



# ENQUÊTE SUR LA SANTÉ PSYCHOLOGIQUE ÉTUDIANTE

FÉDÉRATION DES ASSOCIATIONS ÉTUDIANTES  
DU CAMPUS DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Adopté à la 524<sup>e</sup> séance du conseil central

5 octobre 2016

Rédaction :

Frédérique-Emmanuelle Lessard, recherchiste

Révision :

Andréanne St-Gelais, secrétaire générale

Philippe LeBel, coordonnateur à la recherche universitaire

Annie-Claude Vanier, coordonnatrice aux affaires universitaires

Le contenu de ce document ne représente pas nécessairement le point de vue de l'auteur.

Ce document a été adopté lors de la 524<sup>e</sup> séance ordinaire du conseil central, le 5 octobre 2016.

**FAÉCUM**

3200, rue Jean-Brillant, local B-1265

Montréal, QC, H3T 1N8

Tél. 514 343-5947 ♦ Fax. 514 343-7690

**[www.faecum.qc.ca](http://www.faecum.qc.ca)**

[info@faecum.qc.ca](mailto:info@faecum.qc.ca)

Depuis 1976, la Fédération des associations étudiantes du campus de l'Université de Montréal (FAÉCUM) représente, par l'intermédiaire de 82 associations étudiantes, 40 000 étudiants et étudiantes de l'Université de Montréal. Elle a pour mission la défense des droits et intérêts de ses membres dans les sphères universitaire et sociale. Elle vise aussi, par l'entremise de ses services et de ses différentes activités socioculturelles, à améliorer le passage de la population étudiante à l'Université de Montréal. La FAÉCUM est la plus importante association étudiante de campus au Québec.

## TABLE DES MATIÈRES

Table des matières .....	3
Liste des sigles et des acronymes .....	5
Introduction .....	10
1. Contexte .....	11
1.1 Les enjeux de santé psychologique chez les étudiants et les étudiantes universitaires .....	11
1.2 Pourquoi la FAÉCUM a-t-elle effectué cette recherche .....	11
2. Contenu de l'enquête .....	13
2.1 La santé psychologique .....	13
2.2 Les variables liées à la santé psychologique .....	15
2.3 Les questions sociodémographiques .....	18
2.4 Les questions du CSCP .....	18
3. Méthodologie .....	19
3.1 Élaboration du questionnaire .....	19
3.2 Échantillon, représentativité et pondération .....	19
3.3 Administration .....	20
3.4 Biais et mises en garde .....	21
4. Résultats descriptifs .....	23
4.1 Symptômes dépressifs .....	23
4.2 Symptômes de détresse psychologique .....	28
4.3 Épuisement professionnel ( <i>burnout</i> ) .....	29
4.4 Idéations suicidaires et tentatives de suicide .....	32
4.5 Intégration des résultats .....	36
5. Résultats Inférentiels .....	37
5.1 Vue d'ensemble des variables prédisant la santé psychologique étudiante .....	38
5.2 Vue spécifique des variables continues prédisant la santé psychologique étudiante .....	47
5.3 Vue spécifique des variables catégorielles prédisant la santé psychologique étudiante .....	62
6. Conclusion .....	74
Rappel des recommandations .....	76
Bibliographie .....	78
Annexe A – Élaboration du questionnaire .....	82
Annexe B – Représentativité de l'échantillon .....	89
Annexe C – Pondération de l'échantillon .....	94
Annexe D – Détails des biais et mises en garde .....	98
Annexe E – Méthodologie de la section 3 .....	108
Annexe F – Résultats de la section 5 .....	113

Annexe G – Relations individuelles de chaque variable prédictrice avec les indicateurs de la santé  
psychologique .....126

## LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES

<b>CSBE</b>	Commissaire à la santé et au bien-être
<b>CSCP</b>	Centre de santé et de consultation psychologique de l'Université de Montréal
<b>EMEVI</b>	Le réseau national des mutuelles étudiantes de proximité
<b>FESP</b>	Faculté des études supérieures et postdoctorales
<b>GPA</b>	<i>Grade point average</i>
<b>HEC</b>	École des hautes études commerciales de Montréal
<b>INSPQ</b>	Institut national de santé publique du Québec
<b>K6</b>	Échelle de Kessler (Questionnaire mesurant la détresse psychologique)
<b>MBI</b>	<i>Maslach Burnout Inventory</i> (Questionnaire mesurant l'épuisement professionnel)
<b>PHQ-9</b>	<i>Patient Health Questionnaire</i> (Questionnaire mesurant la dépression)
<b>SAÉ</b>	Services aux étudiants [et aux étudiantes]

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Les questionnaires utilisés pour vérifier le biais temporel. ....	21
Tableau 2. Catégories de dépistage du PHQ-9. ....	24
Tableau 3. Moyenne au questionnaire PHQ-9 par faculté et par cycle d'études. ....	25
Tableau 4. Proportion d'étudiants et d'étudiantes se trouvant dans différentes catégories de dépistages selon la faculté et le cycle d'études. ....	26
Tableau 5. Catégories de dépistage du <i>burnout</i> . ....	30
Tableau 6. Proportion de personnes présentant les diverses catégories de symptômes du <i>burnout</i> selon la faculté et le cycle d'études. ....	31
Tableau 7. Comparaison des proportions d'idéations suicidaires sérieuses et des tentatives de suicide entre l'enquête québécoise sur les populations et l'enquête sur la santé psychologique étudiante à l'Université de Montréal. ....	34
Tableau 8. Idéations suicidaires sérieuses et tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois par faculté. ....	35
Tableau 9. Moyenne des symptômes rapportés selon la fréquence de consommation d'alcool. ....	64
Tableau 10. Moyenne des symptômes rapportés selon la fréquence de consommation de cannabis. ....	65
Tableau 11. Moyenne des symptômes rapportés selon la fréquence de consommation de drogues « dures ». ....	67
Tableau 12. Moyenne des symptômes rapportés selon la fréquence de consommation de psychostimulants sans ordonnance. ....	68
Tableau 13. Moyenne des symptômes rapportés selon le niveau d'endettement. ....	70
Tableau 14. Moyenne des symptômes rapportés selon l'appartenance ethnique. ....	71
Tableau 15. Moyenne des symptômes rapportés selon l'orientation sexuelle. ....	72
Tableau 16. Présentation des questionnaires mesurant la santé psychologique. ....	83
Tableau 17. Présentation des questionnaires mesurant les facteurs de risque de l'individu. ....	84
Tableau 18. Présentation des questionnaires mesurant les ressources du milieu universitaire. ....	85
Tableau 19. Présentation des questionnaires mesurant les facteurs de risque du milieu universitaire. ....	86
Tableau 20. Présentation des questionnaires mesurant les conséquences académiques. ....	86
Tableau 21. Présentation des questions sociodémographiques permettant de former des groupes. ....	87
Tableau 22. Comparaison du nombre de personnes inscrites par faculté entre l'échantillon et la population. ....	89
Tableau 23. Comparaison des statuts d'inscription entre l'échantillon et la population. ....	90
Tableau 24. Comparaison des moyennes, écarts-types et médianes de l'âge entre l'échantillon et la population. ....	90
Tableau 25. Comparaison des groupes d'âge entre l'échantillon et la population. ....	91
Tableau 26. Comparaison du genre rapporté par l'échantillon et par la population. ....	92

Tableau 27. Comparaison du statut international rapporté par l'échantillon et par la population.....	93
Tableau 28. Les proportions de femmes et d'hommes dans chaque statut d'études dans la population. ..	94
Tableau 29. Les proportions de personnes dans chaque groupe d'âge dans la population. ....	95
Tableau 30. Facteur de pondération selon le statut d'études. ....	96
Tableau 31. Proportion de personnes de chaque genre selon le statut d'études. ....	96
Tableau 32. Proportion de personnes de chaque catégorie d'âge selon le statut d'études. ....	97
Tableau 33. Différences statistiquement significatives entre la moyenne des symptômes dépressifs rapportés chaque semaine. ....	102
Tableau 34. Différences statistiquement significatives entre la moyenne des symptômes de détresse psychologique rapportés chaque semaine. ....	103
Tableau 35. Différence statistiquement significative entre la moyenne des symptômes de burnout rapportés chaque semaine. ....	104
Tableau 36. Différence entre des taux de réponse « oui » et « non » entre les différents groupes à la question sur les idéations suicidaires. ....	105
Tableau 37. Égalité entre le taux de « oui » et de « non » entre les différents groupes à la questions sur les tentatives de suicide. ....	106
Tableau 38. Différence entre le taux de « oui » et de « non » en réponse à la question sur le besoin de consulter une aide professionnelle pour sa santé psychologique. ....	106
Tableau 39. Liste des variables prédictrices des indicateurs de la santé psychologique. ....	108
Tableau 40. Présentation des variables à cibler dans une intervention institutionnelle visant à réduire les symptômes dépressifs.....	114
Tableau 41. Présentation des variables à cibler dans une intervention institutionnelle visant à réduire la détresse psychologique et de leur relation avec cette dernière. ....	116
Tableau 42. Présentation des variables les plus reliées à l'épuisement émotionnel. ....	118
Tableau 43. Présentation des variables les plus reliées à la dépersonnalisation. ....	120
Tableau 44. Présentation des variables les plus reliées au manque d'accomplissement.....	122
Tableau 45. Les variables les plus fréquemment liées aux sous-dimensions du <i>burnout</i> . ....	123
Tableau 46. Variables liées aux idéations suicidaires et aux tentatives de s'enlever la vie. ....	125
Tableau 47. Relations individuelles entre les variables prédictrices et les différents indicateurs de santé psychologique mesurés par des variables continues.....	127
Tableau 48. Pourcentage de cas positifs détectés par chaque variable prédictrice prise individuellement. ....	128

