, près d'un étudiant québécois sur deux présente des symptômes d'anxiété ou de dépression, un niveau de détresse nettement supérieur à celui de la population générale.

Ce constat alarmant sur la dégradation du bien-être étudiant peut s'expliquer par une menace constante pesant sur leurs acquis personnels. Dans cette perspective, en mobilisant la théorie de conservation des ressources stipulant que tous les efforts des individus en société convergent vers la sauvegarde des deux types de ressources qui sont les leurs : 1) les ressources fondamentales valorisées comme le mariage, la santé, l'emploi, etc. ; 2) les ressources visant les avantages fondamentaux, comme l'argent et la reconnaissance ; Labra et *al.*, (2021) soulignent que, dans un contexte de confinement obligatoire, relatif à la gestion gouvernementale de la COVID-19, les étudiants ont subi la perte de certaines de leurs ressources comme l'emploi, les liens sociaux, etc., ce qui a provoqué des réactions mentales ou physiques dans la population étudiante. Parlant de relation humaine, Piché (2020) rapporte également l'importance du présentiel dans la construction des échanges pédagogiques nécessaires au bon sens, à la cohérence et à la lutte contre la détresse psychologique dans un contexte d'apprentissage.

Selon Cao et *al.* (2020), la célérité de sa propagation rapide et les mesures gouvernementales pour y faire face, la COVID-19 entraîne non seulement le risque de décès par infection, mais provoque également une pression psychologique insupportable. En effet, pour présenter l'ampleur des effets de la pandémie sur la santé mentale des étudiants universitaires en contexte de quarantaine, dans l'étude réalisée par Labra et *al.*, (2021), les résultats ont montré que 35,9% des étudiants présentent des symptômes de détresse psychologique légère, 41,5% présentent une détresse psychologique modérée et 22,6% affichent une détresse psychologique sévère nécessitant une intervention urgente.

Dans une enquête menée par Bédard, Bouchard et Roberge (2019) pour dresser un bilan de la santé mentale estudiantine au Québec, à la lumière de divers indicateurs de problème de santé mentale tels que les symptômes dépressifs, l'épuisement émotionnel, la détresse psychologique et les comportements suicidaires, il s'est avéré que 58 % des membres de la communauté universitaire avaient un score supérieur ou égal à 7 sur l'échelle de Kessler, lequel score permet aux auteurs de situer ces personnes au stade élevé de l'échelle de mesure de la détresse psychologique (qui varie de 0-24) évaluant la fréquence des émotions négatives d'une personne.

2.2.4 L'anxiété chez les étudiants universitaires

Andersen et *al.* (2021) démontrent l'existence d'une forte colinéarité entre les symptômes d'anxiété/dépression mesurés dans les années qui ont précédé le confinement et la moyenne des symptômes dans la population étudiée pendant le confinement. De plus, ces auteurs ont constaté que les femmes, les personnes à faible revenu et celles qui ont déclaré être seules étaient plus susceptibles de ressentir des symptômes d'anxiété/de dépression pendant le confinement. En outre, les résultats obtenus par Andersen et *al.* suggèrent que les symptômes d'anxiété/dépression ont persisté pendant la pandémie de COVID-19, en particulier au moment du confinement au printemps 2020. En effet, le contexte de la pandémie de la COVID-19 a provoqué chez plusieurs étudiants et étudiantes de la peur, de l'anxiété, un manque d'intérêt pour l'apprentissage, car le mécanisme cognitif et émotionnel, essentiel à la persévérance universitaire, a été affecté (Pudelko, 2020). Aussi, pour Bu, Steptoe et Fancourt (2020), l'apprentissage à distance imposé dans le contexte de

la COVID-19 provoquerait des niveaux élevés de stress, d'isolement et d'anxiété chez les étudiants. Pour Cohen et al. (2020) et Lawrence et al. (2021, cités dans Labra et al., 2022), « le passage au virtuel s'est clairement révélé une source d'anxiété [pour les étudiants universitaires] » (p. 11). Et la personne anxieuse peut présenter différents symptômes physiques et psychologiques accompagnant son état : fatigue, trouble du sommeil, maux de tête, étourdissement, nausées, diarrhée ou inconfort abdominal, fortes palpitations cardiaques, sentiment de perte de contrôle, sentiment d'inquiétude, peur de mourir et autres (gouvernement du Québec, 2019).

2.2.5 La résilience chez les étudiants universitaires

Pour Bono, Réil et Hescox (2020), les impacts de la pandémie sont certes considérables, mais ils peuvent être contrôlés par la pensée positive et la résilience, parce que cette dernière contribue à protéger les individus. Quant à Vinkers et al. (2020), ils estiment que la résilience est essentielle pour faire face au stress et vitale pour rester en équilibre. De ce fait, les auteurs prodiguent un ensemble de conseils visant à limiter le choc de la COVID-19 sur la santé mentale et renforcer la résilience des personnes. Ils proposent, dans un premier temps, l'importance de la promotion des liens sociaux et de réduire au maximum la solitude et l'isolement. Ensuite, ils priorisent la mise en place de routine quotidienne favorisant de bonnes habitudes de vie ainsi que la promotion de soins personnels adéquats et une bonne nutrition (Vincker et al., 2020).

Selon Brandon et Kunz (2022), il y a deux possibilités qui s'offrent aux individus face à des situations éprouvantes : une grande capacité d'adaptation ou, à l'inverse, une grande perméabilité provoquant des problèmes de santé mentale. Cela démontre une relation de causalité entre leur niveau de bien-être et leur positionnement dans l'une ou l'autre des deux possibilités. Ainsi, après avoir défini la résilience comme étant une réponse positive au stress dans laquelle l'individu connaît une croissance et un développement malgré les défis, Abram et Jacobowitz (2020) avancent, dans une recherche visant à étudier la résilience et l'épuisement chez des étudiants et chez des professionnels en santé dans une approche corrélationnelle, qu'en plus des exigences académiques telles que les devoirs, les examens et les relations interpersonnelles, l'apparition de la COVID-19 et certaines des

mesures prises par les autorités pour y faire face sont aussi des sources de stress très significatives tant chez les étudiants en santé que chez les professionnels. D'où l'importance de la résilience pour minimiser l'impact des environnements pénibles ou nocifs afin d'améliorer la capacité de l'individu à s'épanouir dans des contextes anxiogènes et stressants, tout en montrant l'importance de l'expérience de vie dans le développement de la résilience. Dans une étude menée par Castro et *al.*, (2022) sur la résilience des étudiants universitaires de l'UQAT, à l'aide de l'échelle de résilience Connor-Davidson à 25 items (CD-RISC 25), les auteurs ont évalué le niveau de résilience des étudiants de l'UQAT, tout en prenant en considération les caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée. Les scores obtenus allaient de 11 à 99 (sur une échelle possible de 0 à 100). Les résultats ont montré une distribution approximativement normale des niveaux de résilience dans l'échantillon ($n = 621$) d'étudiants, dont 68% affichaient un score de résilience compris entre 51 et 81; avec un score de résilience moyen de 65,9 (écart-type de 15,3). Leur score médian de résilience était de 66,6 sur l'échelle de Connor et Davidson. Toutefois, lorsque les auteurs de cette recherche ont croisé le niveau (score) de résilience avec les caractéristiques sociodémographiques des participants, ils ont trouvé que des niveaux de résilience varient d'une catégorie d'étudiants à une autre.

À titre d'illustration, les étudiants s'identifiant à des « minorités de genre ont un score de résilience moyennement plus faible comparativement à ceux s'identifiant comme homme ou femme (binaire). Aussi, les étudiants issus des minorités visibles présentaient des scores de résilience plus élevés au CD-RISC 25 par rapport aux autres répondants » (Castro et *al.*, 2022, p.193). L'un des éléments explicatifs de cette différence se trouve dans la mobilisation des étudiants appartenant aux minorités visibles à solliciter et à recevoir de l'aide auprès de diverses instances, ce qui compense la perte de certaines ressources comme le réseau de soutien social acquis dans leur pays de provenance (Castro et Leblanc, 2019).

Dans son rapport sur la santé mentale des étudiants, l'OSMÉES (2025) met non seulement en lumière une fragilité persistante de la santé mentale chez les étudiants universitaires, même dans la période postpandémique, mais souligne également l'importance des stratégies d'adaptation individuelles (mode de vie sain, compassion envers soi-même) et du soutien social (entraide entre pairs) comme facteurs de résilience. Ainsi, les étudiants

de 30 ans et plus ainsi que les étudiants-parents affichent des niveaux plus élevés de bonne santé mentale, suggérant une meilleure résilience acquise.

Scott (2023), quant à lui, minimise l'aspect individuel de la résilience pour accorder une importance particulière à l'environnement. Il mentionne que le concept de résilience chez les étudiants universitaires est intrinsèquement lié au soutien social, qui agit comme un levier fondamental pour l'adaptation. Plutôt que d'être une simple capacité individuelle, la résilience est facilitée par un environnement qui favorise la motivation, la construction identitaire et le bien-être psychologique.

À l'issue de cette revue de la littérature, nous constatons que les projets de recherche, menés dans le contexte post-COVID, accordent beaucoup d'importance au renforcement du lien social mis à mal durant la pandémie, ce qui va à l'encontre des mesures gouvernementales qui étaient basées sur la distanciation sociale et l'isolement des personnes contaminées. Le lien social est considéré comme un facteur favorisant la résilience et une bonne santé mentale (Réil et Hescoux, 2020; Brown et *al.*, 2021; Vinkers et *al.*, 2020; Abram et Jacobowitz, 2020). À partir de cette recension des écrits, nous avons fait deux constats en lien avec notre sujet de recherche : 1) Nous avons constaté des imprécisions quant aux données probantes sur des mesures gouvernementales contre la COVID-19 (gouvernement du Canada, 2022) ; 2) En dépit des efforts déployés par les autorités gouvernementales du Québec pour contrer la COVID-19, certaines mesures adoptées ou imposées, comme le confinement obligatoire, ont occasionné de nombreuses conséquences négatives sur la santé mentale de plusieurs catégories sociales, à l'instar des personnes vivant seules, éloignées de leurs familles, celles ayant reçu auparavant un diagnostic de maladie, des étudiants, etc.

En somme, les liens entre les concepts précédemment définis dans le cadre théorique et l'objet de recherche -qui est de parvenir à dresser le portrait de la santé mentale des étudiants en exposant les conséquences directes du confinement lié à la COVID-19- sont les suivants : le concept de santé mentale est utilisé ici pour décrire l'état global d'équilibre des étudiants, lequel a été altéré par les mesures restrictives. Ce portrait se décline en trois indicateurs principaux. D'abord, la détresse psychologique est documentée comme la manifestation générale d'un mal-être induit par l'isolement forcé. Ensuite, l'anxiété est

décrite comme une réaction spécifique et persistante face à l'imprévisibilité du parcours académique en temps de pandémie. Enfin, le concept de résilience permet de compléter ce portrait en décrivant la capacité d'adaptation des étudiants. Ce concept de résilience sert à illustrer comment, malgré le contexte difficile de confinement, certains étudiants ont maintenu un niveau de fonctionnement stable. Ainsi, l'étude lie ces concepts pour représenter fidèlement la réalité vécue, en décrivant comment le choc de la pandémie a redéfini les niveaux de détresse et celui de l'anxiété ainsi que les forces de protection chez les étudiants de l'UQAT.

2.2.6 Pertinence scientifique et sociale du sujet

2.2.6.1 Pertinence scientifique

Que ce soit au Québec ou ailleurs dans le monde, la crise sanitaire engendrée par la COVID-19 et les mesures mises en place par les gouvernements pour la contrer ont touché toutes les couches de la population. Au plan scientifique, ce sujet est pertinent puisque plusieurs chercheurs se sont intéressés à ce virus. Les scientifiques ont été mis à contribution surtout dans la recherche des solutions appropriées : la préparation des vaccins, la prophylaxie de la COVID-19, le traitement des effets directs et des effets secondaires, la préparation des liquides antiseptiques pour stériliser les objets et les mains, la collecte des données dans le cadre des statistiques diffusées par l'autorité de la santé publique, lors des conférences de sensibilisation du public et pour orienter par des conseils les décisions dans le secteur de la santé et des services sociaux, etc. Plusieurs études ont aussi été menées par des centres et chaires de recherche. En effet, des livres, quelques mémoires, des thèses et des articles scientifiques (voir l'état des connaissances) ont été publiés sur les effets de la COVID-19 (Arnault, 2021; Brandon et Kunz, 2022; El-Hage et *al.*, 2020; Gauy et *al.*, 2022 et Holmes et *al.*, 2020). Les résultats de cette recherche pourront servir de complément aux études déjà effectuées sur le sujet et permettront aux chercheurs, comme moi, préoccupés par la santé mentale de la population en générale ou des étudiants en particulier, de s'y appuyer pour renforcer la littérature scientifique et le cadre conceptuel sur les répercussions de la COVID-19 et d'améliorer les stratégies d'intervention. Tout cela prouve que notre sujet de recherche est pertinent sur le plan scientifique.

2.2.6.2 Pertinence sociale du sujet

Un sujet comme le nôtre qui a comme objet d'étudier les effets de la COVID-19, plus précisément en matière de détresse psychologique, d'anxiété et de résilience, devient pertinent socialement, par le fait que la pandémie a mobilisé toute la société. Il n'y pas de familles, groupes, collectivités ou secteurs qui n'ont pas été touchés, de loin ou de près, par cette pandémie (Institut de la Statique du Québec, 2021). Les organismes communautaires, les associations, de même que les organismes à but non lucratif (OBNL) ont été mis à

contribution en se mobilisant pour faire respecter les mesures anti-propagation du Coronavirus. Il y a eu même des marches ressemblant à des mouvements sociaux pour ou contre les mesures de confinement obligatoire, le masque facial en milieu public ou des rassemblements. Tous ces bouillonnements dans la société prouvent que le sujet qui est le nôtre était et est encore très pertinent socialement. La pandémie de la COVID-19 a bouleversé le quotidien des gens et quelques habitudes, tel que le lavage des mains, les embrassades, tousser dans le pli du coude, se tenir à une bonne distance, mettre le masque si l'on tousse, etc. Ils sont devenus des habitudes installées dans la société québécoise et surtout chez les étudiants universitaires, et tout cela à cause de cette pandémie qui a bouleversé les mœurs et les usages.

Au niveau des décideurs politiques et universitaires, on a vu, pendant la pandémie, la complexité liée à la gestion du personnel pendant le confinement; on a dû inventer de nouvelles modalités de travail. Par exemple, le télétravail a pris la place du travail au bureau, l'enseignement en ligne a été instauré à grande vitesse (Lépine Lopez et *al.*, 2023 et Goulet, Thibault et Potvin-Rosselet, 2022). Toutes ces pratiques sont restées dans le quotidien de la population. Les services de l'enseignement et ceux de la santé et des services sociaux sont maintenant mieux outillés et préparés advenant une autre pandémie de ce genre. Du côté des institutions de la santé, il est clair qu'elles ont maintenant une meilleure compréhension des dommages collatéraux d'une pandémie de grande ampleur, notamment en matière de répercussion sur la santé mentale des bénéficiaires. En effet, cette recherche permettra à toute autorité compétente d'être outillée pour une meilleure compréhension des besoins tant sociaux que psychologiques de la population en général et surtout des jeunes, dont les étudiants en particulier pour qui peu d'initiatives de réconfort ont été faites durant le confinement pour garantir leur santé mentale (Hamel et *al.*, 2021).

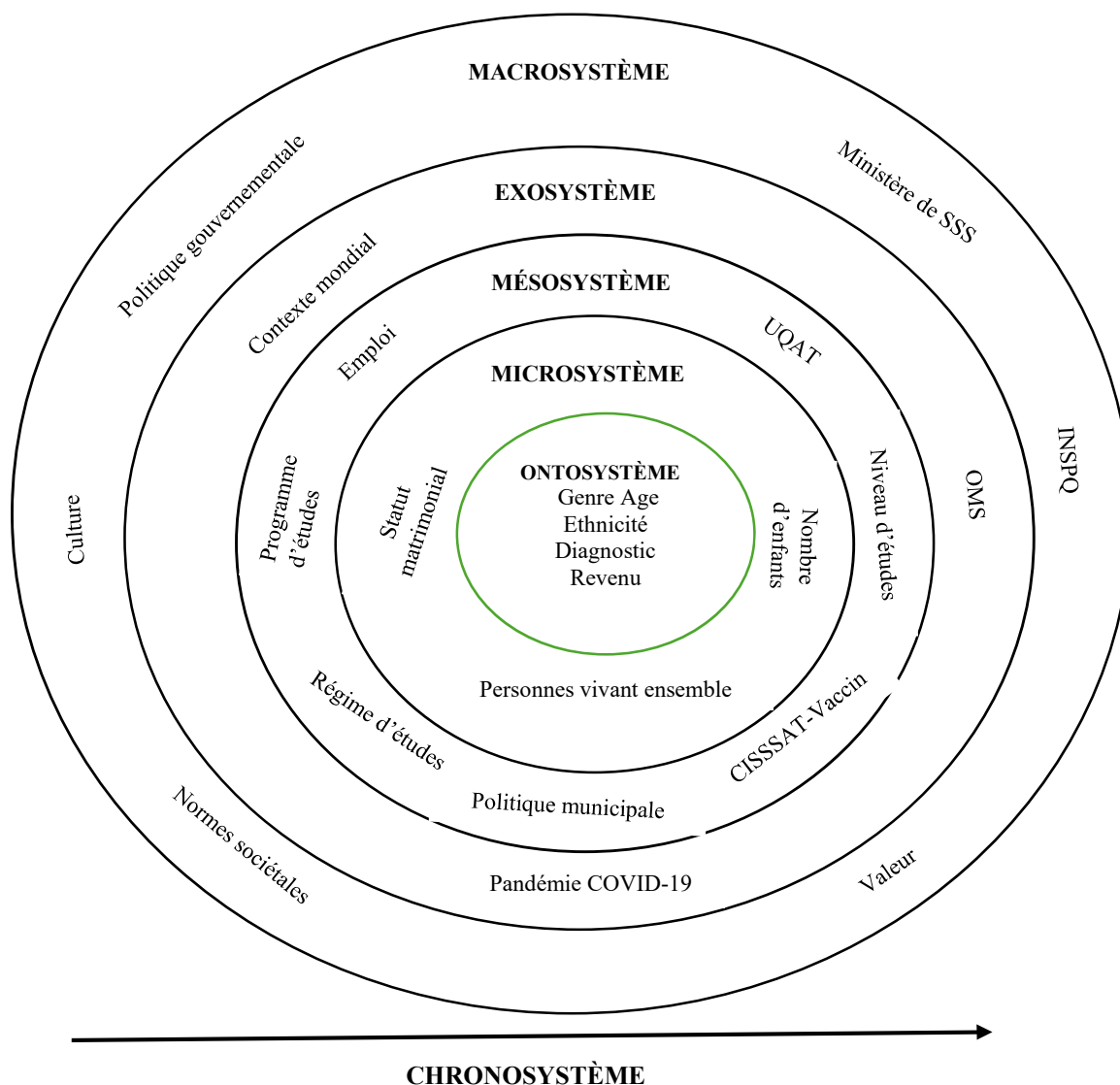
2.3 Paradigme et cadre théorique de recherche

Selon Duquette (1998), un paradigme constitue un cadre disciplinaire qui oriente la tradition d'une communauté scientifique, englobant ainsi la formation, la pratique et la recherche. En d'autres termes, « [c'est] une interprétation de la réalité largement acceptée

dans un domaine particulier, notamment en science. » (Ependa, 2017, p.45). En effet, dans ce mémoire de maîtrise en travail social, le point de vue épistémique priorisé est l'écosystémique. Cette approche écosystémique, appelée aussi approche écologique, fut théorisée par Urie Bronfenbrenner (1979, cité dans Cappé et Boujut, 2016). L'écosystémique considère les individus comme faisant partie des systèmes plus larges (familiaux, communautaires, sociétaux, mondiaux) et examine comment ces systèmes l'influencent (St-Louis, 2016) :

Donc, l'objet d'étude de l'écologie humaine n'est pas seulement l'individu, mais plutôt les relations qui s'établissent entre les multiples systèmes qui composent sa « niche écologique ». Ses comportements doivent donc être étudiés en tenant compte de l'interinfluence des différents systèmes qui composent son environnement et de ses caractéristiques individuelles. Cette niche écologique ou systémique, telle qu'illustrée à la Figure [2.1], est constituée de six différents systèmes imbriqués les uns dans les autres comme une poupée russe (St-Louis, 2016, p. 6)

Les différents sous-systèmes avancés par cette approche et présents dans notre mémoire sont, selon Bronfenbrenner (1993), l'ontosystème qui comprend l'ensemble des caractéristiques personnelles des étudiants; le microsystème se réfère à leur milieu immédiat (famille); le mésosystème se réfère à un environnement constitué par plusieurs lieux où l'étudiant consacre un temps considérable; alors que l'exosystème nous renvoie à l'impact de la COVID-19 à l'échelle mondiale. En d'autres termes, il s'agit d'un phénomène mondial influençant le mode de vie des populations et toutes les couches sociales ; le macro-système fait référence aux lois, décrets, mesures et politiques du gouvernement pour contrer la pandémie de la COVID-19 et, enfin, le chronosystème nous parle de la dimension temporelle. En s'appuyant sur la position des tenants de cette approche, comme le montre la figure 2.1, les composants des différents sous-systèmes de notre étude font référence aux différentes variables sociodémographiques pouvant influencer la santé mentale des étudiants.



Début ou fin des études, naissance, déménagement, diagnostic-COVID-19 ou autres événements

Figure 2.1. Théorie écosystémique

(Source : Inspiré de Bronfenbrenner, 1979)

Dans le cadre de ce mémoire, en nous référant aux données recueillies, l'ontosystème représente l'étudiant et ses caractéristiques personnelles. Il est associé au genre, l'âge, l'ethnicité ou l'appartenance socioculturelle ainsi que la classe de revenu; le microsystème, quant à lui, fait référence dans notre mémoire à l'état matrimonial, le nombre d'enfants de l'étudiant, le nombre de personnes avec qui l'étudiant ou l'étudiante demeure.