## LISTE DES FIGURES

Figure 1. Proportion d'étudiants et d'étudiantes présentant les diverses catégories de symptômes par cycles d'études. ....	24
Figure 2. Pourcentage de la population québécoise et de la population étudiante à chaque score du questionnaire sur la détresse psychologique. ....	29
Figure 3. Proportion d'étudiants et d'étudiantes présentant les diverses catégories de symptômes par cycles d'études. ....	30
Figure 4. Proportion d'étudiants et d'étudiantes rapportant des idéations suicidaires sérieuses et/ou ayant effectué au moins une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois par cycle d'études. ....	33
Figure 5. Présentation des variables à la section 5.1. ....	38
Figure 6. Pourcentage de variance prédite des symptômes dépressifs par les variables mesurées dans l'enquête. ....	40
Figure 7. Pourcentage de variance prédite de la détresse psychologique par les variables mesurées dans l'enquête. ....	41
Figure 8. Pourcentage de variance prédite de l'épuisement professionnel au premier cycle par les variables mesurées dans l'enquête. ....	42
Figure 9. Pourcentage de variance prédite de l'épuisement professionnel aux cycles supérieurs par les variables mesurées dans l'enquête. ....	43
Figure 10. Pourcentage de réponses bien prédites avec des groupes de variables. ....	45
Figure 11. Pourcentage de réponses bien prédites avec des groupes de variables. ....	46
Figure 12. Présentation des variables à la section 6.2. ....	47
Figure 13. Importance de la solitude pour les différents indicateurs de la santé psychologique étudiante. ....	48
Figure 14. Importance de l'alimentation pour les différents indicateurs de la santé psychologique étudiante. ....	50
Figure 15. Importance du sommeil pour les différents indicateurs de la santé psychologique étudiante. ....	51
Figure 16. Importance du sentiment de précarité financière pour les différents indicateurs de la santé psychologique étudiante. ....	53
Figure 17. Importance du soutien par les pairs pour les différents indicateurs de la santé psychologique étudiante. ....	54
Figure 18. Importance de la possibilité d'être authentique aux cycles supérieurs pour les différents indicateurs de la santé psychologique étudiante. ....	56
Figure 19. Importance du sentiment d'être en compétition avec les pairs pour les différents indicateurs de la santé psychologique étudiante. ....	57
Figure 20. Importance du stress pour le projet de rédaction aux cycles supérieurs pour les différents indicateurs de la santé psychologique étudiante. ....	59



Figure 21. Importance du niveau de difficulté aux cycles supérieurs pour les différents indicateurs de la santé psychologique étudiante. ....	60
Figure 22. Importance de la pression ressentie pour rester tard et la fin de semaine au laboratoire aux cycles supérieurs pour les différents indicateurs de la santé psychologique étudiante. ....	61
Figure 23. Importance du sentiment de contribution aux projets de son équipe de recherche aux cycles supérieurs pour les différents indicateurs de la santé psychologique étudiante. ....	62
Figure 24. Moyennes des symptômes dépressifs rapportés aux différentes semaines. ....	102
Figure 25. Moyennes des symptômes de détresse psychologique rapportés aux différentes semaines. ....	103
Figure 26. Moyennes des symptômes de burnout rapportés aux différentes semaines. ....	104

## INTRODUCTION

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie » (OMS 2010). La santé psychologique est définie comme « un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. » (OMS 2010)

En avril 2015, les étudiants et les étudiantes de l'Université de Montréal ont demandé à la FAÉCUM de produire un état des lieux sur la santé psychologique étudiante. Ce projet a débuté dès l'automne 2015, avec la création d'un questionnaire qui a été envoyé à l'ensemble des membres de la FAÉCUM. Ce questionnaire constitue une compilation de questionnaires psychométriques issus de la littérature scientifique, de questions sociodémographiques provenant d'enquêtes québécoises sur la santé psychologique et de questions créées par la FAÉCUM ou par des psychologues du Centre de santé et de consultation psychologique (CSCP) de l'Université de Montréal. L'objectif était d'obtenir l'outil le plus complet pour mesurer la santé psychologique étudiante et les différentes variables qui y sont liées.

Du 22 février au 28 mars 2016, plusieurs associations étudiantes se sont mobilisées pour sensibiliser leurs membres à l'importance de participer à cette enquête qui leur avait été envoyée par courriel. Des prix de participation ont également été tirés parmi les personnes ayant complété l'enquête. Résultat : plus de 10 000 étudiants et étudiantes membres de la FAÉCUM ont répondu à l'appel !

Ce rapport fournira la présentation du questionnaire créé pour faire l'enquête ainsi que de la méthodologie utilisée pour recueillir les résultats. Il inclura également l'analyse préliminaire des résultats et des sources de biais, la description globale de cinq indicateurs de la santé psychologique par faculté et par cycle d'études ainsi que l'identification des variables liées à la santé psychologique étudiante. Une vingtaine de recommandations ont été formulées à partir des résultats de l'enquête afin d'orienter les premières interventions visant à améliorer la santé psychologique étudiante. Par la suite, un autre rapport sera produit afin d'analyser les questions élaborées par le CSCP. Finalement, les données collectées par l'enquête permettront la production d'autres rapports plus précis faisant état de la santé psychologique des membres des différentes associations étudiantes. Ces rapports seront écrits ultérieurement.

# 1. CONTEXTE

## 1.1 LES ENJEUX DE SANTÉ PSYCHOLOGIQUE CHEZ LES ÉTUDIANTS ET LES ÉTUDIANTES UNIVERSITAIRES

Les enjeux reliés à la santé psychologique sont de plus en plus d'actualité. Non seulement on assiste à une augmentation de la prévalence de ces troubles, mais celle-ci semble cibler les personnes en âge de fréquenter les universités (Institut de la statistique du Québec 2015). Plus précisément au milieu scolaire, le rapport MacKean (2011) indique que les problèmes de santé psychologique sont en augmentation dans les établissements d'enseignement postsecondaire au Canada et que la prévalence de ces problèmes est plus forte chez les individus qui fréquentent ces établissements que chez le reste de la population. Les problèmes relevés concernent surtout la dépendance à l'alcool et aux drogues, le taux de suicide, la dépendance aux médicaments psychotropes et certains troubles de santé psychologique chroniques.

Une enquête réalisée auprès des étudiants et des étudiantes de six établissements d'enseignement postsecondaire en Ontario (ACHA-NCHA II *student survey* 2009) a obtenu des résultats qui pointent dans la même direction : 4 % des étudiants et des étudiantes présentaient des conditions psychiatriques diagnostiquées et 15 % des personnes ayant répondu auraient été traitées à un moment dans leur vie par un professionnel ou par une professionnelle de la santé pour au moins un problème de santé psychologique sans qu'il y ait nécessairement eu de diagnostic. De plus, 53 % des participantes et des participants rapportaient se sentir envahis par l'anxiété et 36 % se disaient tellement dépressifs ou dépressives qu'il leur était difficile de fonctionner normalement.

En 2012, l'Université Queen's a également effectué une enquête sur la santé psychologique de ses étudiants et de ses étudiantes et a obtenu un taux de réponse de 23 %. Parmi les personnes ayant répondu à l'enquête, 60 % provenaient du premier cycle et 40 % des cycles supérieurs. Celle-ci a mis en évidence que 65 % des étudiants et des étudiantes rapportent une bonne santé psychologique. Toutefois, elle a également mis en exergue que les diagnostics de problèmes de santé psychologique les plus fréquents sont la dépression (16 %), l'anxiété (14 %) et les troubles alimentaires (5 %). Finalement, elle a démontré que 4 % des étudiants et des étudiantes avaient songé à se suicider pendant la session précédant l'enquête, que 10 % y avaient songé à un moment dans leur vie et que 6 % se plaignaient d'une invalidité liée à un problème de santé psychologique chronique.

## 1.2 POURQUOI LA FAÉCUM A-T-ELLE EFFECTUÉ CETTE RECHERCHE

L'état de la santé psychologique des étudiantes et des étudiants inscrits à l'Université de Montréal est actuellement inconnu. De plus, les enquêtes précédemment mentionnées ne mettent pas bien en relation les données sur la santé psychologique étudiante et les différents éléments du contexte académique. C'est pour ces deux raisons que la FAÉCUM et l'Université de Montréal ont mis sur pied une enquête afin de connaître d'abord l'état de la santé psychologique étudiante à l'Université de Montréal et de comprendre ensuite ce qui y est lié.

Les connaissances générées par l'enquête permettront à la FAÉCUM d'informer ses membres sur l'état des lieux en matière de santé psychologique étudiante à l'Université de Montréal et d'émettre des recommandations à ce sujet à l'intention, notamment, du vice-rectorat aux affaires étudiantes et aux études de l'Université de Montréal, des Services aux étudiants [et aux étudiantes] (SAÉ) ainsi que du groupe de

travail sur la santé psychologique de l'Université de Montréal. Ces recommandations pourront concerner notamment les politiques, les règlements, les services et les autres structures de l'Université de Montréal.

## 2. CONTENU DE L'ENQUÊTE

### 2.1 LA SANTÉ PSYCHOLOGIQUE

Le premier objectif de cette enquête était d'évaluer l'état de la santé psychologique étudiante à l'Université de Montréal. Pour effectuer cette évaluation, quatre mesures ont été privilégiées : il s'agit des symptômes dépressifs, de la détresse psychologique, de l'épuisement professionnel (*burnout*), des idéations suicidaires et des tentatives de suicide. Ces mesures ont été choisies parce qu'elles reflétaient les problèmes de santé psychologique les plus fréquemment relevés dans une recension de rapports sur la santé psychologique et d'études scientifiques ayant été menées dans des établissements postsecondaires. Voici une brève présentation de ces quatre variables ainsi que des questionnaires ayant permis de les mesurer.

#### Symptômes dépressifs

La dépression est l'un des problèmes de santé psychologique traitable les plus fréquents dans la population (Kroenke, Spitzer et Williams 2002). Selon le rapport Fleury et Grenier (2012), 4,5 % des Canadiennes et des Canadiens souffrent d'un trouble dépressif majeur chaque année. Le groupe le plus touché est celui des 15-24 ans, pour qui ce pourcentage s'élève à 6,4 %. Les étudiants et les étudiantes universitaires présentent une population encore plus à risque : Eisenberg, Gollust, Golberstein et Hefnet (2007) ont mené une étude épidémiologique dans un campus universitaire en 2005 et ont remarqué que 13,8 % des étudiants et des étudiantes de premier cycle et que 11,3 % des étudiants et des étudiantes des cycles supérieurs signalaient des symptômes dépressifs. L'enquête de l'Université Queen's (2012), citée plus haut, rapportait que 16 % des étudiants et des étudiantes avaient reçu, au cours de leur vie, un diagnostic de dépression. Il semblait donc important de vérifier le taux de symptômes dépressifs rapportés par les étudiants et les étudiantes de l'Université de Montréal.

Le questionnaire utilisé pour mesurer les symptômes dépressifs autorapportés dans l'enquête sur la santé psychologique étudiante est le *Patient health questionnaire-9* (PHQ-9) (Kroenke et Spitzer 2002). Ce questionnaire sert de dépistage, c'est-à-dire qu'il permet de distinguer rapidement, avec un court nombre de questions, les personnes qui présentent un portrait dépressif de celles qui vont bien. En milieu médical, les personnes qui présentent un portrait dépressif à ce questionnaire sont immédiatement prises en charge pour faire l'objet d'une investigation plus complète, alors qu'en recherche, ce questionnaire permet de statuer sur la sévérité des symptômes dépressifs autorapportés. Les corrélations entre les résultats à ce questionnaire et les diagnostics de dépression faits par des professionnels et des professionnelles de la santé psychologique sont satisfaisantes selon une revue de littérature sur l'utilisation du questionnaire (Eisenberg, Gollust, Golberstein et Hefnet 2007). Chaque question mesure la présence d'un des neuf critères diagnostiques de la dépression au cours des deux dernières semaines (Kroenke, Spitzer et Williams 2002). Les propriétés psychométriques du PHQ-9 sont présentées à l'annexe A.

#### Détresse psychologique

La détresse psychologique est une dimension de la santé psychologique qui n'est pas spécifique, c'est-à-dire qu'elle ne représente pas un trouble en particulier. Elle se caractérise par un « ensemble d'émotions négatives qui, lorsqu'elles sont suffisamment sévères et présentes sur une longue période de temps, peuvent être associées à des symptômes de troubles mentaux, dont la dépression et l'anxiété » (Institut national de la statistique 2008). Cette variable est utile pour avoir une vue générale de l'état de santé psychologique et a été utilisée en 2008 par l'Institut national de la statistique du Québec afin d'obtenir un portrait de la santé psychologique au Québec. Cette utilisation antérieure lui a valu sa sélection pour l'enquête sur la santé psychologique étudiante, car il sera possible de comparer le niveau de détresse psychologique des étudiants et des étudiantes de l'Université de Montréal en 2016 à celui de la population

générale du même âge en 2008. L'Institut national de la statistique a réutilisé ce questionnaire dans une enquête encore plus récente dont les résultats devraient sortir à l'automne 2016. Il sera alors possible d'effectuer des comparaisons entre la population étudiante de l'Université de Montréal et la population générale au cours de la même période temporelle.

Le questionnaire servant à mesurer la détresse psychologique est le même que celui utilisé par l'Institut national de la statistique, soit l'échelle de Kessler (ou K6) (Kessler et al. 2002). Il possède six questions qui mesurent la fréquence à laquelle une personne s'est sentie nerveuse, désespérée, agitée, déprimée, épuisée et/ou bonne à rien, au cours des 12 derniers mois. Les scores obtenus sur l'échelle de Kessler sont significativement associés aux troubles de l'humeur et de l'anxiété du DSM-IV (Kessler et al. 2003). Les propriétés psychométriques de cet instrument se trouvent à l'annexe A.

Les données de cette enquête seront comparées à celles obtenues par l'Institut national de la statistique du Québec en 2008. Pour se faire, les scores de l'échelle seront utilisés pour comparer le pourcentage de personnes se situant à chaque niveau de gravité de la population générale du Québec et de la population étudiante de l'Université de Montréal.

### **Épuisement professionnel (*burnout*)**

Maslach et Jackson (1981) décrivent l'épuisement professionnel comme un syndrome d'épuisement émotionnel et de cynisme par rapport à son travail. Elles identifient trois sous-dimensions à ce syndrome. La première est un sentiment d'épuisement émotionnel si élevé que la personne sent qu'elle ne peut plus s'adonner psychologiquement à son emploi. La seconde est une attitude cynique par rapport à son emploi ou à ses clients et à ses clientes qui, lorsqu'elle s'aggrave, peut apporter un aspect de déshumanisation de ses collègues et/ou de ses clients et de ses clientes. La dernière facette est le fait d'être déçu de soi-même et de s'évaluer négativement par rapport aux autres. Certaines études montrent que l'épuisement professionnel n'épargne pas les étudiants et les étudiantes postsecondaires (Cahir et Morris 1991 ; Estes 1973 ; Goplerud 1980 ; Schaufeli et al. 2002). C'est pourquoi il a été mesuré dans l'enquête sur la santé psychologique étudiante.

Le questionnaire utilisé pour mesurer cette variable est une version traduite et adaptée aux études universitaires (Rochette 2012) du questionnaire le plus utilisé en recherche pour mesurer l'épuisement professionnel, soit le *Maslach Burnout Inventory (MBI)* (Maslach et Jackson 1981 ; Maslach, Jackson, et Leiter 1996). Les échelles du questionnaire mesurent les trois sous-dimensions du *burnout* : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et le sentiment de manque d'accomplissement personnel. En ce qui concerne son seuil clinique, une personne qui a un score élevé pour les trois sous-dimensions est considérée en *burnout*. Les propriétés psychométriques de cet instrument se trouvent à l'annexe A.

### **Idéations suicidaires et tentatives de suicide**

Le Québec est la province du Canada où il y a le plus haut taux de mortalité par suicide (INSPQ 2010) et Montréal, la ville canadienne où ce taux est le plus élevé (Routhier, Leduc et Lesage 2011). Pour l'ensemble du Québec, on compte un taux de suicide de 13,5 personnes par 100 000 habitants et habitantes (CSBE 2011a, non publié, dans Fleury et Grenier 2012) et au Canada, ce taux est de 11,5 personnes pour 100 000 habitants et habitantes (Statistique Canada 2015). Les personnes les plus à risque sont celles qui présentent un trouble de l'humeur, par exemple une dépression, qui consomment abusivement de l'alcool ou des drogues et celles qui présentent des troubles mentaux graves, telle la schizophrénie (Fleury et Grenier 2012).

Au Québec, le suicide est la cause de décès la plus fréquente chez les personnes de moins de 35 ans (Fleury et Grenier 2012). Selon l'Institut national de la statistique (2008) et pour la même tranche d'âge, ces proportions seraient plus faibles, soient de 2,9% pour les idéations suicidaires et de 0,5% pour les tentatives de suicide. De plus, dans une enquête sur la santé des étudiantes et des étudiants français (2015), l'EMEVIA indique que 8,4 % des personnes ayant répondu à leur enquête avaient eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois.