Quant au mésosystème, il représente la situation socioprofessionnelle, le niveau de scolarité, le programme d'études et le régime d'études. En ce qui concerne l'exosystème, il se rapporte à l'ensemble des contextes dans lesquels l'étudiant n'est pas directement impliqué, mais impactent son bon fonctionnement. À titre d'illustration : un étudiant peut se retrouver en région lors de l'apparition de la COVID-19, mais se trouve confiné en région en raison des restrictions de circulation sur les routes. Il ne peut donc retourner dans sa ville de résidence où il peut y avoir des membres de sa famille. Le macrosystème de l'étudiant se rapporte à l'environnement général dans lequel évolue le-la participant-e, à savoir la culture, les valeurs et normes sociales, les lois et politiques publiques. Enfin, le chronosystème qui fait référence à la dimension temporelle et changements ou événements survenus chez l'étudiant durant la pandémie. C'est le cas de la date de réception de différentes doses de vaccin, la diplomation, la naissance d'un enfant, la séparation, un diagnostic de COVID-19 ou d'une autre maladie.

En adoptant cette approche écosystémique et en explorant le contexte spécifique de la COVID-19, nous visons à mieux comprendre l'influence des différents sous-systèmes sur la détresse psychologique, l'anxiété et la résilience des étudiants. Nous y reviendrons dans le chapitre sur la méthodologie et celui qui présente les résultats.

CHAPITRE 3

MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre présente les éléments méthodologiques essentiels à la réalisation de la recherche. Ceux-ci ont rapport 1) au devis de la recherche et la justification de sa pertinence; 2) le contexte de réalisation de l'étude; 3) la population et le processus d'échantillonnage; 5) la technique de collecte de données; 6) la stratégie d'analyse de données; 7) les limites et biais de la recherche, de même que les considérations éthiques.

3.1 Devis de recherche et justification de sa pertinence

Nous comptons réaliser une étude quantitative (descriptive), car elle nous paraît plus appropriée et pertinente par rapport à ce mémoire, et ce, pour deux raisons : 1) Les données recueillies et que nous traiterons et analyserons au chapitre suivant sont toutes quantitatives. 2) Le portrait qui sera dressé (détresse psychologique et anxiété) des étudiants de l'UQAT en contexte de COVID-19 et la détermination des scores de résilience de ceux-ci seront obtenus à partir des calculs ou combinaisons statistiques des pointages des items, dont les réponses sont sous forme de l'échelle de Likert et chiffrables après codage. Par conséquent, le recours à un devis mixte ou qualitatif a été écarté. Comme le soulignent Giordano et Jolibert (2016), quand l'on a que des données chiffrées (discrètes, continues, des proportions ou des classes), le traitement et l'analyse quantitative sont l'option adaptée. Elle devient alors très importante dans ce contexte; en ce sens qu'elle permet au chercheur de mesurer des indicateurs de variables ou concepts afin de s'assurer de leur fiabilité et de leur différence vis-à-vis d'autres concepts.

Le choix du devis descriptif est intrinsèquement lié aux deux objectifs de cette recherche, car il permet de saisir la réalité psychologique des étudiants sans la dénaturer par une manipulation expérimentale. Pour répondre au premier objectif, ce devis offre le cadre idéal pour « faire un état des lieux » rigoureux : il autorise l'utilisation d'échelles standardisées permettant de quantifier avec précision les scores de la détresse et de l'anxiété au sein de la population étudiante de l'UQAT durant le confinement. Pour le second

objectif, la flexibilité du devis descriptif permet d'aller au-delà du simple constat en évaluant la résilience comme une réponse adaptative déjà présente. Cette approche demeure la plus pertinente pour documenter systématiquement ces variables et établir des liens statistiques clairs entre l'exposition au stress pandémique, de même que les capacités de rebond des étudiants et des étudiantes, offrant ainsi une base de données factuelle pour orienter les futures interventions en santé mentale.

3.2 Le contexte de réalisation de l'étude

Cette étude se déroule à l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT) et s'intègre à un projet de recherche d'envergure mené entre 2020 et 2021 par l'équipe de Labra et ses collaborateurs. Ce projet visait à documenter la santé mentale des étudiants face à la pandémie à travers trois sondages transversaux successifs : le premier portant sur la détresse psychologique (été 2020), le deuxième s'articulant autour de l'anxiété (automne 2020) et le troisième étant axé sur la résilience (hiver 2021). Tandis que les résultats des deux premières phases ont déjà été diffusés, notre contribution, à titre d'étudiants encadrés, se concentre spécifiquement sur l'analyse et la valorisation des données de l'hiver 2021, lesquelles sont au cœur de nos objectifs de recherche actuels.

3.3 Population et processus d'échantillonnage

L'étape de recrutement des participants a été réalisée par l'équipe des chercheurs Labra, Ependa, Castro et Bergheul. Tous les étudiants inscrits à l'hiver 2021 représentent la population ($N = 4\,616$) de recherche, sans distinction de cycle et du régime d'études. Quant à l'échantillon, il était composé de 654 étudiants et étudiantes volontaires, provenant de tous les cycles et programmes d'études. Pour ce faire, en avril 2021, l'équipe précitée s'était chargée de faire parvenir à tous les étudiants inscrits à la session ci-haut mentionnée une invitation, par l'intermédiaire de leur adresse courriel institutionnelle, à compléter le 3^e sondage intitulé : *La détresse psychologique des étudiants universitaires en contexte de la pandémie – COVID-19 : UQAT, état des lieux*. Un échantillon de convenance ou des

volontaires fut adopté par l'équipe de recherche pour sa praticité liée à la disponibilité et le vouloir des participants (Ependa, 2017).

En d'autres termes, l'échantillon de convenance est choisi en raison des restrictions imposées par les mesures de confinement et de distanciation physique. Elles ont en effet empêché le recrutement en face-à-face et l'accès aux lieux publics. Le recours aux listes de diffusion (échantillonnage de convenance numérique) est donc devenu le seul moyen sécuritaire d'atteindre les participants. Aussi, en période de pandémie, la rapidité de la diffusion de l'information est cruciale pour la santé publique. L'échantillonnage de convenance permet de recueillir des données en quelques jours, contrairement aux méthodes aléatoires qui exigent des bases de sondage complexes et des délais de réponse longs. Le tableau 3.1 donne la répartition de l'échantillon.

Tableau 3.1

Répartition des étudiants dans l'échantillon par cycles et par programmes d'études

Programme/cycle	Certificat ou microprogramme de 1 ^{er} cycle	Baccalauréat	DESS ou autre	Maitrise	Doctorat	Postdoctorat	Non indiqué	Total
Création et nouveaux médias	2	38		6				46
Psychoéducation et art-thérapie		34	4	35				73
Travail social	2	55		7				64
Éducation	29	86	3	3	2			123
Sciences de la gestion	17	60	4	7	1	1		90
Non indiqué	1			1			46	48
Sciences de la santé	20	104	4	17				145
Sciences appliquées	1	11		15	21	2		50
Sur mesure ou autre programme	1	8		4	2			15
Total	73	396	15	95	26	3	46	654

Source : Labra et Ependa, 2021

3.4 La technique de collecte de données

Pour collecter les données sur le niveau de détresse psychologique, d'anxiété et de résilience, la technique d'enquête par questionnaire a été utilisée. En effet, en mai 2021,

tous les étudiants de l'UQAT ont été invités à répondre à un sondage comportant quatre parties : 1) Le sous-questionnaire de Kessler (K6) qui fournit une estimation synthétique de la détresse psychologique des étudiants (Kessler et *al.*, 2002, cité dans Bougie et *al.*, 2016) ;2) Le sous-questionnaire de Beck (Beck 21) sur l'anxiété. Composé de 21 items, il vise à mesurer des symptômes d'anxiété cognitifs et somatiques (Beck, Epstein, Brown et Steer, 1988); 3) Le sous-questionnaire abrégé de Connor et Davidson (2003) à 25 items (*CD-RISC 25*), pour calculer les scores de résilience des étudiants.

Ces 25 items liés à la résilience se regroupent en cinq facteurs : la compétence personnelle, la tolérance des affects, l'acceptation du changement, le sens du contrôle interne et la spiritualité. Chaque item sera évalué sur une échelle de 5 points (0 à 4), les scores les plus élevés reflètent une plus grande résilience (Connor et Davidson 2003). 4) À la fin du questionnaire se trouve une fiche signalétique pour recueillir les données sociodémographiques, notamment l'âge, le sexe, le programme d'études, le cycle d'études, le régime d'études, l'appartenance ethnique, le statut matrimonial, le nombre d'enfants, le nombre de personnes résidant avec eux, les diagnostics de maladie, le statut au travail et le revenu familial.

3.5. La stratégie de traitement des données et d'analyse de résultats

Nous choisissons dans cette recherche l'analyse descriptive comme méthode. Elle se fera à deux niveaux : premièrement, nous dresserons un portrait de la détresse psychologique à l'aide de l'échelle de Kessler (K6) qui comprend six items, avec cinq choix de réponse allant de 0 (jamais) à 4 (toujours). De même, le niveau d'anxiété chez les étudiants de l'UQAT sera décrit en suivant l'échelle de l'inventaire de Beck, basée sur les réponses aux 25 items traduisant des symptômes liés à l'anxiété. Ici aussi, des réponses de type Lickert à 4 points ont été proposées aux participants.

Quant au niveau de résilience, l'échelle de Connor et Davidson (CD-RISK 25) sera utilisée pour calculer et décrire des aspects de résilience comme le sentiment d'efficacité personnelle, la tolérance à l'égard de l'affect négatif, la capacité d'adaptation et d'acceptation à l'égard des changements ainsi que la perception du soutien social reçu.

Deuxièmement, ayant ces indicateurs de la détresse psychologique, de l'anxiété et de la résilience dans l'échantillon cible, des mesures de tendance centrale ainsi que des mesures de dispersion (écart-type, par exemple) seront calculées. Nous présenterons aussi des tableaux croisés pour catégoriser les participants, sans entrer dans une analyse inférentielle en profondeur. Pour ce faire, le logiciel de statistique SPSS-28 est mis à contribution, car il permet un traitement et une analyse quantitative dans une perspective transversale visant essentiellement la présentation d'un portrait au moment précis, celui du confinement de 2020-2021.

C'est aussi avec ce logiciel que nous vérifierons s'il y a une cohérence interne entre les items de nos trois instruments de mesure. Pour cela, il s'est avéré que ces trois instruments ont un indice alpha de Cronbach supérieur à 0,75. On peut donc faire confiance à ces instruments de mesure, leurs items respectifs étant homogènes et ayant mesuré un seul et même construit, c'est-à-dire le vrai score de détresse psychologique, de l'anxiété ou de la résilience dans la population étudiée (étudiants de l'UQAT).

3.6. Limites et biais de la recherche

Pour ce qui est des limites de la recherche, les plus importantes ici sont au nombre de trois. D'abord, le recours à un échantillon non probabiliste ne nous permettra pas d'extrapoler les résultats à d'autres populations présentant les mêmes caractéristiques (Statistique Canada 2021). En effet, les résultats que nous obtenons ne sont pas généralisables, sans une grande prudence, à tous les étudiants du Québec, encore moins à ceux de l'extérieur de la province. Ainsi, les recommandations qui seront faites dans le cadre du mémoire seront limitées dans l'espace. Même si tous les indicateurs sont issus des échelles de mesure ayant fait l'objet de plusieurs tests confirmant leur fidélité et leur validité interne et externe, nos recommandations ne peuvent dépasser le cadre universitaire, puisqu'en plus de la non-représentativité de notre échantillon, nous savons aussi qu'en matière de confinement, il y a eu des variations importantes quant aux mesures adoptées par différents territoires et provinces du Canada et d'autres pays.

Ensuite, l'autre limite de notre recherche est que nous ne considérons que deux indicateurs de l'état de santé mentale chez les étudiants de l'UQAT (la détresse psychologique et l'anxiété), même si d'autres sont répertoriés dans le DSM-5, appris antérieurement dans des cours en travail social. La limite s'explique du fait qu'on ne peut collecter tous les indicateurs dans une seule étude.

Enfin, le premier sondage n'a porté que sur la détresse psychologique (automne), alors que le deuxième sondage a porté sur la détresse psychologique et l'anxiété. Quant au dernier sondage, il a intégré trois volets : la détresse psychologique, l'anxiété et la résilience. Certains étudiants ont eu la possibilité de répondre au questionnaire sur l'anxiété à trois reprises (session d'automne, hiver et celle d'été), à celui sur la détresse psychologique deux fois (hiver et été), mais une seule fois au questionnaire sur la résilience (été). Il y a donc lieu de penser à un effet d'accoutumance, car certains étudiants-participants au dernier sondage -exploité dans ce mémoire- auraient demeuré dans l'échantillon durant une période plus ou moins longue au point de s'habituer aux deux premiers volets du questionnaire.

3.7. Les aspects éthiques de la recherche

Cette recherche est menée dans le respect rigoureux des normes éthiques de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT), sous le couvert de la certification émise par le Comité d'éthique de la recherche le 28 juin 2018 (certification n° 2018-06_Labra, O.). En tant qu'étudiant associé à ce projet, nous nous conformons aux principes fondamentaux de bienfaisance et de justice, en mettant d'abord l'accent sur le consentement libre et éclairé, obtenu au préalable par l'équipe de recherche via une question obligatoire en ouverture du sondage en ligne. La protection des participants est renforcée par une garantie stricte de confidentialité et d'anonymat : aucune donnée nominative ou adresse IP n'a été collectée sur la plateforme SurveyMonkey et l'identification des participants dans la base de données est techniquement impossible. En matière de gestion des données, celles-ci sont sécurisées à la Chaire de recherche stratégique en santé et perspectives autochtones de l'UQAT, avec une interdiction formelle de partage ou de commercialisation. Enfin, pour assurer l'intégrité des résultats, tous les extrants provisoires sont détruits après analyse et la diffusion des

connaissances se limite exclusivement à des statistiques agrégées et globalisantes (mesures de tendance centrale et tableaux croisés) afin d'exclure tout risque de réidentification.



Figure 3.1. Situation géographique et entrée principale de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue.

CHAPITRE 4

RÉSULTATS

Ce chapitre vise à mettre en relation les fondements théoriques présentés précédemment avec les résultats obtenus. Afin de garder le mémoire concis, l'analyse se concentrera exclusivement sur les résultats statistiquement significatifs, c'est-à-dire ceux dont les seuils de signification sont inférieurs à 5% ($p \leq 0,05$).

Soulignons qu'avant de procéder à l'analyse, nous avons nettoyé la base des données, en enlevant les valeurs extrêmes et nous nous sommes préoccupés de celles qui sont manquantes. Quand il y en avait beaucoup (plus de 10 cas manquants sur 100), la variable était exclue du traitement des données. Cette mesure d'exclusion s'appliquait uniquement aux variables sociodémographiques et n'affectait pas nos trois variables dépendantes : la détresse psychologique, l'anxiété et la résilience lors du confinement lié à la COVID-19. Pour ces trois variables, la taille de l'échantillon valide exclura les valeurs manquantes et sera indiquée dans les titres des tableaux. Sauf indication contraire, la source de tous les résultats (chiffres, tableaux et figures), c'est l'enquête par sondage. Pour ce faire, nous avons essentiellement procédé à l'analyse statistique descriptive. D'abord, nous présentons notre échantillon de participants à partir des données sociodémographiques. Ensuite, nous faisons l'analyse descriptive partant de nos trois variables d'intérêt précitées et échantillonnées durant le confinement. Trois questions incluant respectivement les 6, 21 et 25 énoncés ont été posées aux participants. Chaque série d'énoncés traduit respectivement des symptômes de détresse psychologique, d'anxiété ou de la résilience développée par les personnes formant la population à l'étude. Les items ou énoncés en question sont repris dans le questionnaire (annexe B).

C'est avec ces énoncés que Kessler et *al.* (2002), Beck et *al.* (1988) puis Connor et Davidson (2003) ont bâti des indices. Il s'agit de l'indice de détresse psychologique de Kessler (K6), l'inventaire de Beck sur l'anxiété (B21) et le score de la résilience de Connor et Davidson (CD Risk-25), en sommant les scores correspondant aux réponses sur les items ou énoncés. Ces réponses se présentent sous forme d'une échelle de Likert. Du fait que

notre recherche est de type descriptif, dans les pages qui suivent, nous présentons cette analyse descriptive, sur chacun des indices précités, en trois temps : dans un premier temps, les mesures de tendance centrale et dispersion qui ont été calculées. Dans un deuxième temps, une catégorisation des niveaux de détresse psychologique, d'anxiété et de la résilience a été nécessaire pour bien distinguer les situations des participants. Dans un troisième temps, nous avons fait le choix de décrire les participants ou de les distinguer plus finement en matière de détresse psychologique, d'anxiété et de résilience, mais en tenant compte des caractéristiques sociodémographiques, telles que le groupe d'âge, le genre, le statut matrimonial (état civil), le statut socioprofessionnel (emploi), le fait d'avoir d'enfant ou pas, le fait de vivre seul ou avec d'autres personnes, le revenu, le fait d'avoir eu un diagnostic de maladie dans la période qui a précédé le confinement, la perception de la vaccination, etc. Cette dernière façon de faire nous a obligés de sortir un peu de la simple description et d'entrer un peu dans une analyse inférentielle via des tableaux croisés, c'est-à-dire l'analyse de la dépendance (Chi-deux) entre, d'une part, le niveau de détresse psychologique, d'anxiété, de résilience des étudiants et d'autre part, les variables sociodémographiques les caractérisant et ayant un lien significatif statistiquement.

4.1 Portrait des étudiantes et étudiants échantillonnés sur le plan sociodémographique

En ce qui concerne les caractéristiques sociodémographiques de notre échantillon d'étudiants (n=654), les résultats montrent que : la majorité des participants sont du genre féminin (84,5%), ceux du genre masculin représentent 13,7% alors que les personnes se définissant comme étant non binaires (fluide dans le genre, multigenre, genderqueer ou sans aucune identité de genre) représentent seulement 1,8% de l'échantillon.

Par rapport à leurs groupes d'âge et leur statut matrimonial, les étudiants de moins de 20 ans étaient les moins représentés (1%), contre 41,3% de 20-29 ans et 57,8% de 30 ans et plus. La moyenne d'âge de l'ensemble de participants est de 30,7 ans (avec un écart-type $s=6,2$ ans); elle est de 29,9 ans pour les étudiants, de 30,9 ans pour les étudiantes et de 24,7 ans pour les étudiants non binaires.

En ce qui concerne l'état matrimonial et la situation socioprofessionnelle ainsi que le corollaire de cette dernière qui est le revenu ; un participant sur quatre était célibataire, six

sur 10 se trouvaient en couple ou mariés, moins d'une personne sur 10 en couple sans cohabitation ou dans une situation d'union conjugale dissoute (séparation, divorce ou veuvage). 44,3% avaient des enfants ; 1,5% vivaient seul, 57,1% cohabitaient avec une ou deux personnes et 41,4% vivaient ensemble avec trois autres personnes et plus. En matière d'emploi, l'échantillon compte 46,6 % de personnes qui travaillent à temps plein, contre 29,1% qui travaillent à temps partiel (moins de 20 heures par semaine) et 24,3% qui ne travaillent pas. Le revenu moyen de l'ensemble des participants est de 26 710\$ (s=9 553 \$) au moment de l'enquête. Les moyennes selon le genre indiquent que seules les étudiantes ont un revenu annuel moyen un peu au-dessus de la moyenne générale; leur revenu annuel moyen est de 27 471\$, s=8 828\$). Cette moyenne est supérieure à celle des étudiants non binaires (25 000\$, s=3 535\$), dont le revenu moyen est plus que celui des étudiants du genre masculin (22 316\$, s=12 257\$) ayant la plus forte dispersion (variance).

Quatre autres variables sociodémographiques ont retenu notre attention, car elles permettaient de distinguer les étudiants qui ont répondu au sondage : 1) le groupe ethnique ou culturel. À ce sujet, 70% de participants s'identifient comme allochtones ou Caucasiens, 17% comme appartenant à une minorité visible, 8% comme étant d'un groupe ethnique autre, alors que 5 % sont des autochtones ou métis. 2) le niveau d'études. Le régime de celles-ci et le programme suivi à l'UQAT. À propos des études, 71,7% étaient aux études de premier cycle, mais 28,3% suivaient des études supérieures. Au moment de l'enquête, 54,5% suivaient des cours à temps partiel, les autres (45,5%) les faisaient à temps complet. Selon les programmes ou le département, les participants les plus représentés dans l'échantillon appartiennent à 22,1% au département de science de la santé, 18,9% en éducation, 13,7% en gestion, 11,1% en psychoéducation ou art-thérapie et 9,8% en travail social. Un peu plus que 7% en sciences appliquées ou en création et nouveaux médias respectivement. Le reste était inscrit à un programme sur mesure ou n'a pas indiqué le programme suivi. 3) la situation concernant le diagnostic de maladie avant la période du confinement et 4) la position par rapport à la vaccination. Sur ce point, près d'un quart de l'échantillon a affirmé avoir reçu un diagnostic de maladie avant la pandémie, dont 16,3% souffraient déjà d'une maladie mentale, 7% avec une maladie physique (somatique) et 2,3% avec une comorbidité (maladie physique et mentale). À la question de savoir si ces

maladies étaient invalidantes ou pas, 6% des cas affirment que leurs maladies étaient invalidantes (rendant inapte), contre 19% qui s'avéraient être des maladies non invalidantes. Plus loin, nous verrons à quel point ce diagnostic d'avant le confinement a pu exacerber la détresse psychologique et l'anxiété chez les étudiants et étudiantes concernés pendant la période de la COVID-19.

Relativement à l'acceptation de la vaccination, 89,2% des participants avaient reçu au moins une dose du vaccin, alors que 8,2% étaient en attente du vaccin, mais 2,6% refusaient de se faire vacciner, notamment en raison de l'incertitude entourant les effets secondaires des vaccins proposés.

4.2 Portrait des étudiantes et étudiants au plan de la détresse psychologique pendant le confinement dû à la pandémie de COVID-19

En ce qui a trait au niveau de détresse psychologique vécue par les étudiants de l'UQAT durant le confinement, les résultats obtenus à partir de l'échelle de Kessler (K6+, fiable à 0,87) indiquent un score moyen de détresse psychologique de 9,9 ($s=5,1$), sur une échelle de 0 à 24. Le niveau médian étant à 10, ce qui signifie que la moitié des participants ont senti une détresse psychologique de niveau inférieur à 10 et une autre moitié en était à plus de 10.

Tableau 4.1.