Afin de savoir où les étudiants et les étudiantes de l'Université de Montréal se situent en termes de pensées suicidaires et de tentatives de suicide, deux questions ont été incluses dans l'enquête. Ces questions proviennent de l'enquête québécoise sur la santé de la population réalisée en 2008 par l'Institut de la statistique du Québec, mais ont été reformulées afin de limiter leur période temporelle aux 12 derniers mois plutôt qu'à toute la vie. Cette reformulation permet de mieux cibler l'effet du parcours universitaire sur cette mesure. Les propriétés psychométriques de l'instrument se trouvent à l'annexe A.

## 2.2 LES VARIABLES LIÉES À LA SANTÉ PSYCHOLOGIQUE

Afin de préserver une santé psychologique saine, l'individu a besoin de trouver un équilibre entre les sources de stress qu'il ou qu'elle vit et les ressources qu'il ou qu'elle possède pour y faire face (Association canadienne pour la santé mentale 2013). Ses sources de stress et ses ressources peuvent lui être personnelles (ex. : situation financière) ou être liées à son environnement (ex. : relation avec ses pairs). Afin d'orienter des interventions institutionnelles visant à améliorer la santé psychologique étudiante, il est nécessaire de connaître les variables auxquelles elle est reliée.

Les sous-sections suivantes présentent les variables qui ont été mesurées dans l'enquête sur la santé psychologique étudiante à l'Université de Montréal. Ces variables ont été sélectionnées selon deux critères : elles devaient d'abord être soulevées comme variables importantes dans une revue de littérature sur la santé psychologique étudiante et au travail puis pouvoir faire l'objet d'une intervention universitaire ou gouvernementale. À titre d'exemple, le fait d'avoir vécu une rupture amoureuse n'a pas été inclus, car il n'est pas possible de mettre en place une intervention universitaire ou gouvernementale pertinente pour prévenir les ruptures amoureuses. Par contre, le soutien par les pairs a été mesuré, car l'Université de Montréal peut avoir une certaine influence sur cette variable. La revue de littérature s'est étendue au monde du travail, car peu d'études identifient des variables liées à la santé psychologique dans un contexte académique. Il a donc fallu étendre les recherches pour identifier des variables qui pourraient avoir un rôle à jouer dans l'état de santé psychologique des étudiants et des étudiantes de l'Université de Montréal.

### 2.2.1 Les facteurs de risque personnels

#### **Précarité financière et niveau d'endettement**

La précarité financière et le niveau d'endettement ont été rapportés comme une des sources de stress et de tracas des étudiants et des étudiantes universitaires (Réveillère et al. 2001 ; Walsemann, Gilbert et Gentile 2015). Une question sociodémographique a été créée pour chacune de ces variables afin de vérifier si c'est également le cas pour la population étudiante de l'Université de Montréal.

## **Appartenance à une minorité ethnique ou sexuelle**

La population étudiante à l'Université de Montréal est diversifiée et inclut des communautés ethniques et LGBTQIA\*<sup>1</sup>. Afin de représenter cette réalité, il faut situer les personnes ayant répondu à l'enquête sur ces variables. D'ailleurs, la thèse de Kenzig (2013) a mis en évidence que les étudiants et les étudiantes qui appartiennent à l'un de ces groupes rapportent davantage de comportements à risque pour leur santé psychologique, comme une consommation abusive de drogues illicites. Une question sociodémographique a donc été créée pour chacune de ces variables et permettra de vérifier si les personnes issues de ces groupes ont davantage besoin de support.

## **Sentiment de solitude**

Une enquête menée par Furr, Westefeld, McConnell et Jenkins (2001) auprès d'environ 1 500 étudiants et étudiantes de quatre établissements d'enseignement postsecondaire montrait que le sentiment de solitude était l'une des trois variables les plus associées aux idéations suicidaires. Les deux autres variables étaient le désespoir et l'impuissance, mais ces dernières n'ont pas été mesurées, car elles ressemblent aux mesures de dépression et de *burnout* déjà présentes dans l'enquête. Le questionnaire qui a été utilisé pour mesurer le sentiment de solitude est celui validé par Hughes, Waite, Hawkley et Cacioppo (2004). Ses propriétés psychométriques se trouvent à l'annexe A.

## **Habitudes de vie**

Les saines habitudes de vie (pratique régulière d'activité physique, sommeil de qualité et alimentation saine) semblent être de bons facteurs protecteurs de la santé psychologique. Pour sa part, l'exercice physique aurait une efficacité comparable aux antidépresseurs pour réduire les symptômes dépressifs (Blumenthal et al. 2007). À l'inverse, le manque de sommeil semble être lié aux symptômes dépressifs et à l'épuisement professionnel (Rosen et al. 2006). Finalement, de mauvaises habitudes alimentaires seraient liées à des symptômes dépressifs (Smith 1998). Des questions sociodémographiques ont été élaborées pour mesurer ces trois facettes des habitudes de vie des étudiants et des étudiantes de l'Université de Montréal.

## **Consommation de substances (alcool et drogues)**

La consommation d'alcool et de certaines drogues est une pratique assez répandue chez la population en âge de fréquenter l'université. Selon l'Agence de la santé publique du Canada (2015), la consommation abusive d'alcool est étroitement liée à la dépression et au suicide. De plus, selon l'enquête sur les campus canadiens (Adlaf, Demers et Gliksman 2004), l'utilisation de drogues de loisir est présente sur les campus. Les auteurs de cette enquête ont mis en évidence que le tiers des étudiants et des étudiantes consommaient du cannabis au cours d'une année et qu'un étudiant ou une étudiante sur cinq avait consommé une drogue hallucinogène au cours des 12 derniers mois. Finalement, l'utilisation de psychostimulants<sup>2</sup> sans ordonnance est très mal documentée au Québec. Néanmoins, quelques articles de journaux commencent à rapporter qu'une certaine proportion d'étudiants et d'étudiantes en consomment pour augmenter leurs performances académiques (Thoër et Robitaille 2014). Cette tendance semble progresser et, selon *Montréal Campus* (2016), les médicaments sont assez faciles à se procurer. L'un des problèmes liés à l'utilisation de ce type de médicaments est que leur consommation est perçue comme étant légitime, car elle augmente la performance scolaire (Thoër et Robitaille 2011). Dans le journal de l'Association médicale

---

<sup>1</sup> « Personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles, *trans*, [...] queer, intersexuées, asexuelles [...] et autrement incluses dans la diversité sexuelle et de genre » (L'Alternative 2016).

<sup>2</sup> Drogues stimulant la performance intellectuelle.



canadienne, trois médecins (Rosenfield, Hébert et Stanbrook 2011) décrivent les risques encourus par les étudiants et les étudiantes qui ont recours à de telles pratiques, notamment l'utilisation non supervisée de ces drogues qui peut avoir des effets très nocifs pour la santé et entraîner de l'hypertension, des arythmies cardiaques de même que la dépendance, la dépression et/ou le décès. Une surdose peut aussi mener vers la psychose.

L'enquête sur la santé psychologique étudiante permet d'évaluer si les étudiants et les étudiantes de l'Université de Montréal sont à risque de souffrir de problèmes de santé psychologique liés à la consommation d'alcool ou de drogues. Les questions permettant de mesurer le niveau d'utilisation de certaines drogues proviennent de l'enquête québécoise sur la santé de la population (Institut de la statistique du Québec 2008). Une question supplémentaire a été rédigée pour évaluer la consommation d'alcool selon la même échelle que celle utilisée pour évaluer la consommation de drogues dans l'enquête québécoise sur la santé de la population.

### 2.2.2 Les facteurs de risque liés au contexte universitaire

#### **Soutien de la part des collègues**

La relation entre le soutien social et une santé psychologique saine est établie depuis quelques années déjà (Kawachi et Berkman 2001). En milieu de travail, le soutien par les collègues est lié à une diminution du stress vécu en emploi (Rocco et Jones 1978). Afin de mesurer la relation entre le soutien de la part des collègues et les indicateurs de la santé psychologique étudiante, le court questionnaire élaboré par Etzion en 1984 a été intégré à l'enquête. Les propriétés psychométriques du questionnaire sont présentées à l'annexe A.

#### **Climat psychologique au laboratoire de recherche – Spécifique aux cycles supérieurs**

Le climat de travail fait référence à la manière dont une employée ou un employé se sent traité par son superviseur ou par sa superviseuse. Cette variable est liée à l'engagement dans son emploi, à l'effort qu'on y mettra et à sa performance (Brown et Leigh 1996). Dans le cadre d'études universitaires aux cycles supérieurs, le directeur ou la directrice de recherche fait office de superviseur ou de superviseuse. La façon dont les étudiantes et les étudiants se sentent traités par la personne qui les dirige pourrait donc être liée à leur santé psychologique. Le climat a été mesuré avec le questionnaire de Brown et Leigh (1996). Celui-ci est composé de six sous-dimensions : le soutien de la part du directeur ou de la directrice de recherche, la clarté des tâches à effectuer, le sentiment d'utilité au sein du laboratoire, la reconnaissance perçue de la part du superviseur ou de la superviseuse et du groupe de recherche, la possibilité d'être authentique dans l'expression de soi et le niveau élevé de défi dans ses tâches. Les propriétés psychométriques du questionnaire sont présentées à l'annexe A.

#### **Qualité de l'interaction entre l'étudiante ou l'étudiant et son unité académique**

Byrd et McKinney (2012) ont montré que la qualité de l'interaction d'une unité académique avec ses étudiants et ses étudiantes était liée à la santé psychologique étudiante. Une bonne interaction constitue, par exemple, la facilité avec laquelle la communication s'effectue entre un étudiant ou une étudiante et son unité académique. L'étude de Carini, Kuh et Klein (2006) a également mis en évidence cette relation. Puisqu'il est public, c'est le questionnaire de ces derniers qui a été utilisé dans l'enquête. Ses propriétés psychométriques sont présentées à l'annexe A.

## **Compétition dans le programme**

Selon Hyun, Quinn, Madon et Lustin (2006), la présence d'un climat de compétition dans un programme est inversement reliée à la santé psychologique des étudiantes et des étudiants : plus la compétition est importante, moins la santé psychologique rapportée est bonne. Inclure cette mesure dans le questionnaire permet de déterminer si la présence d'un climat de compétition au sein d'une unité académique à l'Université de Montréal est liée aux différents indicateurs de la santé psychologique. Le climat de compétition a été mesuré avec le questionnaire de Brown, Cron et Slocum (1998). Les propriétés psychométriques du questionnaire sont présentées à l'annexe A.

## **Charge de travail élevée, pression pour effectuer des heures supplémentaires et stress relié à l'écriture du mémoire ou de la thèse**

Ces variables proviennent de la thèse de Rochette (2012) qui a étudié les facteurs influençant le stress chez les doctorantes et les doctorants en psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières. Ces trois variables étant prédominantes, elles ont chacune été mesurées par leur question respective, telles qu'utilisées dans la thèse de Rochette. Ces dernières demandaient à quel point chacune de ces variables générerait un stress chez le répondant ou chez la répondante. Elles permettront de vérifier si ces variables sont également reliées à la santé psychologique à l'Université de Montréal.

## **Répercussions sur les études**

Aucune étude ne s'est penchée sur les liens entre la santé psychologique et différentes variables relatives aux études chez les étudiants et les étudiantes universitaires. Dans le cadre de la présente enquête, des questions ont été élaborées afin de déterminer les liens entre la santé psychologique étudiante et la performance scolaire – mesurée à l'aide de la moyenne cumulative de la dernière année (GPA) – l'allongement des études ainsi que l'intention de quitter son programme en cours de parcours.

## **2.3 LES QUESTIONS SOCIODÉMOGRAPHIQUES**

Afin de connaître les problématiques de santé psychologique propres à chaque unité, quelques questions sociodémographiques ont été élaborées afin de connaître l'âge des répondants et des répondantes, leur programme ainsi que leur cycle d'études. Ces questions ont également permis de s'assurer que les participantes et les participants à l'enquête sont représentatifs de l'ensemble de la population étudiante de l'Université de Montréal.

## **2.4 LES QUESTIONS DU CSCP**

Afin d'arrimer au maximum ses services aux besoins de la population étudiante, le CSCP a également créé quelques questions. Celles-ci visaient à savoir si les étudiantes et les étudiants de l'Université de Montréal avaient ressenti le besoin de consulter au sujet de leur santé psychologique au cours de la dernière année, s'ils et elles connaissent les services du CSCP ainsi qu'à connaître les facteurs les motivant ou les repoussant à y recourir de même que le type de traitement privilégié par la communauté étudiante. L'analyse détaillée des données obtenues grâce à ces questions sera incluse dans un rapport subséquent.

## 3. MÉTHODOLOGIE

### 3.1 ÉLABORATION DU QUESTIONNAIRE

Afin de bâtir le questionnaire qui allait servir à l'enquête, une revue de littérature sur les troubles de santé psychologique les plus fréquents à l'université et au travail a été effectuée. Les troubles les plus fréquents et les plus pertinents ont été sélectionnés, soit la dépression, la détresse psychologique, l'épuisement professionnel, les idéations suicidaires et les tentatives de suicide. Ces variables ont donc servi d'indicateurs de la santé psychologique étudiante. Par la suite, la revue de littérature s'est élargie aux variables prédisant la santé psychologique dans ces deux contextes. Ces variables pouvaient être des construits psychologiques, comme la perception du soutien des pairs, ou sociodémographiques, comme le niveau d'endettement. Les variables psychologiques sélectionnées sont le sentiment de solitude, la perception du soutien psychologique par les pairs, l'interaction entre l'étudiant ou l'étudiante et son unité académique et le sentiment de compétition dans le programme. Les variables sociodémographiques sélectionnées sont la précarité financière, le niveau d'endettement, l'appartenance à une minorité ethnique ou sexuelle, les habitudes de vie, la charge de travail, les répercussions sur les études et la consommation de substances. Les questions évaluant les indicateurs de la santé psychologique et les variables psychologiques sont issues de questionnaires psychométriques trouvés dans la littérature scientifique tandis que les questions sociodémographiques proviennent d'enquêtes provinciales sur la santé psychologique ou ont été élaborées par la FAÉCUM à partir de questions similaires trouvées dans la littérature scientifique. Finalement, le CSCP a ajouté quelques questions visant à identifier les besoins de la population étudiante en matière de santé psychologique.

Puisqu'il était possible que certains étudiants et certaines étudiantes aux cycles supérieurs n'aient pas une maîtrise parfaite du français, l'enquête était également disponible en anglais. Ainsi, l'ensemble des questions ont été traduites vers l'anglais ou vers le français. Les questionnaires ont été traduits selon la méthode « parallèle aveugle » (Usunier 1992). Dans un premier temps, deux personnes bilingues ont traduit chaque question de l'enquête sans se consulter. Elles ont par la suite comparé leurs traductions et convenu d'une traduction optimale pour chaque question. Après cette sélection, les questions originales et leur version traduite ont été envoyées à une troisième et à une quatrième personne qui ont eu à évaluer le niveau d'équivalence entre chaque question et sa version traduite. Toutes les questions dont la traduction a reçu un jugement d'équivalence en dessous de 8/10 ont été renvoyées au traducteur et à la traductrice afin d'être retravaillées. Cet exercice a été répété jusqu'à ce que l'ensemble des questions ait obtenu un niveau d'équivalence jugé supérieur ou égal à 8/10.

Au final, l'enquête comportait 87 questions pour les étudiants et les étudiantes au premier cycle et 100 questions pour ceux et celles aux cycles supérieurs. À cela s'ajoutaient entre 4 et 13 questions du CSCP puisque le nombre de questions de cette section variait selon la réponse donnée aux premières questions.

### 3.2 ÉCHANTILLON, REPRÉSENTATIVITÉ ET PONDÉRATION

L'étude sur la santé psychologique des étudiants et des étudiantes de l'Université de Montréal a été menée auprès des membres de la FAÉCUM. La Faculté de l'éducation permanente, l'École des Hautes Études Commerciales (HEC) et l'École Polytechnique n'ont pas été incluses, mais pourraient l'être ultérieurement si une autre édition de l'enquête est réalisée. Ainsi, la population sur laquelle porte l'enquête est composée d'environ 30 000 étudiants et étudiantes au premier cycle et d'environ 10 000 aux cycles supérieurs.

Au total, 10 217 personnes ont complété l'enquête. Ensemble, celles-ci constituent l'échantillon à l'étude. Une étape cruciale avant de décrire l'état de la santé psychologique de l'échantillon est de vérifier si ce

dernier est représentatif de la population à l'étude, c'est-à-dire de vérifier si les différentes caractéristiques de la population se retrouvent dans les mêmes proportions chez les personnes qui composent l'échantillon. Cette étape permet de vérifier si la description de l'échantillon sur les indicateurs de la santé psychologique sera généralisable telle quelle à la population des 40 000 étudiants et étudiantes membres de la FAÉCUM. Les détails concernant la vérification de la représentativité de l'échantillon sont présentés à l'annexe B.

L'échantillon n'a pas été jugé parfaitement représentatif de la population. Plus exactement, sa composition comprend, en proportion, plus de personnes à temps plein, de femmes et une moyenne d'âge plus basse que la population étudiante de l'Université de Montréal. Dans cette situation, il est possible de rendre l'échantillon représentatif de la population à l'étude en effectuant une pondération. Une fois cette manipulation effectuée, il est possible de généraliser la description de l'échantillon à l'ensemble de la population. Heureusement, les caractéristiques surreprésentées sont liées dans la population à l'étude, c'est-à-dire que les personnes inscrites à temps plein à l'Université de Montréal sont majoritairement des femmes et des personnes plus jeunes. Ainsi, la pondération pour l'une de ces caractéristiques devrait permettre de rendre proportionnelles les deux autres.