Mesures de tendance centrale et de dispersion de la détresse psychologique chez les étudiants de l'UQAT pendant le confinement dû à la pandémie de la COVID-19 (n=646)

Mesures de tendance centrale	Valeurs de K6 dans l'échantillon
Moyenne	9,9
Médiane	10,0
Mode	10,0
Maximum	24,0
Minimum	0,0
Écart-type (s)	5,1
Coefficient de Skewness (asymétrie)	0,3
Coefficient de Kurtosis (aplatissement)	-0,4

Puisque ladite médiane, la moyenne et le mode sont égaux à 10, on peut conclure que le niveau de détresse psychologique dans l'échantillon à l'étude suit une distribution normale. En d'autres mots, la majorité d'étudiants échantillonnés a vécu un niveau de détresse psychologique quasi semblable et proche du niveau moyen. Plus largement, les hypothèses gaussiennes permettent de dire que 95% des scores totaux de détresse psychologique de ces étudiants sont inclus dans un intervalle de confiance équivalant à $9,9 \pm 2*s$ (s : écart-type), soit [0, 20], comme la montre si bien la figure ci-dessous.

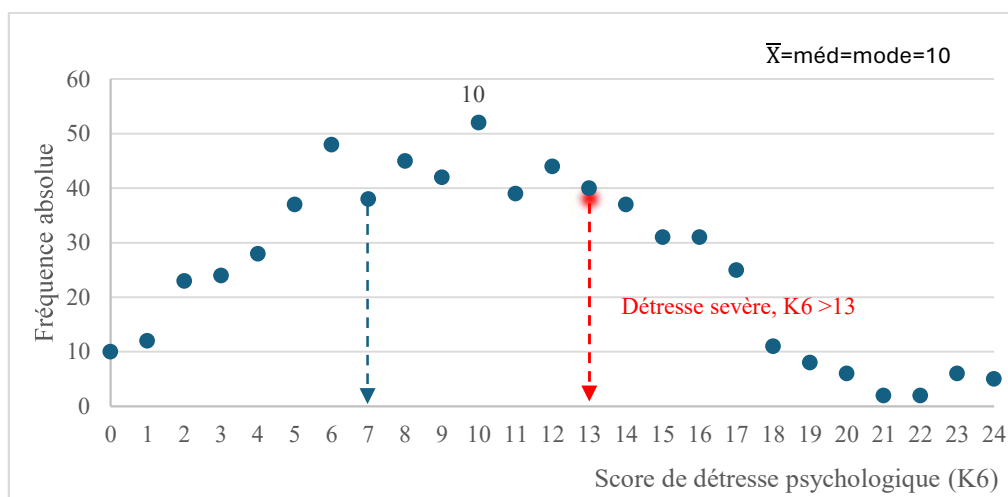


Figure 4.1. Répartition de la détresse psychologique chez les étudiants de l'UQAT, 2022

Sur cette figure se trouve le nuage des points représentant le score total du niveau de la détresse psychologique de chacun des participants durant le confinement dû à la COVID-19. On peut clairement voir que le score modal est 10 (plus grande fréquence). Il correspond aussi aux valeurs médiane et moyenne de la distribution des niveaux de détresse psychologique vécue ou subie par les personnes interrogées. Les points 7 et 13 (indiqués par une flèche) représentent les points d'inflexion de cette courbe et de surcroît, ils limitent les trois classes ou les catégories du niveau de détresse psychologique dans cet échantillon.

Du fait que les données d'échantillonnage suivent une loi normale, nous avons voulu savoir si, dans la population, la détresse psychologique se distribue normalement aussi. Pour ce faire, le test de normalité – pour les gros échantillons – de Kolmogorov-Smirnov a été fait et il est significatif ($K-S = 0,74$ avec une $p\text{-value}=0,001$). Il indique que la distribution du niveau de détresse psychologique dans l'ensemble de la population étudiante de l'UQAT, d'où notre échantillon a été tiré, ne suit pas une loi normale. Autrement dit, dans la population estudiantine de l'UQAT, le niveau de détresse psychologique ressenti était différent d'une personne à une autre durant le confinement dû à la COVID-19. Cela étant, il convient de procéder à une classification (catégorisation de la détresse psychologique chez les participants) pour mieux apercevoir les différences que les mesures de tendance centrale ne permettent pas de déceler.

Tableau 4.2.

Répartition de l'échantillon selon le niveau de détresse psychologique pendant le confinement dû à la COVID-19 ($n = 646$)

Catégorie K_6+	N	%
Détresse légère ne nécessitant pas une intervention (score K_6+ : 0-7)	220	34,1
Détresse modérée indiquant une maladie mentale (score K_6+ : 8-13)	222	34,4
Détresse sévère indiquant une maladie mentale importante (score K_6+ : 14-24)	204	31,5
Total	646	100%

Suivant le tableau ci-dessus, la répartition par catégories indique que pendant le confinement lié à la pandémie du Coronavirus, 34,1% d'étudiants interrogés ont souffert d'une détresse psychologique légère ($K6+ = 0$ à 7) ne nécessitant pas une intervention ; 34,4% ont eu une détresse psychologique modérée ($K6+ = 8$ à 13) indiquant une maladie mentale moins importante qui ne nécessite pas une intervention immédiate; et 31,6% ont connu une détresse psychologique sévère ($K6+ > 13$) traduisant une maladie mentale importante, dont la gravité nécessite une intervention urgente.

Deux constats se dégagent à partir de ces statistiques contenues dans le tableau 4.2 : premièrement, le fait que les scores moyen, médian et modal sont égaux et qu'ils tombent tous dans la catégorie de détresse psychologique modérée (score $K6+ : 8$ à 13) indique qu'une grande proportion de participants a donc vécu le confinement dans une situation de détresse psychologique modérée ou sévère (65,9%). Différentes études recensées arrivent à la conclusion qu'un niveau de détresse psychologique sévère indique -ou du moins entraîne- une maladie mentale grave et préoccupante individuellement et collectivement. Il y a lieu de porter une attention particulière aux cas de détresse psychologique sévère chez les étudiantes et étudiants, sans pour autant négliger les deux autres catégories, dont la gravité peut, bien sûr, évoluer positivement ou négativement.

Deuxièmement, nous constatons que pratiquement le tiers des participants sont dans chacune des trois catégories du niveau de détresse psychologique. Pour nous, les travailleurs sociaux et les autres intervenants sociaux, il serait plus intéressant de connaître les caractéristiques des personnes qui sont en détresse psychologique entraînant des maladies (modérée ou sévère), dans le but de mieux les prendre en charge ou de prévenir ces cas morbides. Ainsi se justifie le troisième niveau de notre analyse descriptive qui fait intervenir la technique des tableaux croisés; d'abord, pour savoir s'il y a des différences ou pas. Nous avons résolu de recourir à cette technique surtout pour arriver à savoir quelles sont les caractéristiques des étudiants (portrait) ayant vécu dans une détresse psychologique malade (modérée ou sévère) et qui sont ceux qui s'en sont bien sortis (détresse légère).

Un tel savoir permettra de mieux cibler l'intervention sociale dans les cas similaires qui se produiraient dans le futur, et ce, en nous basant sur le lien de dépendance, significatif, entre les différents niveaux de détresse psychologique et certains éléments sociodémographiques les distinguant que nous avons pu recueillir auprès de l'échantillon à l'étude.

En d'autres termes, sans déroger du schéma d'analyse descriptive choisie au chapitre portant sur la méthodologie, nous ne faisons pas une analyse inférentielle approfondie ; le recours aux tableaux croisés a essentiellement pour but de mettre en évidence les caractéristiques sociodémographiques des participants qui ont un lien de dépendance significatif avec l'une ou l'autre des trois variables d'intérêt (niveau de détresse psychologique, d'anxiété ou de résilience), afin de ne décrire que celles-là dans ce mémoire. En fait, il serait vain d'allonger le mémoire avec toutes les descriptions en sachant qu'il y en a qui sont sans un lien statistiquement significatif avec nos variables dépendantes.

Pour ce faire, au total 14 variables sociodémographiques ont été prises en compte pour tracer un portrait plus fin de notre échantillon sur le plan de la détresse psychologique vécue, de l'anxiété et de la résilience. Ci-dessous se trouvent les variables caractéristiques prises en compte :

- 1) Le groupe d'âge,
- 2) le genre,
- 3) le groupe socioculturel,
- 4) la situation matrimoniale du ou de la participant-e,
- 5) le fait d'avoir ou pas d'enfants,
- 6) le fait de vivre seul ou avec d'autres personnes,
- 7) le niveau de scolarité,
- 8) le programme d'études,
- 9) le régime d'études,
- 10) la situation socioprofessionnelle,
- 11) la classe de revenu du ou de la participant-e,
- 12) le diagnostic de maladie physique ou mentale avant ou pendant la période de confinement,
- 13) le diagnostic de maladie invalidante ou non invalidante avant ou pendant la période de confinement et
- 14) la position ou la perception du ou de la participant-e quant à se faire vacciner contre la COVID-19.

Nous servant du test de Chi-deux, il s'est avéré que le niveau de détresse psychologique est indépendant par rapport à quatre des 14 variables sociodémographiques en liste, à savoir : le genre du ou de la participant-e, le groupe socioculturel, la situation matrimoniale et le fait d'habiter (vivre) seul ou avec d'autres personnes. Cela veut dire que peu importe leur genre, leur appartenance socioculturelle, état civil, le fait de partager ou pas le ménage avec autrui ; le niveau de détresse psychologique vécu pendant la période du confinement dû à la COVID-19 était semblable chez l'ensemble des étudiants échantillonnés. En revanche, il y a un lien de dépendance significatif entre le niveau de détresse psychologique de nos participants et leur groupe d'âge, le fait d'avoir ou pas d'enfants, le diagnostic de maladie physique, mentale, invalidante ou non invalidante ; la position par rapport à la vaccination, la situation socioprofessionnelle, le niveau de revenu et tout ce qui entoure la scolarité (niveau de scolarité, régime d'études, programme suivi). En d'autres termes, du fait que ces caractéristiques permettent de distinguer les participants, elles permettent de faire leur portrait en matière de détresse psychologique durant le confinement. Les tableaux croisés qui suivent font allusion à ces variables en lien avec la détresse psychologique.

Tableau 4.3

Niveau de détresse psychologique pendant le confinement dû la COVID-19 selon les groupes d'âge des participants (n = 646)

[illegible]

Chi-deux=25,9 (p-value =0,001)

Le résultat présenté dans le tableau 4.3 montre que les étudiants plus jeunes (moins de 30 ans) ont vécu la période de confinement avec plus de détresse psychologique sévère, et ce, dans 40 à 50% de cas. Tandis que la proportion de la détresse sévère ne dépasse pas les 30% chez ceux qui ont 30 ans et plus. Il semble donc que plus l'étudiant est jeune, plus sa détresse psychologique pendant le confinement dû à la COVID-19 a été sévère. On peut voir cela chez les étudiants de moins de 20 ans, dont la moitié était en détresse psychologique sévère, donc malade. Alors que chez les 35 ans et plus, ils ne sont que 22% dans cette situation.

Tableau 4.4

Niveau de détresse psychologique pendant le confinement dû la COVID-19 et le fait d'avoir des enfants (n=646)

Niveau de détresse psychologique de participant-e-s (Catégorie K ₆ +))	Le fait d'avoir ou pas d'enfants (parentalité)			
	Sans enfant	Un ou deux enfants	Trois enfants ou plus	Total
Détresse légère ne nécessitant pas une intervention (score K ₆ + : 0-7)	29,2%	39,7%	50,0%	34,6%
Détresse modérée indiquant une maladie mentale (score K ₆ + : 8-13)	34,0%	34,8%	31,5%	34,0%
Détresse sévère indiquant une maladie mentale importante (score K ₆ + : 14-24)	36,7%	25,5%	18,5%	31,4%
Total	100%	100%	100%	100%

Chi-deux=15,9 (p-value =0,003)

Selon les résultats présentés dans ce tableau ci-dessus, la moitié des étudiants ayant 3 enfants ou plus, quatre sur 10 de ceux qui ont un ou 2 enfants, présentent une détresse psychologique légère. Près d'un tiers dans chaque catégorie de la parentalité a traversé la période de confinement dans une détresse modérée, mais dans la catégorie des personnes ayant vécu une détresse psychologique sévère, donc malade, on y trouve deux fois plus de personnes sans enfants que celles qui ont 3 enfants et plus. On peut induire que plus le participant ou la participante a d'enfants, plus son niveau de détresse psychologique diminue. Or, logiquement, on s'attendrait à un effet contraire, c'est-à-dire que la présence

d'enfants peut être un facteur multiplicateur de la détresse psychologique; toutefois, avec les données recueillies, on y perçoit le contraire.

Si l'on combine cette information avec le fait que ni le statut matrimonial ni le fait d'habiter seul ou avec d'autres personnes pendant la pandémie ne discriminent pas les participants, on peut se permettre de dire qu'en matière de détresse psychologique, les participants ont eu le réflexe de se dire qu'un parent ne devrait pas stresser ni paniquer davantage devant ses enfants. La question qui en découle serait de savoir s'il s'agissait d'un rebond de la résilience ou si c'était seulement une adaptation au contexte. On y reviendra plus loin au point 4.3 sur la résilience quand on a des enfants.

Tableau 4.5

Niveau de détresse psychologique pendant le confinement dû la COVID-19 et le fait d'avoir reçu antérieurement un diagnostic de maladie physique, mentale ou les deux à la fois (n=646)

Niveau de détresse psychologique de participant-e-s (Catégorie K ₆ +)	Diagnostic en matière de santé avant ou pendant le confinement					Total
	Maladie psychologique (mentale)	Maladie physique (somatique)	Comorbidité (physique et mentale)	Sans maladie	Sans réponse	
Détresse légère ne nécessitant pas une intervention (score K ₆ + : 0-7)	17,9%	24,4%	26,7%	0,0%	39,2%	34,1%
Détresse modérée indiquant une maladie mentale (score K ₆ + : 8-13)	33,0%	44,4%	20,0%	66,7%	33,8%	34,4%
Détresse sévère indiquant une maladie mentale importante (score K ₆ + : 14-24)	49,1%	31,1%	53,3%	33,3%	27,0%	31,6%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Chi-deux=35,2 (p-value = 0,001)

Le constat qui se dégage de ce résultat est que l'on compte plus de personnes ayant traversé la période de confinement dans une détresse psychologique sévère parmi celles qui avaient

déjà un diagnostic de maladie; et ce surtout chez les personnes ayant une comorbidité (53,3%), suivies par celles qui avaient un diagnostic d'une maladie mentale (49,1%).

Quant aux personnes sans diagnostic de maladie, plus de deux tiers (66,7%) étaient en détresse psychologique modérée. Dans cette même catégorie (détresse modérée) se retrouvent aussi 44,4% de ceux ayant reçu un diagnostic de maladie physique avant l'entrée en vigueur du confinement. La conclusion est que la maladie mentale a été un facteur qui a accru la détresse psychologique chez les participants qui avait déjà ce diagnostic en entrant dans la période de confinement. Toutefois, sans un seul diagnostic de maladie et avec un diagnostic de maladie physique, la détresse psychologique a concerné au moins un tiers de notre échantillon. On peut penser que c'était le cas dans toute la population estudiantine présentant les caractéristiques de notre échantillon. Sans en dresser une liste, nous avons distingué les maladies invalidantes (celles qui entraînent une ou des incapacités) et non invalidantes pour savoir si leur diagnostic a fait qu'un étudiant ou une étudiante soit plus en détresse qu'un autre.

Tableau 4.6

Niveau de détresse psychologique pendant le confinement dû la COVID-19 et le fait d'avoir reçu antérieurement un diagnostic de maladie invalidante ou non invalidante (n=646)

Niveau de détresse psychologique de participant-e-s (Catégorie K ₆ +)	Diagnostic de maladie invalidante pendant le confinement				
	Maladie invalidante	Maladie non invalidante	Sans objet	Sans réponse	Total
Détresse légère ne nécessitant pas une intervention (score K ₆ + : 0-7)	15,4%	21,4%	12,5%	39,4%	34,1%
Détresse modérée indiquant une maladie mentale (score K ₆ + : 8-13)	33,3%	36,5%	50,0%	33,3%	34,1%
Détresse sévère indiquant une maladie mentale importante (score K ₆ + : 14-24)	51,3%	42,1%	37,5%	27,3%	31,8%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Chi-deux=27,79 (p-value = 0,001)

Comme on pouvait s'y attendre, c'est parmi les personnes étudiantes qui avaient un diagnostic de maladie invalidante qu'on retrouve une forte proportion (51,3%) de détresse psychologique sévère. Chez les personnes avec une maladie non invalidante, la proportion de la détresse psychologique sévère s'élève à 42,1%. Dans l'avant-dernière ligne du tableau 4.6, on voit qu'il y a un écart de près de 10 à 15 points de pourcentage entre les personnes avec une maladie invalidante, celles avec une maladie non invalidante et les participants non diagnostiqués avec une maladie invalidante. Chez ces derniers, la détresse psychologique sévère ne touche que 37,5%, alors que 50% ont souffert d'une détresse psychologique modérée.

Quant aux personnes ayant vécu dans une détresse psychologique légère, la proportion de celles avec un diagnostic de maladie non invalidante (21,4%) surclasse un peu celle des personnes avec une maladie invalidante (15,4%), car ces dernières sont plus représentées dans la catégorie de détresse psychologique sévère décrite ci-dessus. En conclusion, cette distribution des fréquences suggère qu'un diagnostic de maladie invalidante, avant la période de confinement, avait aggravé la détresse psychologique pendant la pandémie.

Tableau 4.7

Niveau de détresse psychologique pendant le confinement dû la COVID-19 et le régime d'études du ou de la participant-e (n=646)

Niveau de détresse psychologique de participant-e-s (Catégorie K ₆ +)	Régime d'études		
	Temps plein	Temps partiel	Total
Détresse légère ne nécessitant pas une intervention (score K ₆ + : 0-7)	27,1%	41,7%	35,0%
Détresse modérée indiquant une maladie mentale (score K ₆ + : 8-13)	33,0%	35,8%	34,5%
Détresse sévère indiquant une maladie mentale importante (score K ₆ + : 14-24)	39,9%	22,5%	30,5%
Total	100%	100%	100%

Chi-deux=24,03 (p-value = 0,001)

La répartition de la détresse psychologique selon le régime d'études des participants indique que les étudiants à temps plein ont proportionnellement connu deux fois plus une détresse psychologique que leurs homologues à temps partiel. En effet, pratiquement quatre étudiants sur 10 qui sont à temps plein, contre deux sur 10 à temps partiel ont traversé la période de confinement en détresse psychologique sévère. La proportion s'inverse quand on examine le niveau de détresse psychologique légère. Toutefois, au niveau de détresse psychologique modérée, force est de constater que les proportions sont très proches dans les deux catégories d'étudiants (à temps plein et à temps partiel). Ceci nous amène à la question de savoir dans quel programme d'études le niveau de détresse psychologique sévère a été plus présent pendant le confinement.

En réponse à cette question, le résultat révèle que près de 40% d'étudiants de quatre programmes de l'UQAT (création et nouveaux médias, art-thérapie, psychoéducation et sur mesure) affichent une détresse psychologique sévère. Ceux qui sont inscrits en travail social ou en génie ont été en détresse psychologique sévère dans près de 30% des cas. Chez les étudiants des autres départements de l'UQAT restants (sciences de l'éducation, sciences de gestion et sciences de la santé), la proportion de la détresse psychologique sévère ne dépasse pas le 25%. Ce résultat donne l'impression qu'il y aurait des programmes universitaires moins exigeants ou qui prépareraient davantage leurs étudiants aux situations stressantes à l'UQAT. Il faudra approfondir la question sur cette différence dans une autre étude, dont l'hypothèse serait que chez les étudiants, le niveau de détresse psychologique varie selon le programme suivi.

Tableau 4.8

Niveau de détresse psychologique pendant le confinement dû la COVID-19 et la situation socioprofessionnelle du ou de la participant-e (n=646)

Niveau de détresse psychologique de participant-e-s (Catégorie K ₆ +)	Situation socioprofessionnelle			
	Travail à temps plein	Travail à temps partiel	Ne travaille pas	Total
Détresse légère ne nécessitant pas une intervention (score K ₆ + : 0-7)	41,2%	24,6%	35,4%	34,9%
Détresse modérée indiquant une maladie mentale (score K ₆ + : 8-13)	34,1%	41,7%	26,5%	34,4%
Détresse sévère indiquant une maladie mentale importante (score K ₆ + : 14-24)	24,7%	33,7%	38,1%	30,6%
Total	100%	100%	100%	100%

Chi-deux=20,30 (p-value = 0,001)

Au sujet de la situation socioprofessionnelle et du revenu, les données indiquent que les étudiants qui ont participé à l'enquête ont vécu en détresse psychologique différemment selon qu'ils travaillent ou pas. Ceux ou celles qui travaillent à temps partiel ont vécu dans une détresse psychologique plus importante que ceux ou celles ayant un emploi à temps plein.

En effet, nous remarquons que pendant le confinement dû à la Covid-19, la détresse psychologique sévère a touché près de quatre étudiants sur 10 qui ne travaillent pas, un tiers de ceux ou celles qui travaillent partiellement et près d'un quart de ceux ou celles qui sont employés à temps plein. En ce qui concerne la détresse psychologique modérée, il appert que ce sont les étudiants qui travaillent à temps partiel (moins de 20 heures par semaine) qui présentent une proportion plus élevée que dans les autres catégories étudiées (41.7%). À l'inverse, c'est parmi ceux ou celles qui travaillent à temps complet que l'on compte proportionnellement plus d'étudiants à avoir vécu dans une détresse psychologique légère (41,2%).

Ce résultat laisse penser que le fait d'avoir un travail stable (temps plein) permettait aux étudiants et étudiantes interrogés à ne pas trop se soucier de leur emploi, comparativement aux étudiants, dont la précarité du travail à temps partiel contribuait à leur détresse psychologique au moment du confinement.

Dans l'hypothèse que les personnes travaillant à temps partiel gagneraient moins que celles qui sont à temps plein, nous avons croisé la variable du revenu avec les catégories de la détresse psychologique pour en savoir plus. Le tableau ci-dessous donne une piste explicative.

Tableau 4.9

Niveau de détresse psychologique pendant le confinement dû la COVID-19 et la classe de revenu brut du ou de la participant-e (n=646)

Niveau de détresse psychologique de participant-e-s (Catégorie K ₆ +)	Classe de revenu brut du ou de la participant-e						
	Sans revenu	Moins de 10 000\$	10 000\$-19 999\$	20 000\$-29 999\$	30 000\$ et plus	Non indiqué	Total
Détresse légère ne nécessitant pas une intervention (score K ₆ + : 0-7)	35,3%	17,9%	17,5%	22,5%	43,0%	30,2%	34,7%
Détresse modérée indiquant une maladie mentale (score K ₆ + : 8-13)	17,6%	25,0%	36,8%	43,7%	34,2%	33,3%	34,6%
Détresse sévère indiquant une maladie mentale importante (score K ₆ + : 14-24)	47,1%	57,1%	45,6%	33,8%	22,7%	36,5%	30,7%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Chi-deux=41,36 (p-value = 0,001)

Il ressort des résultats ci-haut que la proportion d'étudiants ayant traversé la période de confinement dans une détresse psychologique sévère décroît avec l'augmentation du revenu. Ladite proportion varie entre 45,6% et 57,1% chez les étudiants faisant un revenu inférieur à 20 000\$, contre 22,7% à 33,8% chez les étudiants, dont le revenu annuel dépasse les 20 000\$.

Ce résultat permet de penser que l'idée de ne pas disposer d'un revenu suffisant durant le confinement a été un des facteurs accentuant la détresse psychologique individuelle, c'est-à-dire que disposer d'un revenu, le voir diminuer ou le perdre carrément était un souci majeur ou une grande préoccupation, surtout chez des étudiants à faible revenu, en période de confinement.

4.3 *Portrait des étudiantes et étudiants du point de vue de l'anxiété pendant le confinement dû à pandémie de COVID-19*

Pour décrire le niveau d'anxiété en contexte de confinement chez la population estudiantine de l'UQAT, nous allons suivre la même structure de présentation empruntée lorsqu'il s'agissait de la détresse psychologique. Avant tout, rappelons que l'outil utilisé pour évaluer l'anxiété dans l'échantillon était l'inventaire de Beck (B21). Cet outil s'est révélé fiable (alpha de Cronbach = 0,93). Il y a 75 valeurs manquantes sur les 656 participants. Ainsi l'échantillon valide est de $n = 581$ étudiants et étudiantes.

Tableau 4.10

Mesures de tendance centrale et de dispersion de l'anxiété chez les étudiants de l'UQAT pendant le confinement dû à la pandémie de la COVID-19 ($n=581$)

Mesures de tendance centrale	Valeurs de B21 dans l'échantillon
Moyenne	13,7
Médiane	11,0
Mode	4,0
Maximum	62,0
Minimum	0,0
Écart-type	11,2
Coefficient de Skewness (asymétrie)	1,1
Coefficient de Kurtosis (aplatissement)	0,9

Les résultats contenus dans le tableau 4.10 montrent que le score moyen de l'anxiété (13,7) est différent du score médian (11) et du score modal (4). Ils montrent également qu'il y a une grande dispersion, puisque l'écart-type est assez élevé (11,2) comparativement à la moyenne de 13,7.

Étant donné que, dans cet échantillon, le mode est largement inférieur à la médiane, qui est aussi inférieure à la moyenne, on peut affirmer que la distribution de l'inventaire de Beck sur l'anxiété, chez les étudiants sondés, ne suit pas une loi normale. Elle est plutôt asymétrique à droite (figure 4.2). Par conséquent, on peut dire que la majorité des étudiantes et d'étudiants qui ont répondu au sondage ont traversé la période de confinement avec un niveau d'anxiété faible et à mesure que le niveau d'anxiété augmente, le nombre ou la proportion d'étudiants concernés par une anxiété sévère diminue.

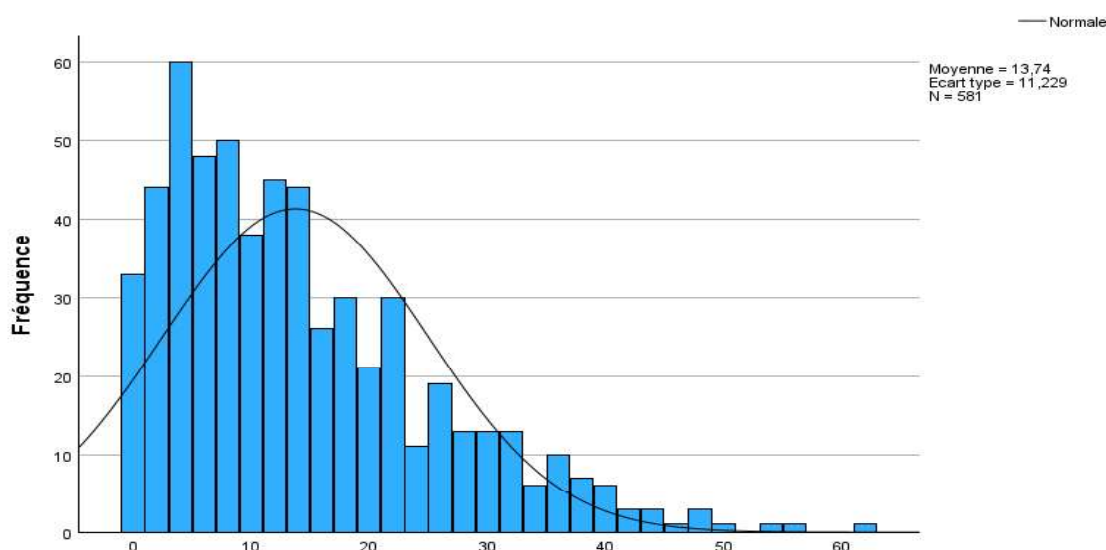


Figure 4.2. Distribution du niveau d'anxiété chez les étudiants selon l'inventaire de Beck pendant le confinement dû à la COVID-19 (n=581)

La question qui découle de ces résultats issus de l'échantillonnage est de savoir ce qu'il en est dans l'ensemble de la population. Le test de normalité de Kolmogorov-Smirnov étant significatif au seuil de 5% (K-S= 0,114 avec une p-value = 0,001), il indique aussi que la distribution du niveau d'anxiété dans la population étudiante (UQAT) ne suivait pas une loi normale au moment du confinement. Il y a donc lieu de penser à une catégorisation du niveau d'anxiété chez les étudiantes et étudiants interrogés via des variables catégorielles qui les différencieraient.

Tableau 4.11

Catégories de l'inventaire d'anxiété de Beck (BAI) chez les étudiants de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, 2020 (n=581)

Catégorie BAI	N	%
Anxiété légère ne nécessitant pas une intervention (<i>score BAI : 0-21</i>)	459	79,0
Anxiété modérée indiquant une maladie mentale (<i>score BAI: 22-35</i>)	91	15,7
Anxiété sévère indiquant une maladie mentale importante (<i>score BAI : 36-63</i>)	31	5,3
Total	581	100

Relativement au niveau de l'anxiété pendant le confinement, le tableau qui précède renseigne que la grande majorité de participants (79%) à l'étude ont traversé cette période avec une anxiété légère. Seulement 5,3% ont connu une anxiété sévère, les prédisposant à une maladie mentale importante. Même si un cinquième d'étudiantes et étudiants ont été modérément (15,7%) ou sévèrement anxieux (5,3%) durant le confinement, il sied de les regarder sous les lunettes des variables sociodémographiques pour pouvoir caractériser celles et ceux qui ont vécu dans une situation d'anxiété malade.

En croisant les trois catégories de l'anxiété à chacune des 14 variables sociodémographiques listées précédemment (point 4.2) ; le constat est que, cette fois, seulement sept d'entre elles ont un lien de dépendance statistiquement significatif avec l'anxiété à savoir : le groupe d'âge, le fait d'avoir ou pas des enfants, le régime d'études, la situation socioprofessionnelle, la classe de revenu, le diagnostic de maladie physique ou mentale qu'elle soit invalidante ou non invalidante ainsi que la perception du ou de la participant-e quant à se faire vacciner contre la COVID-19. Les tableaux suivants font allusion à ces croisements.

Tableau 4.12

Niveau d'anxiété pendant le confinement dû la COVID-19 selon les groupes d'âge des participants (n=581)

Niveau d'anxiété chez les participant-e-s (Catégorie BAI)	Groupe d'âge des participant-e-s					
	Moins de 20 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35 ans et plus	Total
Anxiété légère ne nécessitant pas une intervention (score BAI : 0-21)	75,0%	69,1%	73,2%	77,5%	87,8%	79,2%
Anxiété modérée indiquant une maladie mentale (score BAI : 22-35)	25,0%	19,5%	23,7%	15,7%	9,1%	15,3%
Anxiété sévère indiquant une maladie mentale importante (score BAI : 36-63)	0,0%	11,4%	3,1%	6,7%	3,0%	5,5%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Chi-deux=27,83 (p-value =0,001)

Si l'on additionne les deux dernières catégories de l'anxiété malative (modérée et sévère) et qu'on les compare suivant les groupes d'âge, on constate que les proportions de l'anxiété sont plus grandes avant 30 ans, surtout chez le 20-24 ans (30,9%) et qu'elles diminuent après 30 ans d'âge pour atteindre un minimum de 12,4% chez les 35 ans et plus. Autrement dit, plus l'étudiant est moins jeune, plus son anxiété pendant le confinement dû à la COVID-19 était moins importante. On peut voir cela par rapport aux étudiants de 35 ans et plus, chez qui près de neuf personnes sur dix, précisément 87,8%, ne souffraient que d'une anxiété légère ne nécessitant pas d'intervention.

Tableau 4.13

Niveau d'anxiété pendant le confinement dû à la COVID-19 et le fait d'avoir des enfants (n=581)

Niveau d'anxiété chez les participant-e-s (Catégorie BAI)	Le fait d'avoir ou pas d'enfant (parentalité)			
	Sans enfant	Un ou deux enfants	Trois enfants ou plus	Total
Anxiété légère ne nécessitant pas une intervention (score BAI : 0-21)	74,1%	83,3%	92,0%	79,0%
Anxiété modérée indiquant une maladie mentale (score BAI: 22-35)	19,0%	11,5%	6,0%	15,3%
Anxiété sévère indiquant une maladie mentale importante (score BAI : 36-63)	6,8%	5,2%	2,0%	5,8%
Total	100%	100%	100%	100%

Chi-deux=11,43 (p-value = 0,022)

Contrairement à quoi l'on pourrait s'y attendre, ce ne sont pas les étudiantes et étudiants qui ont des enfants qui avaient un niveau d'anxiété inquiétant, car entre 83% et 92% des étudiants parents avaient un niveau d'anxiété faible. Ils sont proportionnellement moins nombreux que ceux qui n'ont pas d'enfant, dans la catégorie de personnes qui ont fait une anxiété modérée ou sévère (2 à 11% seulement). Nous observons que la présence des enfants avait un effet tampon sur l'anxiété des étudiants parents. On peut alors se permettre d'avancer l'hypothèse selon laquelle devant l'adversité, les parents se voulaient rassurants pour leurs enfants et ne voulaient pas afficher une figure inquiète ou très anxieuse devant eux, de peur de les rendre plus anxieux et de surcroît, compliquer la situation familiale fragile en période de confinement pandémique.

Tableau 4.14

Niveau d'anxiété pendant le confinement dû la COVID-19 et le régime d'études du ou de la participant-e

Niveau d'anxiété chez les participant-e-s (Catégorie BAI)	Régime d'études		
	Temps plein	Temps partiel	Total
Anxiété légère ne nécessitant pas une intervention (<i>score BAI : 0-21</i>)	73,7%	84,0%	79,4%
Anxiété modérée indiquant une maladie mentale (<i>score BAI: 22-35</i>)	17,7%	13,3%	15,3%
Anxiété sévère indiquant une maladie mentale importante (<i>score BAI : 36-63</i>)	8,6%	2,7%	5,3%
Total	100%	100%	100%

Chi-deux= 12,45 (p-value = 0,002)

Pendant le confinement dû à la COVID-19, les étudiantes et étudiants qui poursuivaient des études à temps partiel étaient moins anxieux que leurs collègues à temps plein. En effet, chez ces derniers, 26,3% ont dit avoir ressenti une anxiété modérée ou sévère, mais seulement 16% d'entre eux l'étaient. Dans plus de 8 cas sur 10, ils avaient une anxiété légère, soit exactement 84%, une différence de 10 points de pourcentage avec leurs homologues à temps complet. Bref, au plan des représentations sociales, le statut d'étudiant à temps partiel est souvent associé à une flexibilité dans la gestion du temps, alors que les études à temps plein n'offrent pas cette flexibilité. D'où le lien avec le moins d'anxiété chez les uns et de plus d'anxiété chez les autres. Nous avons voulu savoir dans quel programme d'études, à l'UQAT, le niveau d'anxiété sévère, modéré ou faible était plus présent pendant le moment de confinement, entre 2020 et 2021. Les données n'ont montré aucun lien statistique significatif entre les catégories de l'anxiété et les différents programmes auxquels les étudiants participants appartiennent à l'UQAT au moment du sondage. Idem que le genre, l'état civil et l'appartenance socioculturelle n'ont pas un effet discriminant sur le niveau d'anxiété chez les participants.

Tableau 4.15

Niveau d'anxiété pendant le confinement dû la COVID-19 et la situation socioprofessionnelle du ou de la participant-e

Niveau d'anxiété chez les participant-e-s (Catégorie BAI)	Situation socioprofessionnelle			
	Travail à temps plein	Travail à temps partiel	Ne travaille pas	Total
Anxiété légère ne nécessitant pas une intervention (<i>score BAI : 0-21</i>)	83,4%	73,8%	78,0%	79,3%
Anxiété modérée indiquant une maladie mentale (<i>score BAI: 22-35</i>)	13,9%	16,9%	15,7%	15,2%
Anxiété sévère indiquant une maladie mentale importante (<i>score BAI : 36-63</i>)	2,7%	9,4%	6,3%	5,5%
Total	100%	100%	100%	100%

Chi-deux= 10,02 (p-value = 0,04)

Relativement à l'emploi (situation socioprofessionnelle), les résultats montrent aussi que les étudiants ont vécu dans l'anxiété différemment selon leur statut en emploi. Ceux ou celles qui ne travaillaient pas (sans emploi) ainsi que les étudiants qui n'avaient qu'un emploi à temps partiel ont été plus anxieux que ceux ou celles qui ont un emploi à temps plein. Nous trouvons que ces résultats reflètent correctement l'état dans lequel se trouvaient les étudiants. Puisqu'en temps normal, toute personne adulte sans travail ou ayant un emploi temporaire s'inquiéterait et cela peut entraîner des épisodes d'anxiété.

Évidemment, le tableau 4.15 indique que pendant le confinement dû à la Covid-19, l'anxiété (modérée ou sévère) indiquant une maladie mentale concernait 22% d'étudiants sans emploi et 26,3% d'étudiants employés partiellement. La proportion est de 16,6% seulement dans le camp des étudiants employés à temps plein. Si les études à temps plein ont été une source d'anxiété malade, l'emploi à temps plein ne l'était pas. C'est plutôt le statut d'emploi à temps partiel ou le fait de n'avoir pas un travail rémunéré qui était anxiogène chez nos participants.

Qu'en est-il de l'impact de la variable revenu sur les catégories de l'anxiété? Le tableau 4.16 en donne un aperçu.

Tableau 4.16

Niveau d'anxiété pendant le confinement dû la COVID-19 et la classe de revenu du ou de la participant-e

Niveau d'anxiété chez les participant-e-s (Catégorie BAI)	Classe de revenu du ou de la participant-e						
	Sans revenu	Moins de 10 000\$	10 000\$-19 999\$	20 000\$-29 999\$	30 000\$ et plus	Non indiqué	Total
Anxiété légère ne nécessitant pas une intervention (score BAI : 0-21)	73,3%	48,0%	66,7%	71,2%	84,6%	82,6%	79,2%
Anxiété modérée indiquant une maladie mentale (score BAI: 22-35)	13,3%	24,0%	20,8%	23,7%	12,5%	14,0%	15,3%
Anxiété sévère indiquant une maladie mentale importante (score BAI : 36-63)	13,3%	28,0%	12,5%	5,1%	2,9%	3,5%	5,5%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Chi-deux= 45,83 (p-value = 0,001)

Par rapport au revenu, les résultats laissent entrevoir que plus de la moitié d'étudiants (52%) qui gagnaient moins de 10 000\$ annuellement ont traversé la période de confinement dans une anxiété indiquant une maladie mentale (28% avec anxiété sévère et 24% avec anxiété modérée). 33,3% de celles et ceux qui gagnaient 10 000\$-19 999\$ ont aussi vécu dans l'anxiété malade pendant cette période. C'est parmi les étudiants de la classe supérieure de revenu (35 000\$ et plus) que l'on a 84,6% avec anxiété légère ne nécessitant pas une intervention psychosociale. Chez les étudiants sans revenu, il est surprenant de voir que trois quarts ont déclaré n'avoir ressenti qu'une légère anxiété durant le confinement. On peut interpréter cette dernière proportion par le fait de l'accoutumance, car les étudiants sans revenu ne pouvaient pas devenir plus anxieux par manque de revenu, elles et ils en ont l'expérience.

Tableau 4.17

Niveau d'anxiété pendant le confinement dû à la COVID-19 et le fait d'avoir reçu antérieurement un diagnostic de maladie physique, mentale ou les deux à la fois

Niveau d'anxiété chez les participant-e-s (Catégorie BAI)	Diagnostic en matière de santé avant ou pendant le confinement					
	Maladie psychologique (mentale)	Maladie physique (somatique)	Comorbidité (physique et mentale)	Sans maladie	Sans réponse	Total
Anxiété légère ne nécessitant pas une intervention (<i>score BAI : 0-21</i>)	58,9%	86,0%	35,7%	80,0%	83,9 %	79,0%
Anxiété modérée indiquant une maladie mentale (<i>score BAI: 22-35</i>)	25,6%	11,6%	42,9%	0,0%	13,3 %	15,7%
Anxiété sévère indiquant une maladie mentale importante (<i>score BAI : 36-63</i>)	15,6%	2,3%	21,4%	20,0%	2,8%	5,3%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Chi-deux=56,86 (p-value =0,001)

Les proportions présentées dans le tableau 4.17 montrent que pendant le confinement, les étudiantes et étudiants qui avaient un diagnostic de comorbidité sont plus nombreux (21,4%) à avoir vécu dans l'anxiété sévère. Leur proportion est comparable à celle des étudiants sans maladie diagnostiquée (20%). Ce sont toujours les étudiants comorbides, dont 42,9% avaient traversé le confinement dans une anxiété modérée. Si l'on compare le niveau d'anxiété entre les étudiants ayant reçu un diagnostic de maladie mentale et de maladie physique, on voit que ceux qui avaient déjà un diagnostic de maladie mentale ont été trois fois plus dans l'anxiété modérée ou sévère (41,2%) que ceux avec une maladie physique (13,9%).

Notons aussi que quand ces maladies (physiques ou mentales) étaient invalidantes, 17,6% de personnes concernées étaient dans une anxiété sévère, 29,4% dans une anxiété modérée et 52,8% dans une anxiété faible.

Lorsque celles-ci n'étaient pas invalidantes, les proportions sont respectivement de 10,7% en anxiété sévère et 21,4 % en anxiété modérée contre 67,9% en anxiété faible. Chez les personnes sans maladie, près de 85% avaient passé le moment du confinement dans une anxiété faible. En additionnant les proportions (anxiété sévère et modérée), les statistiques montrent que les participants ayant reçu un diagnostic de maladie invalidante avant le confinement étaient proportionnellement plus nombreux (47%), soit près de moitié, à traverser la période de confinement dans une anxiété indiquant une maladie mentale. Il y a donc lieu d'envisager des interventions appropriées et rapides, visant à minimiser l'anxiété chez les personnes souffrant déjà d'une maladie invalidante, surtout dans un contexte de privation de liberté qui est le confinement.

Quant à la position par rapport à la vaccination, ce sont les étudiantes et étudiants qui attendaient de recevoir le vaccin contre la COVID-19 dès que possible qui ont le plus vécu le confinement avec une anxiété indiquant une maladie mentale (35%, dont 18% avec une anxiété modérée et 17% avec une anxiété sévère). Parmi les étudiantes et étudiants qui avaient reçu le vaccin ou entre celles et ceux qui doutaient de la vaccination, environ 15% seulement disaient avoir été anxieux modérément ou sévèrement durant le confinement. Tout le reste, soit 85%, ne ressentait qu'une légère anxiété en période de confinement décrété lors de la pandémie de COVID-19. On peut penser qu'une grande majorité des étudiants avait développé une certaine résilience durant cette période difficile. La section 4.4 qui suit nous éclaire à ce sujet.

4.4 Portrait des étudiantes et étudiants en matière de résilience pendant le confinement dû à pandémie de COVID-19

Rappelons que l'échelle de Connor et Davidson (abrégée CD-Risk-25, variant entre 0 et 100) a été mise à contribution pour évaluer le niveau de résilience des étudiants participants pendant le confinement dû à la pandémie de COVID-19 en 2020-2021. Le test de fiabilité de cet outil affiche un alpha de Cronbach = 0,93. L'agencement de la série fait état de 585 valeurs valides de CD-Risk-25 et 71 valeurs manquantes.

Les résultats obtenus présentent un score maximal de 99 et une moyenne de 67 (écart-type $s = 15,3$). La médiane étant de 68, on peut affirmer qu'une moitié des participants a eu un score total de résilience inférieur à 68 et une autre moitié en a eu plus que 68. Le score modal de résilience est de 63 (fréquence la plus élevée, soit 4,3% de l'échantillon). La quasi-égalité entre la moyenne (67) et la médiane (68) suggère que dans cet échantillon, la distribution du niveau de résilience est proche d'une distribution normale, mais la différence avec le mode permettrait de l'assimiler à une distribution légèrement asymétrique. Pour en être sûr, nous avons visualisé le tout sur un Q-Q plot (figure 4.3) afin de comparer la fonction de répartition de l'échantillon (en abscisse) à celle qu'aurait une loi normale de même moyenne (67) et de même écart-type (15,25).