La pondération a été réalisée selon le statut d'études, c'est-à-dire que l'on a attribué un score moins important aux réponses des personnes étudiant à temps plein qu'aux réponses des personnes ayant un autre statut d'études. Une nouvelle vérification de la représentativité de l'échantillon pondéré a été effectuée. Les détails concernant cette seconde vérification sont présentés à l'annexe C. On remarque maintenant que les caractéristiques de l'échantillon sont présentes de manière proportionnelle avec celles de la population de 40 000 étudiants et étudiantes membres de la FAÉCUM.

Ainsi, l'échantillon pondéré est représentatif de la population étudiante de l'Université de Montréal. La description de la santé psychologique de cet échantillon pondéré pourra être généralisable à l'ensemble de la population étudiante membre. Les détails concernant la pondération se trouvent à l'annexe C.

### 3.3 ADMINISTRATION

Le questionnaire en ligne a été distribué à l'ensemble des membres de la FAÉCUM via leurs adresses courriel institutionnelles le 22 février 2016. Par la suite, un rappel hebdomadaire a été envoyé aux personnes n'ayant pas rempli le questionnaire et ce, jusqu'au 28 mars 2016, dernier jour où il a été possible de participer à l'enquête. Le questionnaire a été hébergé par une firme externe qui était chargée d'envoyer le lien de participation aux étudiants et aux étudiantes et d'effectuer les rappels.

Puisqu'une enquête sur la santé psychologique peut attirer davantage les personnes présentant une santé psychologique précaire que les personnes dont la santé psychologique est intacte, la FAÉCUM a offert différents prix afin d'encourager l'ensemble de la communauté étudiante à participer. Au total, vingt personnes choisies aléatoirement ont reçu des prix de participation. De plus, plusieurs représentants et représentantes d'associations étudiantes ont fait la promotion de l'enquête dans les salles de classe et au cœur des lieux publics de l'Université de Montréal afin d'inciter les étudiants et les étudiantes à compléter l'enquête.

Cette enquête est, à notre connaissance, la première tentative de dresser un état des lieux auprès d'autant d'étudiants et d'étudiantes avec un questionnaire qui comporte des questions psychométriques déjà validées, c'est-à-dire qui mesure des construits psychologiques de manière fidèle. Les données recueillies par ce questionnaire permettront non seulement de dresser un portrait de la santé psychologique étudiante à l'Université de Montréal, mais aussi d'effectuer diverses analyses statistiques permettant de comprendre quelles sont les variables qui l'affectent le plus.

### 3.4 BIAIS ET MISES EN GARDE

Deux éléments peuvent venir biaiser les résultats descriptifs de l'enquête. Ceux-ci méritent d'être étudiés afin d'établir leur impact sur les résultats obtenus. Le premier est le moment où l'enquête a eu lieu et le second est la probabilité que l'enquête ait attiré davantage les personnes ayant une santé psychologique négative. Les biais potentiels générés par ces deux éléments ont été examinés en profondeur à l'annexe D et un résumé est présenté dans cette section.

#### 3.4.1 Biais temporel

Puisque la tenue de l'enquête coïncidait avec la mi-session, il est possible que les résultats obtenus soient plus élevés sur certains indicateurs de santé psychologique. Pour vérifier si ce biais est présent, une comparaison des patrons de réponse a été faite sur des questionnaires avec des portées temporelles différentes. Les questionnaires utilisés pour la comparaison sont indiqués au tableau 1.

Tableau 1. Les questionnaires utilisés pour vérifier le biais temporel.

Portée	Questionnaire	Portée temporelle des questions
Court terme	Dépression	« Au cours des <b>2 dernières semaines</b> ... »
	Détresse psychologique	« Au cours du <b>dernier mois</b> ... »
	Épuisement professionnel	Aucun ancrage temporel : la réponse se situe au <b>présent</b> .
Long terme	Idéation et tentative suicidaires	« Au cours des <b>12 derniers mois</b> ... »
	« Avez-vous ressenti le besoin de consulter un professionnel ou une professionnelle de la santé mentale ? »	« Au cours des <b>12 derniers mois</b> ... »

Les réponses données aux questionnaires ayant une portée temporelle à court terme devraient être plus facilement biaisées par la mi-session que les questionnaires ayant une portée à long terme. Une analyse comparative des patrons de réponses sur ces questionnaires lors des quatre semaines où il était possible de répondre à l'enquête a été effectuée et est présentée à l'annexe D. Les résultats de cette analyse démontrent que le patron de réponse pour les questionnaires à court terme est très similaire à celui des questionnaires à long terme. Ces résultats nous laissent croire qu'il n'y a pas de biais temporel dans les réponses données par les étudiants et les étudiantes à cette enquête.

#### 3.4.2 Biais d'attrait

Une enquête sur la santé psychologique étudiante peut attirer davantage les personnes dont la santé psychologique est précaire. Il est donc possible que les personnes ayant répondu à l'enquête présentent un portrait plus sombre que celui qu'on trouverait dans la population étudiante et ce, même avec un échantillon pondéré. Pour vérifier si ce biais est présent dans les réponses de l'enquête, on peut comparer la gravité des symptômes psychologiques des personnes ayant répondu aux différentes semaines où il était possible de participer à l'enquête. Si ce biais est présent dans les données recueillies, on verrait une diminution des symptômes au fur et à mesure que le temps passe. Si ce biais est absent, on observerait

une certaine stabilité des symptômes d'une semaine à l'autre. Les détails au sujet de cette vérification se trouvent à l'annexe D.

Lorsqu'on regarde les réponses des participants et des participantes à l'enquête, on observe une légère diminution des symptômes avec le défilement des semaines. Plus précisément, les personnes ayant répondu à la première semaine de l'enquête présentent un portrait plus sombre que les personnes ayant répondu aux trois semaines suivantes. Il est donc possible qu'un biais soit présent et que les personnes présentant une santé psychologique négative aient davantage été portées à répondre rapidement à l'enquête que leurs collègues. Il est donc permis de croire que si l'enquête avait duré plus longtemps, les symptômes rapportés seraient un peu moins sévères et qu'ils le sont effectivement un peu moins dans la population étudiante que dans l'échantillon pondéré.

Cependant, comme c'est la première semaine qui se distingue des autres semaines et que la baisse des symptômes est très lente, il est possible de croire que la différence des symptômes ne serait pas de très grande envergure. Il sera toutefois important de conserver cette mise en garde en tête lors de l'observation des résultats descriptifs et de faire preuve de prudence lors de l'analyse des résultats.

## 4. RÉSULTATS DESCRIPTIFS

Cette section décrit les résultats obtenus aux quatre indicateurs de la santé psychologique par les étudiants et les étudiantes des différentes facultés en fonction de leur cycle d'études à l'Université de Montréal. Ces quatre indicateurs sont les symptômes dépressifs, la détresse psychologique, l'épuisement professionnel, les idéations suicidaires et les tentatives de suicide.

### 4.1 SYMPTÔMES DÉPRESSIFS

#### 4.1.1 Fidélité du questionnaire

Dans la présente enquête, l'alpha de Cronbach<sup>3</sup> du questionnaire PHQ-9 est de 0,845. Cela signifie que les personnes ayant participé à l'enquête ont répondu de manière constante aux questions de l'instrument mesurant les symptômes dépressifs, mais qu'il y a une légère variation dans l'intensité des réponses données d'une question à l'autre. Cela est normal étant donné que les symptômes dépressifs sont variés – certains concernent l'humeur, d'autres l'appétit ou le sommeil – mais qu'ils ont tendance à varier ensemble. Le questionnaire est donc fidèle.

#### 4.1.2 Portrait de l'échantillon

##### **Interprétation du questionnaire**

Le questionnaire PHQ-9 permet de regrouper les réponses des participants et des participantes en cinq catégories – selon le score obtenu – permettant de dépister les symptômes dépressifs. Ces catégories sont présentées au tableau 2. Selon les normes décrites dans l'article de Kroenke et Spitzer (2002), les personnes dont le score se situe dans les deux premières catégories ne rapportent pas de symptômes inquiétants d'un point de vue clinique. Les personnes dont le score se situe dans la troisième catégorie, soit celle des symptômes modérés, pourraient facilement se déplacer vers la deuxième ou la quatrième catégorie. Finalement, les personnes dont le score se situe dans les deux dernières catégories rapportent des symptômes suffisamment importants pour dire qu'elles pourraient bénéficier d'un soutien psychologique professionnel et/ou pharmaceutique.

---

<sup>3</sup> L'alpha de Cronbach est une statistique variant de zéro à un qui permet d'indiquer à quel point les réponses aux différentes questions d'un même questionnaire varient ensemble. Cela permet d'estimer si elles mesurent le même construit psychologique. Un alpha supérieur à 0,65 est considéré comme passable, alors qu'il est considéré comme bon s'il est supérieur à 0,80 et qu'il est considéré comme excellent s'il est supérieur à 0,90.