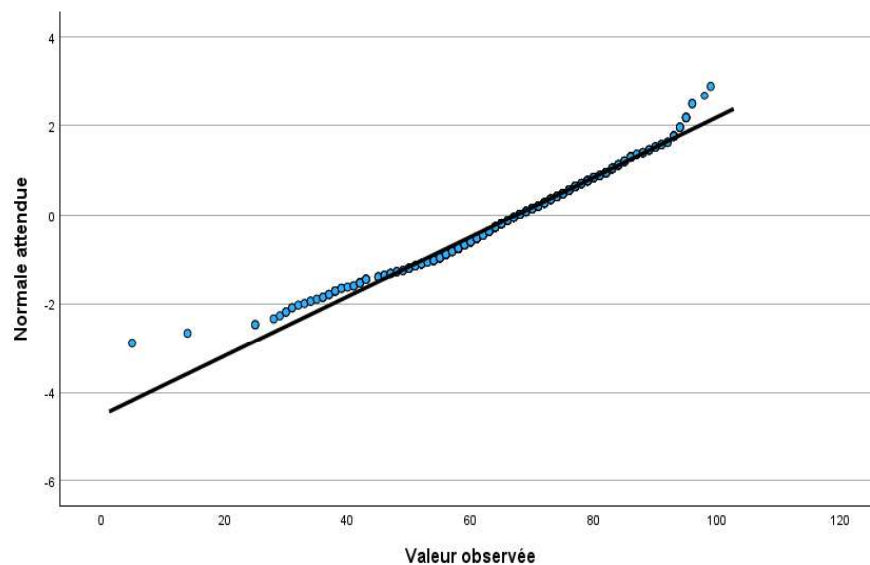


Figure 4.3. Tracé Q-Q normal de l'échelle de résilience de Connor et Davidson chez les étudiantes et étudiants de l'UQAT en période de confinement dû à la COVID-19

À partir du tracé obtenu (en pointillés), on peut voir qu'il n'y a pas un alignement presque parfait avec la première bissectrice du plan (figure ci-dessus). Nous observons plutôt des écarts qui indiquent que notre échantillon ne provient pas d'une distribution normale.

De même un second test de normalité, celui de Kolmogorov-Smirnov aboutit à la même conclusion (pas de normalité), car il est significatif au seuil de signification de 5% ($K-S = 0,54$ avec une $p\text{-value} = 0.001$). Une catégorisation des étudiantes et étudiants en matière de résilience, et en fonction des leurs caractéristiques sociodémographiques, a montré aussi des différences entre les participants à la présente étude.

Tableau 4.18

Catégories de l'échelle de résilience de Connor et Davidson (CD-Risk-25) chez les étudiants de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue ($n=585$)

Catégorie CD-Risk-25	N	%
Moins résilient (<i>CD-Risk-25: 0-58</i>)	147	25,1
Modérément résilient (<i>CD-Risk-25 : 59-77</i>)	295	50,4
Plus résilient (<i>CD-Risk-25 : 78-100</i>)	143	24,4
Total	585	100

Au moment du confinement, trois quarts d'étudiants ont fait preuve de résilience devant la détresse psychologique, l'anxiété, le stress et autres épreuves liés à la privation collective des libertés, décidée par le gouvernement, pour protéger la population de la propagation d'une maladie dangereuse comme la COVID-19. Sur ces trois quarts, 24,4% étaient plus résilients et 50,4% étaient modérément résilients. En lien avec cette forte résilience, une question double se pose, à savoir qui sont ces étudiants plus résilients, qu'est ce qui les caractérise ? Ont-ils été autant résilients face à la détresse psychologique et face à l'anxiété ressentie ou vécue pendant la période de confinement dû à la COVID-19? Le recours à la technique de tableau croisé permettra de répondre à cette question double.

En lien avec les 14 variables sociodémographiques retenues dans le modèle d'analyse (présentés au point 4.2), il s'est avéré que cinq d'entre elles, en l'occurrence le genre, le groupe socioculturel, le niveau ou le cycle d'études du participant, le fait d'habiter avec d'autres personnes (la compagnie) et la position sur le fait d'accepter, de douter ou de

rejeter la vaccination contre la COVID-19 n'ont pas un lien significatif avec le niveau de résilience chez les étudiants de notre échantillon ($p\text{-value} > 5\%$).

Cela veut dire que peu importe qu'on soit fille ou garçon, qu'on soit caucasien, autochtone, allochtone ou issu des minorités visibles ; peu importe le cycle d'études suivies et le fait qu'on habite seul ou en compagnie de quelques personnes, qu'on ait ou pas accepté de recevoir le vaccin contre le Coronavirus, le niveau de résilience des participant-e-s n'est statiquement pas différent entre les étudiants participants. Conséquemment, ces cinq caractéristiques de participant-e-s ne feront pas l'objet de l'analyse qui suit, mais les différences dues aux neuf autres caractéristiques comme le groupe d'âge, l'état civil, le régime des études, l'emploi, le fait d'avoir ou pas d'enfant, etc., seront présentées et commentées ci-dessous.

Tableau 4.19

Niveau de résilience pendant le confinement dû la COVID-19 par groupe d'âge des participants (n=585)

Niveau de résilience chez les participant-e-s (Catégorie CD-Risk-25)	Groupe d'âge des participant-e-s					Total
	Moins de 20 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35 ans et plus	
Moins résilient (<i>CD-Risk-25: 0-58</i>)	50,0%	38,9%	26,7%	18,7%	18,3%	25,0%
Modérément résilient (<i>CD-Risk-25 : 59-77</i>)	33,3%	45,0%	59,0%	46,2%	52,1%	50,6%
Plus résilient (<i>CD-Risk-25 : 78-100</i>)	16,7%	16,0%	14,3%	35,2%	29,6%	24,4%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Chi-deux=35,89 ($p\text{-value} = 0,001$)

Si nous regroupons le niveau de résilience modérée et celui de résilience forte, on voit bien les proportions d'étudiants résilients qui croissent avec l'âge. Elle est de 50% chez les étudiants les plus jeunes (moins de 20 ans), elle monte à 61% chez ceux de 20-24 ans pour atteindre 81,7% chez les étudiants du plus vieux groupe d'âge, soit les 35 ans et plus.

Une telle tendance permet de conclure que plus une étudiante ou un étudiant de cet échantillon avance en âge, plus sa capacité à faire face à l'adversité (résilience) croît. L'inverse est aussi vrai. Au plan d'intervention, si jamais un contexte de crise, similaire à celui du confinement dû à une pandémie se reproduisait, il faudra vite cibler les jeunes dans une approche visant le renforcement de leur *empowerment*.

Tableau 4.20

Niveau de résilience pendant le confinement dû la COVID-19 selon la situation matrimoniale des participants (n=585)

Niveau de résilience chez les participant-e-s (Catégorie CD-Risk-25)	Situation matrimoniale des participant-e-s						
	Célibataire	En couple ou marié-e	En couple sans cohabitation	Séparé-e	Divorcé-e	Veuvage	Total
Moins résilient (<i>CD-Risk-25: 0-58</i>)	35,7%	19,8%	32,6%	25,0%	12,5%	100%	24,7%
Modérément résilient (<i>CD-Risk-25 : 59-77</i>)	41,4%	52,9%	50,0%	62,5%	68,8%		50,3%
Plus résilient (<i>CD-Risk-25 : 78-100</i>)	22,9%	27,3%	17,4%	12,5%	18,8%		24,9%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Chi-deux=20,33 (p-value =0,013)

En examinant les résultats contenus dans le tableau 4.20, force est de constater que c'est parmi les étudiants mariés ou en couple qu'on y retrouve le plus de résilience (27,3%), suivi par les étudiants célibataires (22,9%). Chez les étudiants en cohabitation ou dont l'union conjugale est dissoute, la proportion de plus résilient n'atteint pas le 20%. Chez ces derniers, on retrouve le pourcentage le plus élevé des personnes modérément résilientes (68,8% et 62,5%). Quant au niveau le plus faible de résilience, on le trouve surtout chez les étudiants en couple sans cohabitation ou parmi les célibataires (près d'un tiers d'entre eux). La proportion élevée des résilients modérés parmi les étudiants ayant dissout leurs unions conjugales est intéressant, dans la mesure où cela peut supposer que le fait d'avoir déjà vécu un événement douloureux, comme une séparation amoureuse et son lot de stress

et d'anxiété, elles et ils ont alors développé une certaine capacité à se remettre sur pieds dans l'adversité. C'est cette capacité qui s'était traduite par une résilience modérée dans un contexte pandémique très chargé d'inquiétudes et d'incertitudes.

Tableau 4.21

Niveau de résilience pendant le confinement dû à la COVID-19 et le fait d'avoir des enfants (n=581)

Niveau de résilience chez les participant-e-s (Catégorie CD-Risk-25)	Le fait d'avoir ou pas d'enfant (parentalité)			
	Sans enfant	Un ou deux enfants	Trois enfants ou plus	Total
Moins résilient (<i>CD-Risk-25: 0-58</i>)	30,6%	20,0%	14,0%	25,6%
Modérément résilient (<i>CD-Risk-25 : 59-77</i>)	50,8%	48,9%	44,0%	49,5%
Plus résilient (<i>CD-Risk-25 : 78-100</i>)	18,6%	31,1%	42,0%	24,9%
Total	100%	100%	100%	100%

Chi-deux= 22,07 (p-value = 0,001)

Les participants qui ont des enfants paraissent plus résilients que ceux qui n'ont pas d'enfants. En effet, le niveau de résilience le plus élevé augmente de plus de 10 points de pourcentage au fur et à mesure que le nombre d'enfants augmente. Comme pour dire que la parentalité a permis aux étudiants de faire ou se rendre plus résilients pour prendre en charge leurs enfants durant le confinement.

Tableau 4.22

Niveau de résilience pendant le confinement dû la COVID-19 et le régime d'études du ou de la participant-e

Niveau de résilience chez les participant-e-s (Catégorie CD-Risk-25)	Régime d'études		
	Temps plein	Temps partiel	Total
Moins résilient (<i>CD-Risk-25: 0-58</i>)	32,3%	18,6%	24,8%
Modérément résilient (<i>CD-Risk-25 : 59-77</i>)	46,9%	53,2%	50,3%
Plus résilient (<i>CD-Risk-25 : 78-100</i>)	20,8%	28,2%	24,8%
Total	100%	100%	100%

Chi-deux= 15,07 (p-value = 0,001)

En sommant les deux avant-dernières lignes du tableau ci-dessus, l'on trouve que les étudiants à temps partiel sont proportionnellement plus nombreux dans les deux catégories de personnes résilientes modérément ou plus fortement. Les étudiants à temps partiel présentent des proportions de résilience supérieures à l'ensemble (total). Tandis que ceux à temps plein affichent des proportions inférieures à celles de l'ensemble. L'explication que nous pouvons avancer à ce sujet est qu'en termes d'implication, de présence, de travaux, de temps consacré aux études, etc., les études à temps plein sont matériellement, physiquement et financièrement plus exigeantes, plus stressantes que celles à temps partiel. En outre, en période de confinement, les étudiants à temps partiel pouvaient penser que les sessions blanches seraient facilement récupérables ; ils pourraient se reprendre dès que possible sans perdre des sessions. Chose qui ne l'est pas pour des sessions à temps plein que l'on doit reprendre après le confinement, et ce, avec un temps de retardement et parfois dans une perspective désespérée par rapport à ses plans initiaux. Possiblement, c'est cette perception de l'inconnu récupérable qui ferait en sorte que les étudiants à temps partiel soient plus résilients que ceux qui étaient à temps plein au moment du confinement dû à la pandémie de COVID-19.

Tableau 4.23

Niveau de résilience pendant le confinement dû la COVID-19 et la situation socioprofessionnelle du ou de la participant-e

Niveau de résilience chez les participant-e-s (Catégorie CD-Risk-25)	Situation socioprofessionnelle			
	Travail à temps plein	Travail à temps partiel	Ne travaille pas	Total
Moins résilient (<i>CD-Risk-25: 0-58</i>)	17,2%	32,1%	30,7%	24,8%
Modérément résilient (<i>CD-Risk-25 : 59-77</i>)	55,6%	48,8%	42,1%	50,3%
Plus résilient (<i>CD-Risk-25 : 78-100</i>)	27,2%	19,0%	27,1%	24,8%
Total	100%	100%	100%	100%

Chi-deux= 18,52 (p-value = 0,001)

Le cumul des proportions indique que 82,8 % d'étudiants qui avaient un emploi à temps plein étaient résilients, mais ceux qui travaillaient à temps partiel et ceux sans emploi l'étaient dans une moindre proportion, respectivement dans 67,8% et 69,2% des cas. Contrairement aux études à temps plein, le travail à temps plein était plus sécurisant mentalement et donc plus résilient.

Tableau 4.24

Niveau de résilience pendant le confinement dû la COVID-19 et la classe de revenu du ou de la participant-e

Niveau de résilience chez les participant-e-s (Catégorie CD-Risk-25)	Classe de revenu du ou de la participant-e						
	Sans revenu	Moins de 10 000\$	10 000\$- 19 999\$	20 000\$- 29 999\$	30 000\$ et plus	Non indiqué	Total
Moins résilient (<i>CD-Risk-25: 0-58</i>)	43,8%	46,4%	38,9%	22,4%	19,5%	27,5%	24,9%
Modérément résilient (<i>CD-Risk-25 : 59-77</i>)	31,3%	42,9%	42,6%	55,2%	51,9%	52,7%	50,5%
Plus résilient (<i>CD-Risk-25 : 78-100</i>)	25,0%	10,7%	18,5%	22,4%	28,6%	19,8%	24,6%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Chi-deux= 24,64, p-value = 0,006)

Selon le revenu des participants, on observe qu'une partition en deux se dégage : d'un côté, les étudiants faisant un revenu annuel brut inférieur à 20 000\$, qui sont moins résilients que les étudiants dont le revenu brut dépasse le 20 000\$ annuellement. Ces derniers sont résilients dans une proportion qui dépasse les trois quarts. Ceux qui ont un revenu inférieur à 20 000 le sont dans une proportion allant de 53,6% à 61,1%. Cette proportion baisse à 56,3% chez les étudiants sans revenu. Bref, on peut dire qu'avec un revenu faible, l'étudiant s'avère moins résilient, mais avec un revenu de plus de 20 000\$, la résilience s'en sort plus renforcée.

Tableau 4.25

Niveau de résilience pendant le confinement dû à la COVID-19 et le fait d'avoir reçu antérieurement un diagnostic de maladie physique, mentale ou les deux à la fois

Niveau de résilience chez les participant-e-s (Catégorie CD-Risk-25)	Diagnostic en matière de santé avant ou pendant le confinement					
	Maladie psychologique (mentale)	Maladie physique (somatique)	Comorbidité (physique et mentale)	Sans maladie	Sans réponse	Total
Moins résilient (<i>CD-Risk-25</i> : 0-58)	41,8%	34,9%	46,7%	50,0%	19,1%	25,1%
Modérément résilient (<i>CD-Risk-25</i> : 59-77)	46,9%	37,2%	40,0%	33,3%	53,2%	50,4%
Plus résilient (<i>CD-Risk-25</i> : 78-100)	11,2%	27,9%	13,3%	16,7%	27,7%	24,4%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Chi-deux=35,73 (p-value = 0.001)

À la question de savoir qui serait plus résilient entre un étudiant ayant reçu un diagnostic de maladie physique ou mentale et ceux n'ayant pas reçu un diagnostic, les résultats rapportés dans le tableau 4.25 indiquent qu'il y a deux fois plus d'étudiants plus résilients parmi ceux qui ont reçu un diagnostic de maladie physique (27,9%), comparativement à ceux qui avaient un diagnostic de maladie mentale (11,2%) ou qui avaient un diagnostic double (comorbidité, 13,3%). Étonnamment, c'est parmi les étudiants qui n'avaient pas un diagnostic de maladie que l'on aperçoit la plus grande proportion de la résilience faible (50%). Notons que quand ce diagnostic concernait une maladie invalidante, la proportion de faible résilience atteint les 43,2% contre 39% quand la maladie diagnostiquée était non invalidante.

Tableau 4.26

Portraits des sous-échantillons du niveau de résilience construits en fonction du niveau de la détresse psychologique et de l'anxiété des étudiants pendant le confinement

Niveau de résilience	Niveau d'anxiété	Niveau de détresse psychologique pendant le confinement dû à la COIVD-19 (% du total dans chaque sous-échantillon)			% total dans le sous-échantillon de résilience
		Détresse psychologique légère	Détresse psychologique modérée	Détresse psychologique sévère	
7 groupes moins résilients (125)	Anxiété faible	13,6%	24,0%	28,0%	65,6%
	Anxiété modérée		5,6%	18,4%	24,0%
	Anxiété sévère		0,8%	9,6%	10,4%
	Total	13,6%	30,4%	56,0%	100%
8 groupes modérément résilients (267)	Anxiété faible	32,2%	30,0%	14,2%	76,4%
	Anxiété modérée	1,1%	7,9%	9,7%	18,7%
	Anxiété sévère		1,1%	3,7%	4,9%
	Total	33,3%	39,0%	27,7%	100%
6 groupes plus résilients (130)	Anxiété faible	63,1%	26,2%	6,9%	96,2%
	Anxiété modérée		1,5%	0,8%	2,3%
	Anxiété sévère			1,5%	1,5%
	Total	63,1%	27,7%	9,2%	100%

NB. Les six cases vides en gris indiquent que personne ne fait partie de ces groupes.

Lorsqu'on analyse la distribution du tableau qui précède, on constate que la plus grande proportion est celle des étudiants plus résilients qui ont vécu la période du confinement sans anxiété ni détresse psychologique malades. Ils représentent 63,1% de 130 étudiants participants les plus résilients. Suivi par près d'un tiers d'étudiants modérément résilients, dont le niveau d'anxiété et de détresse psychologique était aussi faible (32,2%). Comme le montre la carte de liens ci-dessous, on peut dire qu'en période de confinement, lorsque les étudiantes et étudiants sondés dans le cadre de notre étude se trouvaient dans une situation moins anxieuse et sans une détresse psychologique morbide, elles et ils affichaient un niveau de résilience forte. En revanche, dans le contexte pandémique, avec les situations qui occasionnaient de l'anxiété et de la détresse psychologique sévères, le niveau de résilience s'amointrissait drastiquement, car les résultats laissent entrevoir que la proportion d'une forte résilience ou celle d'une résilience modérée ne dépasse pas une personne sur 10 dans aucun cas de figure où l'étudiant combine une anxiété et une détresse psychologique modérées ou sévères, comme le visualise la figure 4.4 qui suit.

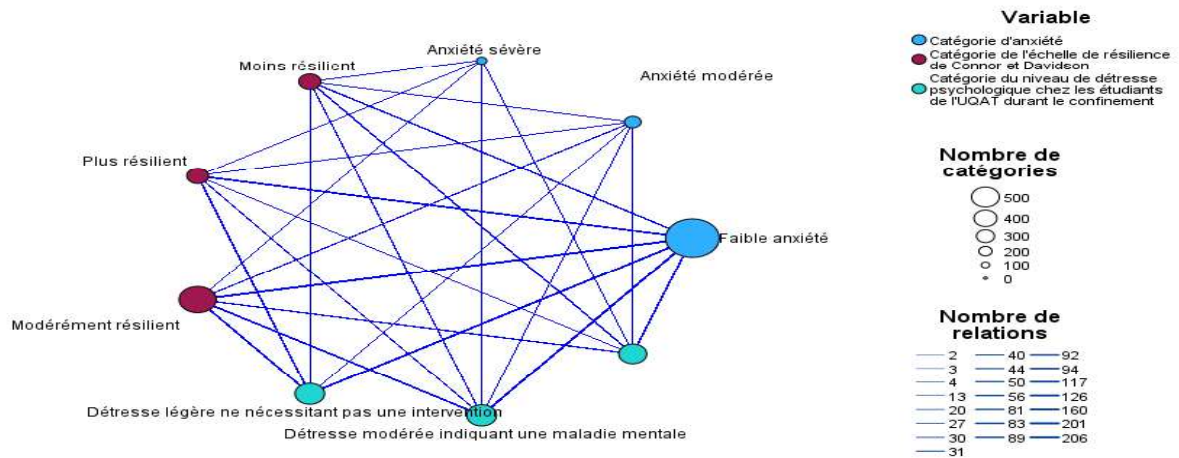


Figure 4.4. Carte des liens décrivant l'importance de l'anxiété et de la détresse psychologique dans le niveau de résilience affiché par les participant-e-s durant le confinement dû à la COVID-19.

Dans cette figure ci-dessus, nous présentons la dynamique des relations entre les catégories d'anxiété (en bleu), de détresse psychologique (en turquoise) et de résilience (en bordeaux). La taille de chaque cercle correspond au nombre de représentants de différentes catégories. En effet, le cercle représentant la « faible anxiété » est le plus grand, indiquant qu'une majorité d'étudiants se trouvaient dans cette situation.

En d'autres termes, nous présentons dans cette figure qu'une faible anxiété est associée à une détresse psychologique légère et à un niveau de résilience modéré ou élevé. À l'inverse, les étudiants présentant une anxiété modérée ou sévère sont plus souvent liés à une détresse psychologique importante et à une faible résilience.

Enfin, bien que des liens existent entre toutes les catégories, deux profils psychologiques typiques ont été observés durant cette période particulière : d'un côté, des étudiants équilibrés, peu anxieux et plutôt résilients ; de l'autre, des étudiants plus fragilisés, présentant des symptômes d'anxiété et de détresse psychologique.

Les résultats précédemment présentés sur le niveau de détresse psychologique, le niveau d'anxiété et celui de la résilience des étudiants de l'UQAT pendant le confinement dû à la pandémie de la COVID-19, qui a eu lieu entre 2020 et 2022, mettent en lumière une dynamique significative.

Ladite dynamique révèle tant la souffrance endurée par une partie de cette catégorie sociale qui faisait déjà face à d'énormes défis liés à leurs statuts d'étudiant, d'employé pour certains ou de responsable de famille pour d'autres que leur capacité à rebondir dans les situations de grandes crises sociales et sanitaires comme ce fut le cas du confinement dû à la COVID-19. En d'autres termes, les différents résultats de ce mémoire indiquent que les niveaux de détresse psychologique, d'anxiété et de résilience observés en période de confinement ont été déterminés par une interaction complexe entre divers facteurs, notamment les caractéristiques démographiques, les conditions socio-économiques ainsi que l'état de santé antérieur des étudiants et étudiantes sondés.

Elle révèle aussi que la privation prolongée et collective de liberté, telle qu'imposée durant le confinement dû à la COVID-19, a eu des répercussions profondes sur les étudiants. Nos résultats montrent que cette situation a exacerbé les problèmes de santé mentale de cette population. De plus, nos résultats ont mis en évidence l'importance des liens sociaux et intrafamiliaux, comme nous le démontrent les tableaux 4.4; 4.13 et 4.20, à savoir que les étudiants qui ont des enfants ou qui sont mariés affichaient des niveaux de détresse psychologique et d'anxiété moins inquiétants; c'est parmi eux qu'on a plus de résilience.

En tant que travailleur social, nous pensons que cette crise a souligné la nécessité d'adopter une approche holistique et préventive, qui tient compte des déterminants sociaux de la santé mentale et de l'impact des politiques publiques sur le bien-être des étudiants. En somme, la privation de liberté vécue de manière collective ne peut être analysée uniquement sous un prisme individuel ; elle doit être envisagée dans son contexte social, relationnel et structurel. En effet, sur la base de ces constats, il convient désormais d'engager une analyse comparative en confrontant nos résultats à ceux issus de recherches antérieures. Cette démarche fera l'objet du chapitre suivant.

CHAPITRE 5

DISCUSSIONS

Ce cinquième chapitre, quant à lui, est consacré aux discussions concernant les résultats sur les trois concepts clés de la présente étude, à savoir ceux de détresse psychologique, d'anxiété et de résilience des étudiants en contexte de pandémie et ce que disent d'autres études sur ce sujet.

Dans le champ du travail social, la santé mentale est abordée non pas comme une absence de maladie, mais comme un processus dynamique de rétablissement et d'engagement social (Bergeron-Leclerc et al., 2019). Cette perspective permet de définir cette détresse non comme un état interne, mais plutôt comme le reflet de l'érosion de leur fonctionnement social et de leurs réseaux de soutien face à des barrières structurelles, telles que l'isolement imposé par le confinement (Labra et al., 2022).

En effet, en matière de détresse psychologique, les résultats obtenus dans la présente recherche révèlent qu'en termes de proportion, on a une distribution relativement équilibrée (près d'un tiers) entre les trois catégories de détresse psychologique. La détresse modérée constitue la catégorie la plus fréquente, représentant 34,4 % des participants, suivie de près par la détresse légère (34,1 %). Quant à la détresse sévère, elle concerne tout de même une proportion non négligeable de participants, soit 31,5 %. Cette répartition suggère qu'environ deux tiers des individus (65,9 %) présentent un niveau de détresse psychologique modéré à sévère, ce qui peut être préoccupant sur le plan de la santé mentale. L'écart relativement faible entre les trois catégories témoigne d'une répartition homogène, indiquant que la détresse psychologique, sous ses différentes formes, était largement répandue chez les étudiants pendant la période de confinement obligatoire (2020-2021). Ces résultats contrastent partiellement avec ceux rapportés par Labra et al. (2021), qui mentionnent que 35,9 % des étudiants affichaient une détresse psychologique légère, 41,5 % une détresse psychologique modérée et 22,6 % une détresse psychologique sévère. Bien que la tendance générale soit comparable (au total 64,1% comparés à 65,9% de détresse morbide), nous sommes en mesure de constater qu'une majorité de participants présente

une détresse modérée. En outre, la présente étude met en évidence une proportion plus élevée de détresse sévère, soit 31,5% contre 22,6%.

Parallèlement, pour certaines variables sociodémographiques, les résultats de notre étude mettent en évidence une association claire entre l'âge des étudiants et la sévérité de la détresse psychologique vécue durant le confinement.

Les étudiants les plus jeunes (moins de 20 ans) apparaissent comme particulièrement vulnérables dans le contexte pandémique, avec une proportion significativement plus élevée de détresse sévère comparativement aux plus âgés. Ces résultats sont corroborés par ceux auxquels Sordes et *al.* (2021) sont parvenus lorsqu'ils ont étudié la corrélation entre l'âge et la détresse psychologique en France pendant le confinement ($r = -0,20$; $p = 0,001$). Comme on peut le voir, le coefficient de corrélation (r) étant négatif, on peut dire que dans leur échantillon ($n = 4\,689$ adultes de 18 à 93 ans), plus l'âge diminuait plus le niveau de détresse psychologique augmentait. D'après ces auteurs, en général, les jeunes adultes, notamment ceux de moins de 20 ans jusqu'à 24 ans, ont signalé des niveaux élevés d'anxiété, de dépression et d'autres problèmes de santé mentale, entre autres, la détresse psychologique et le sentiment de solitude en période de confinement lié à la Covid-19 dans la population française. En d'autres termes, il rapporte que :

Les personnes les plus jeunes souffrent davantage de détresse psychologique ($r = -.20, p < .001$), mais aussi de symptômes anxieux ($r = -.18, p < .001$) et dépressifs ($r = -.23, p < .001$) ; ils expriment aussi ressentir plus d'irritabilité ($r = -.17, p < .001$). Les personnes plus âgées, quant à elles, expriment plus de troubles cognitifs ($r = .067, p < .001$). (Sordes et *al.*, 2021, p.4).

En ce qui concerne le niveau de détresse psychologique pendant le confinement dû à la COVID-19 et la classe de revenu brut du ou de la participant-e-s, nos résultats indiquent que la proportion d'étudiants ayant vécu une détresse psychologique sévère durant le confinement diminue à mesure que le niveau de revenu augmente. Cela va dans le même sens que les conclusions de Lambert et *al.* (2020) qui affirment, dans une enquête en ligne réalisée en France pendant la pandémie de COVID-19 pour étudier les séquelles psychologiques, sociales et comportementales du confinement sur la population, auprès d'un échantillon, représentatif de la population française âgée de 18 ans et plus, de 2 003 personnes, que l'impact psychologique, plus précisément la détresse psychologique, a

tendance à être plus prononcé chez les personnes aux revenus les plus bas (55 %) par rapport aux personnes les plus aisées (22 %). Nous sommes donc arrivés à des conclusions similaires.

En ce qui concerne l'anxiété, elle est souvent définie comme le résultat d'une interaction dynamique et souvent conflictuelle entre l'individu et son environnement (Payne, 2020). L'anxiété n'est pas uniquement un symptôme clinique, mais plutôt une réponse à des stressseurs environnementaux (isolement, pressions académiques, précarité) qui viennent perturber le fonctionnement social et les capacités d'adaptation de l'étudiant, nous disent Beddoe et *al.* (2024). Une approche qui privilégie l'analyse des déterminants sociaux de la santé plutôt que la seule catégorisation diagnostique.

Ainsi, nos résultats indiquent qu'en période de confinement, la majorité d'étudiants participants en avait un niveau relativement faible (79.0% avec un score variant entre $0 \leq K6+ \leq 7$ autrement $K= 0 - 7$). Toutefois, l'étude de Bu, Steptoe et Fancourt (2020) contredit nos résultats ; ils mentionnent que l'apprentissage à distance imposé dans le contexte de confinement dû à la COVID-19 provoquerait des niveaux élevés de stress, d'isolement et d'anxiété chez les étudiants (Bu et al, 2020).

Par ailleurs, si on examinait le niveau d'anxiété pendant le confinement dû à la COVID-19 selon certaines caractéristiques sociodémographiques, nous pouvons voir des ressemblances marquées entre nos résultats et ceux d'autres auteurs. Par exemple, en ce qui a trait au niveau d'anxiété pendant le confinement dû la COVID-19, vu ou catégorisé selon les groupes d'âge des étudiants, nos résultats révèlent un niveau significativement plus élevé d'anxiété sévère avant l'âge de 30 ans, avec un pic observé chez les 20-24 ans (30,9 %). Cette prévalence tend ensuite à décroître progressivement après 30 ans. Des résultats analogues ont été observés dans l'étude réalisée par Bergheul et *al.* (2022) intitulée Facteurs prédictifs de l'anxiété des étudiants durant la pandémie (COVID-19). Les auteurs mentionnent que les niveaux d'anxiété se sont révélés deux fois plus élevés chez les personnes âgées de 18 à 34 ans, contrairement à celles de 35 ans et plus. Dans l'étude réalisée en Chine par Wang et *al.* (2020), les résultats ont aussi établi que l'âge est un déterminant de l'anxiété en contexte pandémique. En effet, Wang et al. (2020) ont

démontré qu'en période de confinement, les personnes âgées de 40 ans ou moins sont davantage susceptibles de présenter des niveaux élevés d'anxiété et de stress par rapport aux autres catégories d'âge.

Comme pour la détresse psychologique et l'anxiété, en travail social, la résilience est définie comme un processus complexe, sensible au contexte et à la culture, impliquant à la fois les capacités individuelles et des environnements sociaux de soutien (Theron et Ungar, 2023 ; Van Breda, 2018). Pour les étudiants et les étudiantes en contexte de crise, elle ne se limite pas à la force individuelle, mais réside dans sa capacité à mobiliser des ressources externes (avoir des enfants, stabilité financière et autres) pour maintenir son bien-être malgré l'adversité. Évaluer la résilience revient donc à analyser comment tout l'écosystème - et non seulement l'individu - facilite ou entrave l'adaptation réussie face au confinement.

Ainsi, nous sommes arrivés à la conclusion que, pendant la période de confinement, environ trois quarts des étudiants ont manifesté une certaine capacité de résilience face à la détresse psychologique et à l'anxiété engendrée par la privation collective des libertés imposées par le gouvernement, et ce dans le but de limiter la propagation d'une maladie très virulente qu'était la COVID-19. Parmi les étudiants participants, c'est pratiquement un quart, soit exactement 24,4 %, qui présentaient un niveau élevé de résilience, tandis que 50,4 % affichaient une résilience modérée (cf. tableau 4.18).

Des proportions qui concordent à celles de l'étude publiée par Castro et *al.* (2022), qui révèlent une distribution approximativement normale des niveaux de résilience au sein de l'échantillon d'étudiants ($n = 621$), avec 68 % des participants affichant un score compris entre 51 et 81, c'est-à-dire des niveaux allant de modéré à élevé de résilience psychologique. Le score moyen de résilience s'élève à 65,9 (écart-type = 15,3), tandis que la médiane atteint 66,6 sur l'échelle de résilience de Connor et Davidson, explicitée au point 3.4 du chapitre sur la méthodologie de ce mémoire.

En regardant le portrait du niveau de résilience partant des caractéristiques sociodémographiques des participants, nos résultats révèlent que le genre n'influence pas le niveau de résilience des participants. En revanche, l'âge constitue un facteur de

différenciation notable. Une recherche menée aux États-Unis par Killgore et *al.* (2020), auprès de 1 004 participants de 18 à 35 ans, a donné lieu à une conclusion semblable à la nôtre. Les auteurs affirment que la résilience psychologique de cette catégorie de personnes (18-35 ans, parmi lesquelles on compte des étudiants) était significativement plus faible pour le CD-RISC ($M = 66,84$; $ET = 17,48$; $t(1579) = 16,29$; $p < 0,00001$) par rapport aux données normatives publiées pour cette échelle. Une situation qui sous-entend que le niveau de résilience psychologique de la population américaine de 18 à 35 ans a été affecté négativement durant la COVID-19. On peut cependant se poser la question à savoir si cette faiblesse en matière de résilience chez les moins de 35 ans est essentiellement due à leur jeunesse ou si c'est plutôt une combinaison des facteurs. Une étude plus approfondie à ce sujet serait plus éclairante.

À propos de la situation matrimoniale, l'étude réalisée par Glowacz, Schmits et Goblet (2022) appuie nos résultats selon lesquels les couples mariés ou cohabitant affichent un meilleur score de résilience. Les auteurs avancent que les couples qui ont vécu le confinement dans le même domicile renforcent leur intimité et sont épanouis sur le plan sexuel, ce qui entraîne également un support réciproque de résilience face à la pandémie. Pour arriver à cette conclusion, ces auteurs ont interrogé un total de 1 985 participants, dont 453 personnes en couple vivant dans des foyers séparés (28% de l'échantillon) et 1 532 personnes vivant sous le même toit (77,2% de l'échantillon). Bien que dans notre échantillon les personnes en couple n'étaient pas majoritaires, nos résultats ont aussi montré que les étudiant.es qui avaient vécu le confinement sous le même toit que leurs partenaires matrimoniaux (22,8 % de notre échantillon) étaient plus résilients. Le contraire est aussi vrai, car c'est parmi les participants vivants seuls ayant participé à notre étude et à l'étude des auteurs précités qu'on dénombrait « plus de personnes déprimées, plus anxieuses et plus intolérantes à l'incertitude. » (Glowacz et al., 2022, p.299).

En ce qui concerne le niveau de résilience durant le confinement lié à la COVID-19 et le nombre d'enfants, les résultats de l'étude menée par Marchetti et *al.* (2020) apportent des éléments qui soutiennent partiellement nos résultats. Dans leur article intitulé *Parenting-related exhaustion during the Italian COVID-19 lockdown*, les auteurs ont examiné l'épuisement parental auprès d'un échantillon de 1 126 pères et mères en Italie. Quant aux

résultats, ils indiquent que 17 % des participants présentaient un niveau élevé d'épuisement lié à la parentalité, les mères étant plus sévèrement touchées. Les analyses de régression multiple révèlent que l'épuisement parental est prédit par une détresse psychologique plus élevée, une résilience parentale plus faible, le fait d'être mère, un soutien social perçu limité, le statut monoparental, ainsi que certaines caractéristiques familiales, notamment le nombre élevé d'enfants, la présence d'un enfant ayant des besoins particuliers et le jeune âge des enfants (Marchetti et al., 2020).

L'association entre la résilience et le régime d'études pendant le confinement dû à la COVID-19 est un sujet spécifique qui semble avoir été peu ou pas étudié de manière directe. Cependant, l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO, 2020) a publié un rapport étoffé sur des perturbations causées par la COVID-19 dans les systèmes éducatifs mondiaux. Ce rapport propose des actions concrètes pour reconstruire et améliorer l'éducation dans un monde postpandémique en neuf points, dont le plus intéressant promeut l'intégration des services de soutien psychologique et des programmes de résilience dans les institutions éducatives afin d'aider la population estudiantine à mieux faire face aux situations de crise.

Discutons à présent du niveau de résilience pendant le confinement dû à la COVID-19 en tenant compte de la situation socioprofessionnelle du ou de la participant-e. La recherche menée par San Roman-Mata et al. (2020) aboutit à une conclusion partiellement similaire à la nôtre. Ces auteurs mentionnent, dans leur étude transversale descriptive, menée auprès d'un échantillon de 1 176 participants âgés de 18 à 67 ans, que les personnes qui avaient un emploi étaient 2,16 fois plus susceptibles de faire preuve d'une forte résilience par rapport à celles sans emploi. Dias (2021), quant à lui, mentionne que les étudiants qui travaillent ont presque nécessairement des compétences de gestion du temps plus développées pour pouvoir faire face à un travail à temps plein et à une vie académique intense et donc, une meilleure résilience.

Quant au niveau de résilience pendant le confinement dû à la COVID-19 et le fait d'avoir reçu antérieurement un diagnostic de maladie physique, mentale ou les deux à la fois ; les conclusions de l'étude menée auprès 1 004 participants par Killgore et al. (2020) sous-entendent qu'il y a une corrélation négative, mais très significative entre un diagnostic

antérieur de maladie mentale au confinement et la présence de scores de résilience plus faibles sur l'échelle CD-RISC, exactement ce à quoi nous sommes parvenus, car ils affirment que :

This was clear in our sample, as lower scores on the CD-RISC were unambiguously associated with worse mental health outcomes, including more severe depression ($r = -0.55, p < .00001$) and suicidal ideation ($r = -0.38, p < .00001$) scores on the BDI, and more severe anxiety scores on the SAS ($r = -0.42, p < .00001$) (Killgore, 2020, p.1)

Finalement, nous avons voulu combiner les trois catégories de résilience, aux trois catégories de la détresse psychologique et à celles de l'anxiété pour savoir s'il y a lieu de ressortir des sous-groupes (sous-échantillons d'étudiants) qualifiables ou semblables à l'interne (intraressemblance), mais différents des autres à l'externe (interdissemblance). Il en ressort 21 portraits (groupes) d'étudiants en période de confinement : 7 groupes de moins résilients, 8 groupes de modérément résilients et 6 groupes de plus résilients (cf. tableau 4.26). Toutefois, l'analyse croisée entre le niveau de résilience, l'anxiété et la détresse psychologique pendant le confinement dû à la COVID-19 révèle une tendance qui attire notre attention, et c'est cela que nous allons plus expliciter ci-dessous.

En effet, nous observons que plus la résilience est élevée, plus la détresse psychologique diminue, et ce même en présence d'anxiété. Tout compte fait, on pourrait s'attendre à ce que les étudiants présentant une faible anxiété aient aussi une faible détresse, mais ce n'est pas toujours le cas. Nos résultats nous montrent que même avec une anxiété faible (65.6%), on a 28,0 % qui présentent une détresse psychologique sévère, surtout chez les moins résilients. Ce constat suggérerait qu'une faible anxiété ne suffit pas à protéger certains étudiants contre des niveaux élevés de détresse psychologique. Il existe en effet plusieurs facteurs pouvant l'expliquer : d'abord, la faible résilience constitue en elle-même une prédisposition. En effet, ces étudiants disposent de moins de ressources psychologiques pour affronter le stress généré par le caractère insolite du confinement collectif et de la COVID-19, ce qui les rend plus susceptibles de ressentir une détresse intense face à des difficultés prolongées ou inhabituelles, comme celles liées au confinement.

Ensuite, la détresse peut être alimentée par d'autres facteurs que l'anxiété, tels que l'isolement social, l'insécurité financière ou des antécédents psychologiques non traités,

etc. Aussi, comme le mentionnent bien Hamel et *al.* (2021), la qualité du soutien social constitue un facteur protecteur contre la détresse psychologique chez les étudiants et notre étude nous montre que le confinement ne visait pas à le renforcer. Enfin, un stress chronique, même à bas niveau, peut s'accumuler avec le temps et conduire à un effondrement psychologique chez les étudiants moins résilients, car « La détresse psychologique se définit généralement comme un état émotionnel négatif qui découle d'une exposition prolongée à un ou plusieurs facteurs de stress ou à des sollicitations environnementales excessives » (Hamel et *al.*, 2021, p.197). Ainsi, la résilience apparaît comme un facteur modérateur essentiel entre l'anxiété et la détresse psychologique, en jouant un rôle de tampon face aux effets délétères du confinement dû à la COVID-19.

En somme, les résultats de cette étude descriptive mettent en lumière la fragilité psychologique marquée des étudiants et des étudiantes de l'UQAT durant la période de confinement, tout en révélant la présence de mécanismes de résilience significatifs. Bien que la détresse et l'anxiété aient atteint des niveaux préoccupants, la capacité de rebondir observée souligne l'importance des ressources internes des étudiants face à un stresser majeur comme la COVID-19. Cette recherche, bien que limitée par son caractère transversal, fournit une base empirique essentielle pour orienter les futures stratégies de soutien en milieu universitaire. Aujourd'hui, il apparaît crucial que l'UQAT, et d'autres institutions d'enseignement supérieur, s'appuient sur de telles données pour pérenniser des dispositifs d'aide psychologique qui ne se contentent pas de traiter les symptômes, mais qui renforcent activement les facteurs de protection et la résilience durable des étudiants face aux crises futures.

CONCLUSION

Ce mémoire, réalisé dans le cadre de la maîtrise en travail social, met en lumière l'impact significatif de la pandémie de COVID-19 et des mesures de confinement sur la santé mentale des étudiants de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue. Les résultats montrent une augmentation marquée de la détresse psychologique et de l'anxiété, particulièrement chez les étudiants les plus jeunes, ceux à temps plein, ainsi que chez ceux présentant une vulnérabilité socioéconomique ou un diagnostic préalable de maladie mentale. L'analyse révèle également que certains facteurs sociodémographiques et économiques, tels que le statut d'emploi, le revenu annuel et le programme d'études, influencent de manière significative l'expérience de la détresse psychologique. À l'inverse, la présence d'un conjoint, d'enfants ou d'un revenu plus élevé semble agir comme facteur de protection en favorisant une plus grande résilience face aux effets négatifs du confinement.

Dans une perspective interprétative, les données suggèrent que la pandémie a agi comme un révélateur et un amplificateur de problématiques préexistantes. En effet, les étudiants présentant déjà des défis de santé mentale ont été particulièrement affectés. En effet, la résilience observée chez certains apparaît étroitement liée à la stabilité socioéconomique et au soutien social disponible.

Les connaissances dégagées dans ce mémoire ouvrent plusieurs pistes projectives, tant sur le plan de la recherche que de l'intervention et de la formation en travail social. D'une part, il apparaît pertinent de poursuivre les travaux portant sur les effets psychosociaux à moyen et long terme des crises majeures, notamment sanitaires, afin de mieux comprendre les trajectoires d'adaptation des étudiants, en particulier ceux en situation de vulnérabilité. Des recherches qualitatives approfondies, centrées sur les expériences vécues et les perceptions des étudiants, permettraient aussi d'enrichir la compréhension des besoins émergents en contexte de crise prolongée. D'autre part, ces résultats invitent à explorer et à évaluer des modèles d'intervention intégrés, mobilisant simultanément les dimensions individuelle, familiale, groupale et collective, tout en tenant compte des enjeux éthiques et relationnels.

propres aux situations d'urgence ou d'incertitude durable. Aussi, les pratiques innovantes développées durant la pandémie de COVID-19, notamment les interventions à distance ou hybrides, gagneraient à être analysées afin d'en mesurer les retombées et les limites. Enfin, ces constats soulignent la nécessité d'adapter les programmes de formation en travail social en intégrant de manière plus systématique la préparation à l'intervention en contexte de crise majeure, tout en renforçant les compétences réflexives, émotionnelles et décisionnelles des futurs intervenants. Une telle orientation contribue à une meilleure articulation entre les savoirs théoriques, les savoirs expérientiels et les réalités du terrain, dans une perspective de préparation durable aux crises à venir.

En guise de conclusion, il apparaît essentiel de formuler des recommandations plus précises à partir des connaissances produites et des apprentissages issus de cette recherche. Celles-ci porteront à la fois sur l'avancement des travaux scientifiques et sur les recherches futures, mais également sur la formation en intervention lors de crises majeures, notamment celles faisant suite à la pandémie de COVID-19. Ce mémoire s'inscrit en effet dans une démarche de travail social, ancrée dans une formation structurée en intervention psychosociale - individuelle, familiale, de groupe et collective.