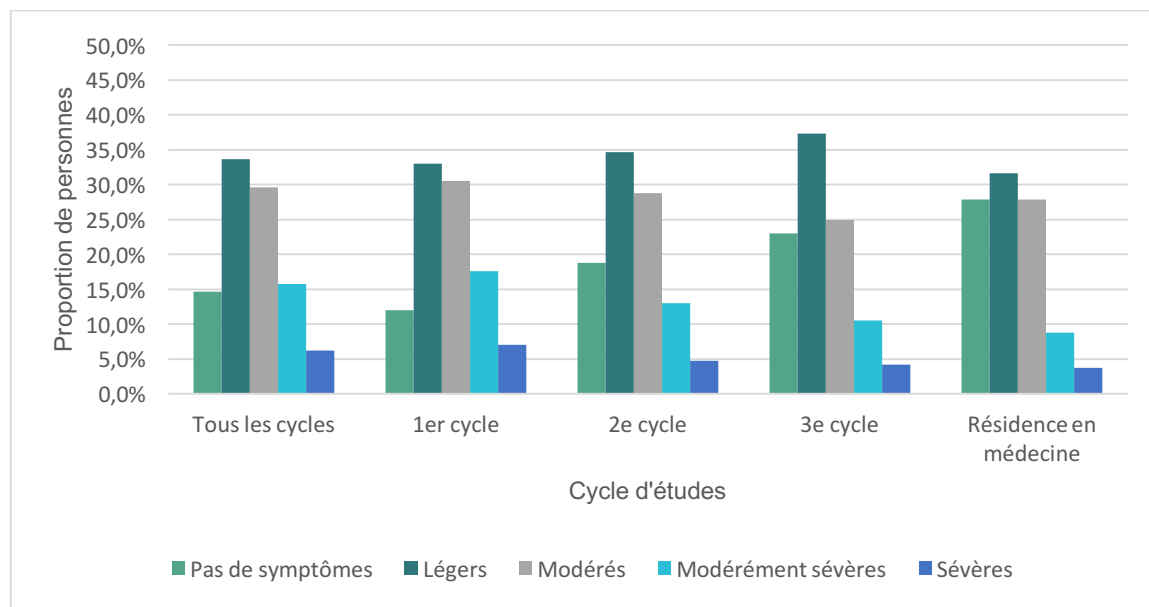
Tableau 2. Catégories de dépistage du PHQ-9.

Score	Sévérité dépistée	Action proposée (quand utilisé comme dépistage personnalisé)
1 à 4	Aucune	Aucune
5 à 9	Légère	Répéter l'administration du questionnaire au cours d'une prochaine visite.
10 à 14	Modérée	Discuter des traitements possibles avec le ou la bénéficiaire au cas où les symptômes s'aggraveraient.
15 à 19	Modérément sévère	Débuter un traitement par psychothérapie ou pharmaceutique immédiatement.
20 à 27	Sévère	Débuter un traitement par psychothérapie ou pharmaceutique immédiatement et si jugé très sévère, référer à une équipe multidisciplinaire.

### Description et classification des résultats

À l'échelle globale, 14,7 % des personnes ne rapportent pas de symptômes, 33,7 % en rapportent de légers, 29,6 % en rapportent de modérés, 15,8 % en rapportent de modérément sévères et, finalement, 6,2 % rapportent des symptômes sévères. La figure 1 ventile ces informations selon le cycle d'études.

Figure 1. Proportion d'étudiants et d'étudiantes présentant les diverses catégories de symptômes par cycles d'études.





Les étudiantes et les étudiants inscrits au premier cycle présentent le score moyen le plus élevé, soit de 10,78 au questionnaire PHQ-9 et sont suivis des étudiantes et des étudiants de deuxième cycle, qui ont un score moyen de 9,50. Les étudiantes et les étudiants inscrits au troisième cycle et à la résidence en médecine sont ceux qui rapportent les scores moyens les plus bas, soit respectivement de 8,78 et de 8,20. Les différences entre les scores moyens sont statistiquement significatives, sauf entre les personnes de troisième cycle et celles en résidence en médecine. Les résultats peuvent aussi être présentés par faculté. Le tableau 3 rapporte ces informations de manière détaillée.

Tableau 3. Moyenne au questionnaire PHQ-9 par faculté et par cycle d'études.

Faculté	1 <sup>er</sup> cycle	2 <sup>e</sup> cycle	3 <sup>e</sup> cycle	Moyenne par faculté, pondérée selon l'effectif étudiant de chaque cycle d'études
Aménagement (n) <sup>4</sup>	<b>11,07</b> ± 5,12 <sup>5</sup> (257)	<b>9,38</b> ± 5,37 (109)	<b>9,36</b> ± 6,02 (16)	<b>10,52</b> ± 5,27 (382)
Arts et sciences (n)	<b>11,16</b> ± 5,48 (3 964)	<b>9,91</b> ± 5,28 (936)	<b>9,38</b> ± 5,37 (499)	<b>10,78</b> ± 5,47 (5 399)
Droit (n)	<b>11,24</b> ± 5,37 (289)	<b>10,31</b> ± 6,27 (93)	<b>10,22</b> ± 5,11 (21)	<b>10,97</b> ± 5,58 (402)
FESP <sup>6</sup> (n)	-	<b>7,16</b> ± 3,90 (22)	<b>12,75</b> ± 7,59 (7)	<b>8,43</b> ± 5,36 (29)
Kinésiologie (n)	<b>10,42</b> ± 6,18 (74)	<b>7,53</b> ± 4,60 (17)	<b>6,76</b> ± 6,14 (7)	<b>9,67</b> ± 6,03 (97)
Médecine (n)	<b>9,81</b> ± 5,32 (792)	<b>9,01</b> ± 5,24 (238)	<b>7,20</b> ± 4,66 (152)	<b>9,20</b> ± 5,29 (1 318)
Résidence en médecine (n)	-	<b>8,20</b> ± 5,17 (136)		
Médecine dentaire (n)	<b>12,08</b> ± 5,81 (70)	N.P. <sup>7</sup> C. <sup>8</sup>	-	<b>12,34</b> ± 5,90 C. <sup>8</sup>
Médecine vétérinaire (n)	<b>10,19</b> ± 5,23 (130)	<b>9,80</b> ± 4,24 (41)	<b>8,08</b> ± 4,64 (29)	<b>9,81</b> ± 4,99 (200)

<sup>4</sup> Nombre de personnes ayant répondu dans chaque groupe.

<sup>5</sup> Les résultats sont présentés de la manière suivante : Moyenne ± Écart-type.

<sup>6</sup> Les personnes classées dans la Faculté des études supérieures et postdoctorales (FESP) sont soit étudiantes libres aux cycles supérieurs, soit inscrites dans l'un des deux programmes facultaires offerts par cette faculté. Toutes les personnes qui ont indiqué cette faculté en répondant à l'enquête, mais qui étudient dans un programme dont la discipline appartient à une faculté disciplinaire ont été replacées dans leur faculté disciplinaire d'appartenance manuellement. Par exemple, les personnes qui étudient au doctorat en psychologie clinique et qui avaient indiqué FESP comme faculté et écrit leur programme à la main ont été replacées dans la Faculté des arts et des sciences sous le programme « doctorat en psychologie clinique » une par une.

<sup>7</sup> Lorsque moins de sept personnes d'une catégorie ont répondu à l'enquête, les données relatives à leur groupe ne sont pas publiées par souci de confidentialité. Leur moyenne est tout de même incluse dans la moyenne pondérée de leur faculté.

<sup>8</sup> Le nombre total est confidentiel afin de préserver les données non publiables (voir note précédente) confidentielles. Le nombre total correspond à la somme du nombre de personnes répondantes de chaque cycle, plus un nombre allant d'un à six (qui correspond au nombre de personnes répondantes pour le cycle où les données sont non publiables).

Musique (n)	<b>10,62 ± 5,11</b> (100)	<b>10,16 ± 5,50</b> (34)	<b>9,14 ± 4,92</b> (30)	<b>10,25 ± 5,16</b> (164)
Optométrie (n)	<b>8,46 ± 4,71</b> (71)	<b>8,38 ± 5,35</b> (12)	N.P. <sup>5</sup> C. <sup>8</sup>	<b>8,60 ± 4,90</b> C. <sup>8</sup>
Pharmacie (n)	<b>10,27 ± 5,20</b> (246)	<b>9,61 ± 5,99</b> (72)	<b>8,32 ± 5,16</b> (15)	<b>10,04 ± 5,38</b> (333)
Santé publique (n)	-	<b>8,85 ± 5,07</b> (165)	<b>9,35 ± 5,78</b> (35)	<b>8,94 ± 5,19</b> (200)
Sciences de l'éducation (n)	<b>9,97 ± 5,04</b> (622)	<b>8,61 ± 5,18</b> (249)	<b>6,66 ± 5,02</b> (46)	<b>9,44 ± 5,15</b> (917)
Sciences infirmières (n)	<b>10,48 ± 4,98</b> (329)	<b>10,06 ± 5,60</b> (80)	<b>9,42 ± 6,82</b> (19)	<b>10,35 ± 5,18</b> (428)
Théologie et sciences des religions (n)	<b>9,01 ± 6,46</b> (17)	<b>8,55 ± 5,36</b> (12)	N.P. <sup>5</sup> C. <sup>8</sup>	<b>8,32 ± 5,96</b> C. <sup>8</sup>
Moyenne par cycle d'études, pondérée selon l'effectif de chaque faculté (n)	<b>10,78 ± 5,40</b> (6 961)	<b>9,50 ± 5,34</b> C. <sup>8</sup>	<b>8,81 ± 5,36</b> (881)	<b>10,31 ± 5,43</b> (10 061)

Les données permettant de calculer la moyenne au questionnaire PHQ-9 de chaque faculté ne sont pas toujours distribuées normalement. Parfois, on observe une grande proportion de personnes présentant un score faible et une grande proportion de personnes présentant un score élevé au sein d'une même faculté. Afin de rendre compte de ce phénomène, le tableau 4 présente la proportion de personnes se trouvant dans les différentes catégories de dépistage selon la faculté et le cycle d'études. Les deux premières et les deux dernières catégories ont été fusionnées afin de rendre l'information plus saillante.