Recommandations pour la recherche :

1) Études longitudinales inférentielles

Étant donné le caractère descriptif et transversal de la présente étude, il serait pertinent de mener des recherches longitudinales inférentielles afin d'examiner l'évolution de la santé mentale des étudiants avant, pendant et après des périodes de crise. Ce devis permettrait d'identifier les effets durables d'événements majeurs sur la détresse psychologique, l'anxiété, la dépression, le stress et la résilience. Il faciliterait également l'identification de facteurs déterminants et de périodes critiques, tout en orientant des interventions préventives fondées sur des liens causaux plausibles.

2) Comparaisons interprogrammes et interuniversitaires

Du fait que les résultats de cette recherche ont dégagé une différence entre les programmes d'études à l'UQAT, sans les comparer, de futures études gagneraient à comparer les niveaux de détresse et d'anxiété entre différents programmes d'études et entre universités. Cette approche permettrait de mieux comprendre pourquoi certains groupes d'étudiants sont plus vulnérables que d'autres. L'analyse de facteurs tels que la charge de travail, le type d'enseignement, l'accès aux ressources et le contexte géographique contribuerait à adapter les interventions aux réalités spécifiques de chaque programme ou établissement.

3) Facteurs protecteurs de la résilience

Les résultats du mémoire suggèrent la présence de facteurs favorisant la résilience chez certains étudiants, ce qui justifie l'exploration approfondie des facteurs personnels et contextuels associés à cette capacité d'adaptation. Le soutien social, la stabilité financière et l'expérience de vie antérieure pourraient jouer un rôle protecteur important. En effet, des études qualitatives permettraient de mieux comprendre ces mécanismes et de développer des programmes de renforcement de la résilience adaptés aux profils étudiants.

4) Inégalités socio-économiques et santé mentale

Nous recommandons également des recherches analytiques ou corrélationnelles, afin d'examiner l'influence de la précarité économique, du statut d'emploi et du soutien social sur la santé mentale des étudiants. Une telle approche mettrait en évidence les disparités vécues par les étudiants issus de milieux défavorisés, souvent plus exposés à la détresse psychologique. Ces résultats pourraient en effet orienter des politiques universitaires plus équitables en matière d'aide financière et de soutien psychosocial.

5) Retombées des modalités pédagogiques

Étudier comment la transition vers l'enseignement à distance a affecté le bien-être mental des étudiants peut aussi être considéré comme une piste de recherche intéressante où isolement, difficulté de concentration, surcharge de travail numérique, manque de contact humain, baisse de motivation, etc. peuvent être des précurseurs de problèmes de santé mentale. Il serait pertinent d'évaluer quels formats d'enseignement ont été les plus néfastes ou les plus bénéfiques, et dans quels contextes.

6) Rôle des antécédents de santé mentale et des perceptions de la crise

Les résultats indiquent un lien entre les diagnostics antérieurs et les niveaux de détresse, d'anxiété et de résilience des étudiants. Il serait alors pertinent d'examiner, à travers de futures recherches, comment ces antécédents influencent la perception de la gravité d'une crise sanitaire et les réactions émotionnelles associées. Une telle recherche permettrait de mieux anticiper les besoins des étudiants vulnérables et de proposer des interventions préventives et personnalisées en contexte de crise.

Recommandations pour l'intervention :

1) Programmes de soutien psychologique ciblés et mise en place des communautés de soutien par les pairs

Cette étude indique qu'il est essentiel de déployer des services de soutien psychologique ciblés pour les étudiants les plus à risque, notamment les plus jeunes, ceux à faible revenu et ceux présentant un diagnostic préalable. Ainsi, des interventions individualisées et des groupes thérapeutiques adaptés permettraient d'optimiser l'utilisation des ressources. Par ailleurs, la mise en place de communautés de soutien par les pairs, encadrées par des étudiants formés, contribuerait à réduire l'isolement. De telles initiatives favoriseraient la prévention de la détresse et de l'abandon universitaire.

2) Renforcement des services en ligne de santé mentale

Compte tenu des limites d'accès aux services en présentiel en période de crise, il apparaît nécessaire de renforcer les services de santé mentale en ligne. À cet égard, la téléthérapie, la messagerie de soutien et les consultations vidéo sécurisées devraient être accessibles à faible coût ou gratuitement. De plus, ces services offriraient une continuité des soins, indépendamment des contraintes géographiques. Ils constitueraient ainsi un levier essentiel de soutien psychologique en situation d'urgence.

3) Formation des enseignants et du personnel universitaire

Puisque le personnel académique est souvent en première ligne, il importe de le former à la reconnaissance précoce des signes de détresse psychologique. En effet, une meilleure sensibilisation à l'écoute bienveillante et aux mécanismes de référence favoriserait des interventions rapides et appropriées. De plus, cette formation renforcerait la capacité institutionnelle à soutenir les étudiants à risque. Elle contribuerait ainsi à une approche préventive et coordonnée de la santé mentale.

4) Flexibilisation des exigences académiques

En contexte de crise, l'adaptation des exigences académiques apparaît comme une mesure susceptible de réduire la détresse et l'anxiété étudiantes. Ainsi, l'assouplissement des délais, la diversification des modes d'évaluation et l'accès aux cours en différé permettraient de mieux concilier exigences académiques et bien-être psychologique des étudiants, tout en préservant les standards pédagogiques. Ils favoriseraient alors la persévérance et la réussite scolaires.

5) Ateliers de renforcement des capacités ou de la résilience

Dans une perspective préventive, il serait pertinent d'offrir des ateliers axés sur la gestion du stress, la régulation émotionnelle et les stratégies d'adaptation. Ces activités, animées par des professionnels ou des étudiants formés, pourraient être offertes en ligne ou en

présentiel. De plus, leur intégration aux services aux étudiants favoriserait une large participation. Elles contribueraient ainsi au renforcement de la résilience individuelle et collective.

6) Soutien économique accru

Étant donné le lien étroit entre sécurité financière et santé mentale (Ridley et al., 2020), un soutien économique accru demeure indispensable en période de crise. Ainsi, l'accès facilité aux bourses d'urgence, aux aides alimentaires et aux ressources numériques réduirait la charge mentale liée à la précarité. Par ailleurs, un accompagnement administratif renforcerait l'efficacité de ces mesures. En conséquence, ce soutien favoriserait la motivation, la persévérance et la résilience étudiante.

Ces 12 recommandations mettent fin à la conclusion de ce mémoire.

LISTE DES RÉFÉRENCES

- Abram, M. D. et Jacobowitz, W. (2021). Resilience and burnout in healthcare students and inpatient psychiatric nurses: A between-groups study of two populations. *Archives of Psychiatric Nursing*, 35(1), 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.10.008>
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^e éd. ; M.-A. Crocq et J.-D. Guelfi, trad.). Elsevier Masson.
- American Psychological Association. (2024). *Resilience*. <https://www.apa.org/topics/resilience>
- Anaut, M. (2006). Le concept de résilience et ses applications cliniques. *Recherche en soins infirmiers*, 82(3), 4-11. <https://doi.org/10.3917/rsi.082.0004>
- Arnault, E. (2021). COVID-19 : les étudiants face à la crise. *La presse médicale formation* 2(2), 113-115.
- Andersen, AJ, Mary-Krause, M., Bustamante, JJH., Héron, M., El Harbaoui, T et Melchior, M. (2021). Symptômes d'anxiété/dépression pendant la pandémie de COVID-19 et confinement associé dans la communauté : données longitudinales de la cohorte TEMPO en France. *BMC Psychiatry*, 21 (381), 1-9. <https://bmcpsy psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-021-03383-z>
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., et Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(6), 893–897. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.56.6.893>
- Beddoe, L., Baker, M., Cox, K. et Ballantyne, N. (2024). Mental health struggles of social work students: Distress, stigma, and perseverance. *Qualitative Social Work*, 23(5), 903–922.
- Belghith, F., Ferry, O., Patros, T., et Tenret, É. (2020). La vie étudiante au temps de la pandémie de Covid-19: incertitudes, transformations et fragilités. *OVE infos*, (42), 1-12. <https://www.ove-national.education.fr/wp-content/uploads/2020/09/OVE-INFOS-42-La-vie-etudiante-au-temps-du-COVID-19.pdf>
- Bergeron-Leclerc, C., Morin, M.-H., Dallaire, B. et Cormier, C. (Dir.). (2019). *La pratique du travail social en santé mentale : apprendre, comprendre, s'engager*. Presses de l'Université du Québec.
- Bergheul, S., Castro, C., Ependa, A., Labra, O., et Bedoya Mejía, J. P. (2022). Facteurs prédictifs de l'anxiété des étudiants durant la pandémie (COVID-19). *L'Encéphale*, 48(6), 668–673. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2021.08.009>

- Bergheul, S., Labra, O., Castro, C., Ependa, A., Bedoya, J. et Marcotte-Beaumier, G. (2023). Étude comparative sur les facteurs prédictifs de l'anxiété d'étudiant(e)s québécois(-es) universitaires durant la pandémie (COVID-19). *Santé mentale au Québec*, 48(1), 49–68. <https://doi.org/10.7202/1106395ar>
- Bernet, M., Pagé, G., Diouf, S., Lévesque, C., Godin, J., Dubois, P., Carrier, É., Turcotte, S., Côté, J. et Flynn, C. (2022). Expérience des communautés étudiantes québécoises durant la première vague de COVID-19 : rendre visibles les difficultés rencontrées par les étudiant·es issu·es de différents groupes sociaux. *Lien social et politique*, (88), 43–65. <https://doi.org/10.7202/1090980ar>
- Bonanno, G. A. (2009). *The other side of sadness: What the new science of bereavement tells us about life after loss*. Basic Books.
- Bottesi, G., Marino, C., Vieno, A., Ghisi, M. et Spada, M. M. (2024). Psychological distress in the context of the COVID-19 pandemic: the joint contribution of intolerance of uncertainty and cyberchondria. *Psychology and Health*. <https://doi.org/10.1080/08870446.2021.1952584>
- Boucher, D., Savard, C., Beaulieu, D., Ouellet, N., Gagnon, D. et Boudreau, F. (2021). Croyances d'adultes québécois de 70 ans et plus à l'égard du respect du confinement pendant la pandémie de COVID-19 : étude qualitative descriptive. *Science of Nursing and Health Practices / Science infirmière et pratiques en santé*, 4(1), 1–12. <https://doi.org/10.7202/1077984ar>
- Bougie, E., Rubab G. A., Dafna E. K. et Findlay, L.C. (2016). *Rapports sur la santé : Validation de l'échelle de détresse psychologique à 10 questions de Kessler (K10) à partir de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2012* [PDF]. Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/82-003-x/2016001/article/14307-fra.pdf?st=HZGFp2>
- Brandon, S. et Kunz, C. (2022). Crise sanitaire de la COVID-19 et études universitaires dans le domaine de l'éducation spéciale : quels impacts sur la qualité de vie et la formation pratique des étudiant·es ? *Raisons éducatives*, 26(1), 215-235.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1993). The ecology of cognitive development: Research models and fugitive findings. In R. H. Wozniak et K. W. Fischer (Eds.), *Development in context: Acting and thinking in specific environments* (p. 3-44). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Brown, A., Kassam, A., Paget, M., Blades, K., Mercia, M. et Kachra, R. (2021). Exploring the global impact of the COVID-19 pandemic on medical education: an international cross-sectional study of medical learners. *Canadian Medical*

- Education Journal / Revue canadienne de l'éducation médicale*, 12(3), 28–43.
<https://doi.org/10.36834/cmej.71149>
- Canisius Kamanzi, P. (2021). La résilience dans le parcours scolaire des jeunes noirs d'origine africaine et caribéenne au Québec. [PDF]. *Canadian Journal of Education / Revue canadienne de l'éducation*, 44(1), CI32–CI63.
<https://www.erudit.org/fr/revues/cje/2021-v44-n1-cje06405/1081816ar.pdf>
- Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J., et Zheng, J. (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry research*, 287, 112934.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112934>
- Cappe, É., et Boujut, É. (2016). L'approche écosystémique pour une meilleure compréhension des défis de l'inclusion scolaire des élèves ayant un trouble du spectre de l'autisme [An ecosystem approach to gain a better understanding of the inclusive education challenges of students with Autism Spectrum Disorders]. *A.N.A.E. Approche neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant*, 28(4), 391–401.
- Caron, J. et Guay, S. (2005). Soutien social et santé mentale : concept, mesures, recherches récentes et implications pour les cliniciens. *Santé mentale au Québec*, 30(2), 15–41. <https://doi.org/10.7202/012137ar>
- Castro, C. (2020). *La résilience chez les familles immigrantes en région éloignée : le cas de la région de l'Abitibi-Témiscamingue*. (Thèse de doctorat). Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue. Depositum.
<https://depositum.uqat.ca/id/eprint/1233/1/carol-castro-these-2020.pdf>
- Castro, C. et Leblanc, P. (2019). Stratégies adaptatives associées à la résilience familiale : une recension des écrits. *La revue internationale de l'éducation familiale*, 1 (45), 169-189. <https://doi.org/10.3917/rief.045.0169>
- Castro, C., Labra, O., Bergheul, S., Ependa, A. et Mejia, J. P. B. (2022). Predictive Factors of Resilience in University Students in a Context of COVID-19 Pandemic Lockdown Measures. *International Journal of Humanities Education*, 20(1), 185-197. <https://doi.org/10.18848/2327-0063/CGP/v20i01/185-197>
- Connor, K. M., et Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- Cohen, S., et Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357.
- Gouvernement du Québec. (2020, 13 mars). *Décret concernant une déclaration d'urgence sanitaire* (Décret n° 177-2020). *Gazette officielle du Québec*, partie 2,

- 12A. <https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/lois-reglements/decret-177-2020.pdf>
- Dias, D. (2021). *Living with Uncertainty in Times of Pandemic: The View of Working Students in Higher Education*. IntechOpen. doi: 10.5772/intechopen.99793
- Doré, I. et Caron, J. (2017). Santé mentale : concepts, mesures et déterminants. *Santé mentale au Québec*, 42(1), 125–145. <https://doi.org/10.7202/1040247ar>
- Duquette, Y. (1998). Les paradigmes en soins infirmiers : une question d'ordre méthodologique. *L'Infirmière du Québec*, 5(4), 29-33.
- El-Hage, W., Hingray, C., Lemogne, C., Yroni, A., Brunault, P., Bienvenu, T., Etain, B., Paquet, C., Gohier, B., Bennabi, D., Birmes, P., Sauvaget, A., Fakra, E., Prieto, N., Bulteau, S., Vidailhet, P., Camus, V., Leboyer, M., Krebs, M. O., et Aouizerate, B. (2020). Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19) : quels risques pour leur santé mentale ? *L'encéphale: Supplément*, 46(3), 80. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.008>
- Ependa, A. (2017). *Pièges et étapes du processus de recherche : De la théorie à la présentation des résultats*. L'Harmattan.
- Garcia-Mira, R. (2022). Résilience. Dans D. Marchand, E. Pol et K. Weiss (Dir.), *Psychologie environnementale : 100 notions clés* (p. 215-217). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.march.2022.01.0215>
- Giordano, Y. et Jolibert, A. (2016). *Pourquoi je préfère la recherche quantitative / pourquoi je préfère la recherche qualitative*. HAL-SHS. <https://shs.hal.science/halshs-01230943/document>
- Glowacz, F., Schmits, E., et Goblet, M. (2022). Les couples mis à l'épreuve du confinement de la crise Covid. *Psychologie Française*, 67(3), 285-304. <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2022.06.002>
- Gouvernement du Canada (2020). *Loi sur les mesures d'urgence visant la COVID-19*. DORS/2020-5. <https://www.justice.gc.ca/fra/sjc-csj/covid.html>
- Gouvernement du Québec (2019). *À propos des troubles anxieux*. <https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/sante-mentale/informer-sur-troubles-mentaux/troubles-mentaux/troubles-anxieux/a-propos-troubles-anxieux#c122249>
- Gouvernement du Québec. (2022). *S'unir pour un mieux-être collectif : plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-914-14W.pdf>

- Guay, M., Maquiling, A., Chen, R., Lavergne, V., Baysac, D. J., Gilbert, N. et Macdonald, S. (2022). Inégalités en vaccination contre la COVID-19 au Canada en 2021. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 70, S171-S172.
- Hamel, S., Lavoie, A.-M., Morneau-Sévigny, F. et Belleville, G. (2021). Détresse psychologique chez les étudiants universitaires : recension systématique et méta-analyse. *Revue québécoise de psychologie*, 42(3), 197–226. <https://doi.org/10.7202/1084585ar>
- Handberg, C., Werlauff, U., Højberg, A.-L. et Knudsen, L. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on biopsychosocial health and quality of life among Danish children and adults with neuromuscular diseases (NMD)—Patient reported outcomes from a national survey. *Plos One*, 16(6), e0253715. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253715>
- Hautefeuille, M. (2020). Covid-19, confinement et addictions : *Psychotropes*, 26, 11-16. <https://doi.org/10.3917/psyt.262.0011>
- Hilmerich, C., Hofmann, M. J., et Briesemeister, B. B. (2024). Anxiety and curiosity in hierarchical models of neural emotion processing-A mini review. *Frontiers in human neuroscience*, 18, 1384020. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2024.1384020>
- Holmes, E. A., O'Connor, R.C., Perry, V.H., Tracey, I., Simon, W., Arseneault, L., Ballard, C., Christensen, H., Cohen-Silver, R., Everall, I., Ford, T., John, A., Kabir, T., King, K., Madan, I., Michie, S., Przybylski, A.K., Shafran, R., Sweeney, A.... et Bullmore, E.D. (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry*, 7(6), 547-560. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1).
- Horwitz A. V. (2007). Distinguishing distress from disorder as psychological outcomes of stressful social arrangements. *Health (London, England : 1997)*, 11(3), 273–289. <https://doi.org/10.1177/1363459307077541>
- Institut de la Statique du Québec. (2021). *Répercussions de la pandémie sur la vie sociale, la santé mentale, les habitudes de vie et la réalité du travail des Québécois*. Institut de la statistique du Québec. <https://statistique.quebec.ca/fr/produit/publication/repercussions-pandemie-sur-vie-sociale-sante-mentale-habitudes-de-vie-et-realite-du-travail-des-quebecois>
- Institut de la statistique du Québec. (2023). *Enquête québécoise sur la santé de la population 2020-2021*. Gouvernement du Québec. <https://statistique.quebec.ca/fr/document/enquete-quebecoise-sur-la-sante-de-la-population-2020-2021>
- Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., Normand, S. L., Walters, E. E., et Zaslavsky, A. M. (2002). Short screening scales to monitor

- population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological medicine*, 32(6), 959–976.
<https://doi.org/10.1017/s0033291702006074>
- Killgore, W. D. S., Taylor, E. C., Cloonan, S. A., et Dailey, N. S. (2020). Psychological resilience during the COVID-19 lockdown. *Psychiatry Research*, 291, 113216.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113216>
- Labra, O., Ependa, A., Castro, C., Said, B. et Meija, J. B. (2021). La détresse psychologique chez les étudiants universitaires en contexte de pandémie de COVID-19. Dans M. Morel, R. Bergeron et L.-P. Willy (Dir.), *Penser la COVID et penser le monde : Réflexion critique sur les effets de la pandémie du printemps 2020* (p. 243-258). Éditions JFD.
- Labra, O., Ependa, A., Castro, C., Bergheul, S. et Bedoya, J. P. (2022). Vécu des étudiantes et étudiants en travail social dans une université canadienne et dans le contexte de la pandémie de COVID-19. *Canadian Social Work Review / Revue canadienne de service social*, 39(2), 29–48. <https://doi.org/10.7202/1096797ar>
- Lambert, A., Cayouette-Remblière, J., Guérait, E., Bonvalet, C., Girard, V., Le Roux, G. et Langlois, L. (2020). Logement, travail, voisinage et conditions de vie : Ce que le confinement a changé pour les Français. *Population et sociétés*, 579, 1-4.
- Lambert-Samson, V. et Beaumont, C. (2017). L’anxiété des élèves en milieu scolaire telle que perçue par des enseignants du primaire. *Enfance en difficulté*, 5, 101–129.
<https://doi.org/10.7202/1043356ar>
- Liu, Y., Beuparlant, E., Ueda, M. et Yu, Q. (2025). Psychological Well-Being and Distress Among College Students: The Mediating Role of Resilience as a Dynamic Process. *Journal of Counseling and Development*, 103(4), 508–521.
<https://doi.org/10.1002/jcad.12564>
- Marchetti, D., Fontanesi, L., Mazza, C., Di Giandomenico, S., Roma, P. et Verrocchio, M. C. (2020). Parenting-related exhaustion during the Italian COVID-19 lockdown. *Journal of Pediatric Psychology*, 45(10), 1114–1123. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsaa093>
- Matias, C., Popovic, A. et Lebel, A. (2021). *Répercussions financières projetées de la pandémie de COVID-19 sur les universités canadiennes pour l’année universitaire 2020-2021* [PDF]. Ottawa, ON : Statistique Canada.
<https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/81-595-m/81-595-m2021002-fra.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2019). *Détresse psychologique*. Gouvernement du Québec.
<https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-sante-bien-etre/flash-surveillance/detresse-psychologique-en-quelques-chiffres/>

- Ngoc Cong Duong, K., Nguyen Le Bao, T., Thi Lan Nguyen, P., Vo Van, T., Phung Lam, T., Pham Gia, A., Anuratpanich, L., et Vo Van, B. (2020). Psychological Impacts of COVID-19 During the First Nationwide Lockdown in Vietnam: Web-Based, Cross-Sectional Survey Study. *JMIR formative research*, 4(12), e24776. <https://doi.org/10.2196/24776>
- Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture. (2020). *Education in a post-COVID world: Nine ideas for public action* [Rapport]. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000373717>
- Organisation mondiale de la santé. (2022). *Santé mentale : renforcer notre action*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Observatoire sur la santé mentale étudiante en enseignement supérieur (OSMÉES). (2025). *Rapport scientifique de l'Enquête québécoise sur la santé mentale étudiante en enseignement supérieur*. <https://osmees.ca/enquete-sur-la-sante-mentale-etudiante-en-enseignement-superieur/>
- Otis, A.-S. et Maheux, J. (2021). Vécu des intervenants et rôle de la régulation émotionnelle face aux comportements difficiles des personnes ayant une déficience intellectuelle. *Revue québécoise de psychologie*, 42(2), 25–46. <https://doi.org/10.7202/1081254ar>
- Paiement, A.-M., Desroches, O.-A., Maheu, L., Leduc, F.-É. et Longpré, P. (2021). L'anxiété de performance au travail : Une étude exploratoire. *Revue québécoise de psychologie*, 42(3), 139–172. <https://doi.org/10.7202/1084583ar>
- Palazzolo, J. (2019). De l'anxiété normale à l'anxiété pathologique. *Le Journal des psychologues*, 369, 72-77. <https://doi.org/10.3917/jdp.369.0072>
- Pudelko, B. (2020). *Les étudiants disent ne pas avoir la tête aux études : qu'en dit la science?* La Conversation.
- Ridley, M., Rao, G., Schilbach, F., et Patel, V. (2020). Poverty, depression, and anxiety: Causal evidence and mechanisms. *Science*, 370(6522), eaay0214. <https://doi.org/10.1126/science.aay0214>
- Rivest, M.-P. et Iancu, P. (2019). La santé mentale des enfants et des jeunes aux frontières de la médicalisation du social. *Reflets*, 25(2), 8–13. <https://doi.org/10.7202/1067041ar>
- Román-Mata, S. S., Zurita-Ortega, F., Puertas-Molero, P., Badicu, G., et González-Valero, G. (2020). Une étude prédictive de la résilience et de sa relation avec les dimensions

- académiques et professionnelles pendant la pandémie de COVID-19. *Journal de médecine clinique*, 9(10), 3258. <https://doi.org/10.3390/jcm9103258>
- Roy, I. (s,d). Stress aigu et troubles psychotraumatiques. *Encyclopoedia Universalis*. <https://www.universalis.fr/auteurs/isabelle-roy/>
- Scott, C. (2023). *L'expérience de l'adaptation aux études universitaires en période de confinement : une étude qualitative conduite auprès d'étudiants inscrits en première année* [Mémoire de maîtrise, Université d'Ottawa]. Recherche uOttawa (RUOR). ruor.uottawa.ca
- Smith, J. A. et Judd, J. (2020). COVID-19: Vulnerability and the power of privilege in a pandemic. *Health promotion journal of Australie*, 31(2), 158-160.
- Saint-Jean, É. et Tremblay, M. (2021). Conséquences de la pandémie sur la santé psychologique de l'entrepreneur : les soutiens publics permettent-ils d'éviter le pire ? *Revue internationale P.M.E.*, 34(2), 81–99. <https://doi.org/10.7202/1079189ar>
- Sordes, F., Guillemot, C., Croiset, A., et Cipriani, E. (2021). Détresse psychologique et sentiment de solitude : Quels impacts du confinement lié à la Covid-19 dans la population française ? *European Journal of Trauma and Dissociation*, 5(2), 100189. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2020.100189>
- St-Louis, M. (2016). *Parentalité: présentation et analyse comparative de deux modèles théoriques* (Thèse de doctorat). Université du Québec à Trois-Rivières. <https://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/7862/1/031261386.pdf>
- Szücs, A., Lam, R. H. X., Tang, W. S. W., Zhou, L., Lazarus, M., Maier, A. B., et Valderas, J. M. (2025). Personality and help-seeking for psychological distress: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1405167. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.14051>
- Talbot, G. (2021). La COVID-19 et le bien-être des personnes : échange avec Jeanne-Marie Rugira. *Nouveaux Cahiers du socialisme*, (25), 73–78.
- Theron, L., et Ungar, M. (2023). Resilience in situational and cultural contexts. In S. Goldstein and R. B. Brooks (Eds.), *Handbook of resilience in children* (3rd ed., pp. 105–119). Springer Nature Switzerland AG. https://doi.org/10.1007/978-3-031-14728-9_6
- Tisseron, S. (2017). *La résilience*. Presses universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.tisse.2017.02>
- Torales, J., O'Higgins, M., Castaldelli-Maia, JM et Ventriglio, A. (2020). L'épidémie de coronavirus COVID-19 et son impact sur la santé mentale mondiale. *Journal*

- international de psychiatrie sociale*, 66 (4), 317-320.
<https://doi.org/10.1177/0020764020915212>
- Torres, S. (2023). *Les populations moins nanties pendant la pandémie : résultats du suivi longitudinal* [Rapport]. Observatoire québécois des inégalités. observatoiredesinegalites.com
- Union étudiante du Québec. (2021). *Enquête courte sur la santé psychologique étudiante au Québec en temps de pandémie de la COVID-19*. unionetudiante.ca
- Van Breda, A. (2018). A Critical Review of Resilience Theory and its Relevance for Social Work, *Social Work/Maatskaplike Werk*, 54(1), 1-18. <https://doi.org/10.15270/54-1-61>
- Villeneuve, H. et Dagneau, B. (2021). Pandémie de COVID-19 et ses impacts pour les étudiants en situation de handicap : l'expérience vécue à l'Université Laval. *Aequitas*, 27(1), 193–200. <https://doi.org/10.7202/1078378ar>
- Vinkers CH, van Amelsvoort, T., Bisson, JI., Branchi, I., Cryan, JF., Domschke, K., Howes, OD, Manchia M, Pinto L, de Quervain, D., Schmidt, MV., van der Wee, NJA. (2020). Stress resilience during the coronavirus pandemic. *European Neuropsychopharmacology*, 35, 12-16. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2020.05.003>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., et Ho, R. C. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- Ward, P.A., Blanchard, R.J. et Bolivar, V. (2008). *Recognition and alleviation of distress in laboratory animals*, 2. National Academies Press
- Wu, T., Jia, X., Shi, H., Niu, J., Yin, X., Xie, J., et Wang, X. (2021). Prevalence of mental health problems during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 281, 91–98.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.117>

ANNEXES

ANNEXE A : Certificat attestant du respect des normes d'éthique

Référence : 2020-04 – Labra, O.



Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains
Certificat attestant du respect des normes éthiques

Le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue certifie avoir examiné le formulaire de demande d'évaluation éthique du projet de recherche et les annexes associées tels que soumis par :

Pr Oscar Labra

Projet intitulé : « *La détresse psychologique des étudiants universitaires en contexte de la pandémie COVID-19: UQAT états des lieux* »

Décision :

☒ Accepté

☐ Refusé : Suite aux dispositions des articles 5.5.1, 5.5.2 et 5.5.4 de la Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

☐ Autre :

Surveillance éthique continue :

Date de dépôt du rapport annuel : 6 mai 2021

Date de dépôt rapport final : À la fin du projet

Les formulaires modèles pour les rapports annuel et final sont disponibles sur le site web de l'UQAT : <http://recherche.uqat.ca/>

Membres du comité ayant participé à cette évaluation :

Nom	Poste occupé	Département ou discipline
Pierre Corbeil	Membre versé en droit	
Denise Côté	Membre régulier	UER en sciences du développement humain et social
Pascal Grégoire	Président du CÉR	UER en sciences de l'éducation

Date : 6 mai 2020

Pascal Grégoire, Ph.D., président du CÉR-UQAT

Pour toute question : cer@uqat.ca

ANNEXE B : Instruments de collecte des données (questionnaire)

INTRODUCTION

Cette étude vise à évaluer l'impact du confinement sur les étudiants de l'UQAT. Trois objectifs sont poursuivis : (1) produire des connaissances sur la santé des étudiants de l'UQAT en contexte de la pandémie COVID-19; (2) déterminer le niveau d'anxiété et de détresse psychologique des étudiants en contexte de confinement; (3) proposer des stratégies d'intervention auprès des étudiants présentant problèmes de santé en situation de confinement.

Vous êtes donc invité(e) à participer à cette étude menée par Oscar Labra, PhD, Augustin Ependa, PhD et Saïd Bergheul, PhD, tous trois professeurs au Département des sciences du développement humain et social, Carol Castro, doctorante, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT) et Juan Pablo Bedoya, médecin, Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue.

Ce projet de recherche a été financé par le fonds personnel des co-chercheurs Pr Labra, Pr Ependa et Pr Bergheul. Il a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue.

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DÉLIVRÉ PAR LE COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DE L'UQAT LE : [DATE]

Votre participation à ce projet de recherche consiste à consacrer autour de 25 minutes de votre temps pour remplir un questionnaire en ligne. Pour y participer, vous avez jusqu'au [cela sera spécifié plus tard selon la date du début du sondage au niveau des campus de l'UQAT ciblés]. Ce sondage porte sur les sujets suivants :

- 1) Détresse psychologique
- 2) Anxiété
- 3) Fiche signalétique des participants

Vous n'avez pas d'avantage immédiat relié à votre participation à cette étude. De plus, nos résultats contribueront à l'avancement des connaissances sur un sujet de recherche d'actualité. Ainsi, cette recherche vise à contribuer de façon importante au développement du savoir scientifique et à la diffusion des connaissances sur la santé mentale des étudiants universitaires en contexte de la pandémie COVID-19. Le seul inconvénient découlant de votre participation, c'est le temps que vous consacrerez à remplir un questionnaire en ligne.

Tous les renseignements obtenus sur vous dans le cadre de ce projet de recherche demeureront confidentiels et aucune identification personnelle ne sera utilisée pour relier votre nom ou vos coordonnées à vos réponses. Seulement le chercheur principal (Labra) et

le cochercheur (Ependa) auront accès aux données. Le délai de conservation des données sera de 5 ans.

Notre équipe de recherche affirme ne pas être en conflits d'intérêts réels, éventuels ou apparents avec le présent projet et ne viser aucune commercialisation des résultats.

Nous tenons à vous assurer que votre participation à cette étude est volontaire et que vous pouvez, en tout temps, arrêter de remplir le questionnaire en ligne. De plus, aucun préjudice ne sera subi en cas de retrait. En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les co-chercheurs ou votre institution d'études de leurs obligations légales et professionnelles à votre égard.

L'AGÉUQAT sera interpellée par les co-chercheurs pour organiser au moins une rencontre de transfert des connaissances sur des faits saillants de l'étude. De plus, un résumé des résultats de recherche sera acheminé aux directeurs des unités d'enseignement et de recherche, instituts et écoles pour une plus large diffusion auprès des étudiant-e-s.

Toute question concernant le projet pourra être adressée à Oscar Labra :

1-877-870-8728, poste 2335

Oscar.labra@uqat.ca

Pour tout renseignement supplémentaire concernant vos droits, vous pouvez vous adresser au :

Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains
de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue
Vice-rectorat à l'enseignement et à la recherche
445, boulevard de l'Université, bureau B-309
Rouyn-Noranda (Québec) J9X 5E4
1-877-870-8728, poste 2252
cer@uqat.ca

☐ **J'accepte participer au sondage.**

Cette case devra obligatoirement être cochée avant d'accéder aux questions du sondage

Veillez imprimer et conserver un exemplaire de ce formulaire pour vos dossiers.

1) Évaluation de la détresse psychologique Kessler (K6)

L'échelle de détresse psychologique Kessler (K6)¹ est une mesure simple de détresse psychologique. L'échelle comprend six questions sur les états émotionnels, chacune de celles-ci ayant une cote entre 0 « jamais » et 4 « tout le temps ». Les résultats des six questions sont alors additionnés, le nombre total atteignant un minimum de 0 et un maximum de 24. Un faible pointage indique un faible niveau de détresse psychologique, tandis qu'un pointage élevé indique un niveau de détresse psychologique élevé.

Les questions suivantes traitent de la façon dont vous vous êtes senti au cours des 30 derniers jours.	Toujours	Généralement	Parfois	Rarement	Jamais	Ne sait pas	Refusé
1. Au cours des 30 derniers jours, à quelle fréquence vous êtes-vous senti nerveux ? Diriez-vous que c'est..							
2. Au cours des 30 derniers jours, à quelle fréquence vous êtes-vous senti désespéré? Diriez-vous que c'est...							
3. Au cours des 30 derniers jours, à quelle fréquence vous êtes-vous senti agité? (Si nécessaire: Diriez-vous que c'est...							
4. Comment souvent vous sentiez-vous si déprimé que plus rien ne pouvait vous mettre de bonne humeur? (Si nécessaire: Diriez-vous que c'est...							
5. Au cours des 30 derniers jours, à quelle fréquence vous êtes-vous senti que tout était un effort? (Si nécessaire: Diriez-vous que c'est ...							
6. Au cours des 30 derniers jours, à quelle fréquence vous êtes-vous senti inutile? (Si nécessaire: Diriez-vous que c'est...							

1. Source : Kessler, R.C. et al. (2003). Screening for serious mental illness in the general population. Archives of General Psychiatry. 60(2):184-189.

2) Échelle de l'anxiété (Inventaire de Beck)²

Voici une liste de symptômes courants dus à l'anxiété. Veuillez lire chaque symptôme attentivement. Indiquez, en encerclant le chiffre approprié, à quel degré vous avez été affecté par chacun de ces symptômes au cours de la dernière semaine, aujourd'hui inclus.

Au cours des 7 derniers jours, j'ai été affecté(e) par...	Pas du tout	Un peu, cela ne m'a pas beaucoup dérangé(e)	Modérément C' était très déplaisant, mais supportable	Beaucoup, je pouvais à peine l supporter
1. Sensations d'engourdissement ou de picotement				
2. Bouffées de chaleur				
3. Jambes molles, tremblements dans les jambes				
4. Incapacité de se détendre				
5. Crainte que le pire ne survienne				
6. Étourdissement ou vertige, désorientation				
7. Battements cardiaques marqués ou rapides				
8. Mal assuré(e), manque d'assurance dans mes mouvements				
9. Terrifié(e)				
10. Nervosité				
11. Sensation d'étouffement				
12. Tremblements des mains				
13. Tremblements, chancelant(e)s				
14. Crainte de perdre le contrôle de soi				
15. Respiration difficile				
16. Peur de mourir				
17. Sensation de peur, avoir la frousse				
18. Indigestion ou malaise abdominal				
19. Sensation de défaillance ou d'évanouissement				
20. Rougissement du visage				
21. Transpiration (non associée à la chaleur)				

² Utilisé par le Centre d'Étude du Trauma (CÉT). Traduction française : Mark Freeston (1989)

3) Échelle de Résilience de Connor et Davidson 25 (CD-RISC-25)

Pour chacun des énoncés, veuillez inscrire un “x” dans la case qui indique jusqu’à quel point l’énoncé s’applique à vous en vous référant au dernier mois. Si une situation particulière ne s’est pas produite récemment, répondez en vous référant à comment vous vous seriez senti/e si elle s’était produite.

Énoncés	Pas vrai du tout	Rarement vrai	Quelquefois vrai	Souvent vrai	Presque toujours vrai
1. Je suis capable de m’adapter lorsque des changements surviennent.					
2. J’ai au moins une relation proche et sécurisante qui m’aide quand je suis stressé/e.					
3. Lorsqu’il n’y a pas de solutions évidentes à mes problèmes, quelquefois, s’en remettre au destin ou croire en Dieu peut aider.					
4. Je peux gérer tout ce qui m’arrive.					
5. Les succès passés me donnent confiance pour gérer les nouveaux défis et nouvelles difficultés.					
6. J’essaie de voir le côté humoristique des choses lorsque je suis confronté/e à des problèmes.					
7. Devoir gérer le stress peut me rendre plus fort/e.					
8. J’ai tendance à rebondir après une maladie, une blessure ou d’autres épreuves.					
9. Qu’elles soient bonnes ou mauvaises, je crois que la plupart des choses arrivent pour une raison.					
10. Je fais de mon mieux qu’importe ce que sera le résultat.					
11. Je crois que je peux atteindre mes objectifs, malgré les obstacles.					
12. Même si les choses semblent sans espoir, je n’abandonne pas					
13. En périodes de stress ou de crise, je sais vers où me tourner pour obtenir de l’aide.					
14. Sous la pression, je reste concentré/e et je réfléchis clairement.					
15. Je préfère prendre les choses en main pour résoudre les problèmes plutôt que de laisser les autres prendre toutes les décisions.					
16. L’échec ne me décourage pas facilement.					
17. Je me considère comme une personne forte lorsque je suis confronté/e aux défis et difficultés de la vie.					
18. Si nécessaire, je peux prendre des décisions impopulaires ou difficiles qui ont un impact sur les autres.					

19. Je suis capable de gérer les émotions désagréables ou douloureuses comme la tristesse, la peur et la colère.					
20. Pour gérer les problèmes de la vie, il faut parfois agir sur le coup de l'intuition sans savoir pourquoi.					
21. Je crois réellement que ma vie a un sens.					
22. Je me sens en contrôle de ma vie.					
23. J'aime les défis.					
24. Je travaille pour atteindre mes buts, peu importe les obstacles rencontrés en cours de route.					
25. Je suis fier/fière de mes réalisations.					

All rights reserved. No part of this document may be reproduced or transmitted in any form, or by any means, electronic or mechanical, including photocopying, or by any information storage or retrieval system, without permission in writing from Dr. Davidson at mail@cd-risc.com. Copyright © 2001, 2003, 2007, 2009, 2012, 2014 by Kathryn M. Connor, M.D., and Jonathan R.T. Davidson, M.D. Traduction/rétrotraduction: Chaudieu I, Norton J, Gandubert C, Plante V, Ritchie K. Inserm E361, Montpellier, France. Translation and adaptation for the French Canadian population by Hébert, M., Parent, N., & Simard, C. (2014). UQAM, Montréal, Québec, Canada.

11-24-2014

Avant de terminer ce questionnaire, nous vous invitons à remplir quelques questions générales sur votre situation personnelle et familiale.

4) Fiche signalétique des participants

Cette section du questionnaire se focalise sur les données sociodémographiques des participant(e)s. L'information anonyme recueillie servira uniquement comme variables indépendantes dans l'analyse, la comparaison et le portrait général des participants(e)s quant à l'anxiété et de la détresse psychologique vécues pendant la période de confinement. Si l'une ou l'autre question vous semble sensible, la sauter et répondre à celles où vous vous sentirez à l'aise.

1. Quel âge avez-vous?

- ☐ Moins de 20 ans
- ☐ 20-24 ans
- ☐ 25-29 ans
- ☐ 30-34 ans
- ☐ 5 ans et plus

2. À quel genre vous identifiez-vous?

- ☐ Homme
- ☐ Femme
- ☐ Non-binaire, fluide dans le genre, multigenre ou genderqueer
- ☐ Aucun genre identité de genre
- ☐ Autre, précisez : _____

3. Considérez-vous que vous êtes une personne s'identifiant comme?

- ☐ Allochtone
- ☐ Autochtone
- ☐ Métisse
- ☐ Autres : (précisez) : _____

4. Présentement, quel est ton statut matrimonial ?

- ☐ Célibataire
- ☐ En couple ou marié(e)
- ☐ En couple sans cohabitation
- ☐ Séparé(e)
- ☐ Divorcé(e)
- ☐ Veuve/veuf

5. Avez-vous des enfants ?

- ☐ Oui, indique le nombre d'enfants : _____
- ☐ Non

6. Combien de personnes demeurent avec vous actuellement?

- ☐ 1 personne
- ☐ 2 personnes
- ☐ 3 personnes
- ☐ 4 personnes
- ☐ Plus : (précisez) : _____

7. Avez-vous reçu un diagnostic (maladie physique ou psychologique) ?

- ☐ Oui
Lequel ? _____ Quand avez-vous reçu ce diagnostic ? _____
- ☐ Non

8. Quel est votre niveau de scolarité?

- ☐ Bac
- ☐ Maîtrise
- ☐ Doctorat
- ☐ Post-doctorat
- ☐ Autre(s) (préciser) : _____

9. Dans quel domaine étudiez-vous actuellement à l'UQAT?

- ☐ Création et nouveaux médias (ex. design, etc.)
- ☐ Développement humain et social (ex. psychoéducation, travail social, art-thérapie, etc.)
- ☐ Éducation (ex. enseignement, etc.)
- ☐ Gestion (ex. administration, sciences comptables, etc.)
- ☐ Santé (ex. sciences infirmières, sciences cliniques, santé mondiale, etc.)
- ☐ Sciences appliquées (ex. génie, environnement, biologie, etc.)
- ☐ Autre : _____

10. Êtes-vous à temps plein ou à temps partiel ?

- ☐ Temps plein
☐ Temps partiel

11. En dehors de tes études, as-tu présentement un travail rémunéré ?

- ☐ Travail à temps plein
☐ Travail à temps partiel (20 heures ou moins par semaine)
☐ Je ne travaille pas

12. Quel est votre revenu familial annuel avant impôts ?

- ☐ Aucun revenu
☐ 1\$ - 4999\$
☐ 5 000\$ - 9 999\$
☐ 10 000\$ - 14 999\$
☐ 15 000\$ - 19 999\$
☐ 20 000\$ - 24 999\$
☐ 25 000\$ - 29 999\$
☐ 30 000\$ et plus
☐ Je ne sais pas
☐ Refuse de répondre
☐ Ne s'applique pas

13. Ce qui a été le plus difficile pour vous à affronter pendant le confinement est :

ANNEXE C : Formulaire d'engagement

UQAT

UNIVERSITÉ QUÉBEC
EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

Formulaire d'engagement à la confidentialité pour la participation à la collecte et/ou l'analyse de données de recherche

Titre du projet : La détresse psychologique des étudiants universitaires en contexte de la pandémie COVID-19: UQAT états des lieux

Chercheur principal : Oscar Labra

Par la présente, les conditions selon lesquelles pourra être réalisée la transcription d'entrevues du projet de recherche nommé en titre sont établies.

Je m'engage à •

- ✓ Ne pas divulguer à quiconque n'ayant pas signé un engagement à la confidentialité concernant la présente recherche les renseignements confidentiels qui me seront communiqués dans le cadre de cette recherche;
- ✓ Analyser les données dans un environnement électronique sécurisé prévu à cet effet;
- ✓ Ne divulguer à aucun tiers le mot de passe pour avoir accès aux fichiers électroniques du projet ou à l'environnement électronique sécurisé où ils se trouvent;
- ✓ Ne transmettre à aucun tiers les résultats de recherche sans la permission du chercheur principal;
- ✓ Ne pas exercer un droit de propriété intellectuelle ou tout autre droit sur ces données de recherche.

Je, Jefferson Solon, ai pris connaissance des modalités de l'entente ci-dessus et accepte les conditions qui y sont précisées.


Signature

8 août 2023

Date