Tableau 4. Proportion d'étudiants et d'étudiantes se trouvant dans différentes catégories de dépistages selon la faculté et le cycle d'études.

Facultés	Cycle	0 ou faibles	Modérés	Modérés-sévères ou sévères	Facultés	Cycle	0 ou faibles	Modérés	Modérés-sévères ou sévères
Aménagement	1 <sup>er</sup>	% <b>43,6</b> (n) <sup>9</sup> (112)	<b>31,1</b> (80)	<b>25,3</b> (65)	Musique	1 <sup>er</sup>	% <b>46,0</b> (n) (46)	<b>33,0</b> (33)	<b>21,0</b> (21)
	2 <sup>e</sup>	% <b>57,8</b> (n) (63)	<b>22,9</b> (25)	<b>19,3</b> (21)		2 <sup>e</sup>	% <b>44,1</b> (n) (15)	<b>35,3</b> (12)	<b>20,6</b> (7)
	3 <sup>e</sup>	% <b>66,7</b> (n) (10)	N.P. <sup>10</sup> C. <sup>11</sup>	N.P. <sup>10</sup> C. <sup>11</sup>		3 <sup>e</sup>	% <b>64,5</b> (n) (20)	<b>22,6</b> (7)	N.P. <sup>10</sup> C. <sup>11</sup>
	Tous	% <b>48,5</b> (n) (185)	<b>27,9</b> C. <sup>11</sup>	<b>23,4</b> C. <sup>11</sup>		Tous	% <b>49,4</b> (n) (81)	<b>31,7</b> (52)	<b>18,9</b> C. <sup>11</sup>

<sup>9</sup> Nombre de personnes dans chaque catégorie.

<sup>10</sup> Non publiable : Lorsque moins de sept personnes d'une catégorie ont répondu à l'enquête, les données relatives à leur groupe ne sont pas publiées par souci de confidentialité. Leur moyenne est tout de même incluse dans la moyenne pondérée de leur faculté.

<sup>11</sup> Confidentiel : Le nombre de personne est confidentiel afin de préserver les données non publiables confidentielles.

Arts et sciences	1 <sup>er</sup>	% <b>42,3</b> (n) (1 678)	<b>30,5</b> (1 211)	<b>27,1</b> (1 076)	Optométrie	1 <sup>er</sup>	% <b>63,4</b> (n) (45)	<b>22,5</b> (16)	<b>14,1</b> (10)
	2 <sup>e</sup>	% <b>49,6</b> (n) (464)	<b>31,5</b> (295)	<b>18,9</b> (177)		2 <sup>e</sup>	% <b>61,5</b> (n) (8)	<b>N.P.<sup>10</sup></b> C. <sup>11</sup>	<b>N.P.<sup>10</sup></b> C. <sup>11</sup>
	3 <sup>e</sup>	% <b>55,7</b> (n) (278)	<b>28,3</b> (141)	<b>16,0</b> (80)		3 <sup>e</sup>	% <b>N.P.<sup>10</sup></b> C. <sup>11</sup>	<b>N.P.<sup>10</sup></b> C. <sup>11</sup>	<b>N.P.<sup>10</sup></b> C. <sup>11</sup>
	Tous	% <b>44,8</b> (n) (2 420)	<b>30,5</b> (1 647)	<b>24,7</b> (1 333)		Tous	% <b>62</b> (n) C. <sup>11</sup>	<b>21,8</b> (19)	<b>16,1</b> (14)
Droit	1 <sup>er</sup>	% <b>41,0</b> (n) (119)	<b>31,4</b> (91)	<b>27,6</b> (80)	Pharmacie	1 <sup>er</sup>	% <b>44,5</b> (n) (110)	<b>34,8</b> (86)	<b>20,6</b> (51)
	2 <sup>e</sup>	% <b>54,3</b> (n) (51)	<b>21,3</b> (20)	<b>24,5</b> (23)		2 <sup>e</sup>	% <b>54,2</b> (n) (39)	<b>26,4</b> (19)	<b>19,4</b> (14)
	3 <sup>e</sup>	% <b>50,0</b> (n) (10)	<b>35,0</b> (7)	<b>N.P.<sup>10</sup></b> C. <sup>11</sup>		3 <sup>e</sup>	% <b>46,7</b> (n) (7)	<b>N.P.<sup>10</sup></b> C. <sup>11</sup>	<b>N.P.<sup>10</sup></b> C. <sup>11</sup>
	Tous	% <b>44,5</b> (n) (180)	<b>29,3</b> (118)	<b>26,3</b> (C. <sup>11</sup> )		Tous	% <b>46,8</b> (n) 156	<b>33,0</b> C. <sup>11</sup>	<b>20,1</b> C. <sup>11</sup>
FESP	2 <sup>e</sup>	% <b>72,7</b> (n) (16)	<b>N.P.<sup>10</sup></b> C. <sup>11</sup>	<b>N.P.<sup>10</sup></b> C. <sup>11</sup>	Santé publique	2 <sup>e</sup>	% <b>55,8</b> (n) (92)	<b>30,3</b> (50)	<b>13,9</b> (23)
	3 <sup>e</sup>	% <b>N.P.<sup>10</sup></b> C. <sup>11</sup>	<b>N.P.<sup>10</sup></b> C. <sup>11</sup>	<b>N.P.<sup>10</sup></b> C. <sup>11</sup>		3 <sup>e</sup>	% <b>48,6</b> (n) (17)	<b>31,4</b> (11)	<b>20,0</b> (7)
	Tous	% <b>68,9</b> (n) C. <sup>11</sup>	<b>17,2</b> C. <sup>11</sup>	<b>13,8</b> C. <sup>11</sup>		Tous	% <b>55,0</b> (n) (109)	<b>30,5</b> (61)	<b>14,5</b> (30)
Kinésiologie	1 <sup>er</sup>	% <b>48,7</b> (n) (36)	<b>20,3</b> (15)	<b>31,1</b> (23)	Sciences de l'éducation	1 <sup>er</sup>	% <b>50,6</b> (n) (315)	<b>30,8</b> (192)	<b>18,6</b> (116)
	2 <sup>e</sup>	% <b>70,6</b> (n) (12)	<b>N.P.<sup>10</sup></b> C. <sup>11</sup>	<b>N.P.<sup>10</sup></b> C. <sup>11</sup>		2 <sup>e</sup>	% <b>59,0</b> (n) (147)	<b>26,9</b> (67)	<b>14,1</b> (35)
	3 <sup>e</sup>	% <b>N.P.<sup>10</sup></b> C. <sup>11</sup>	<b>N.P.<sup>10</sup></b> C. <sup>11</sup>	<b>N.P.<sup>10</sup></b> C. <sup>11</sup>		3 <sup>e</sup>	% <b>73,9</b> (n) (34)	<b>17,4</b> (8)	<b>N.P.<sup>10</sup></b> C. <sup>11</sup>
	Tous	% <b>54,1</b> (n) C. <sup>11</sup>	<b>19,4</b> C. <sup>11</sup>	<b>26,5</b> C. <sup>11</sup>		Tous	% <b>54</b> (n) (496)	<b>29,1</b> (267)	<b>16,9</b> C. <sup>11</sup>
Médecine	1 <sup>er</sup>	% <b>53,4</b> (n) (423)	<b>27,4</b> (217)	<b>19,2</b> (152)	Sciences infirmières	1 <sup>er</sup>	% <b>45,0</b> (n) (148)	<b>33,7</b> (111)	<b>21,3</b> (70)
	2 <sup>e</sup>	% <b>59,7</b> (n) (142)	<b>26,1</b> (62)	<b>14,3</b> (34)		2 <sup>e</sup>	% <b>47,5</b> (n) (38)	<b>31,3</b> (25)	<b>21,3</b> (17)
	3 <sup>e</sup>	% <b>70,4</b> (n) (107)	<b>19,7</b> (30)	<b>9,9</b> (15)		3 <sup>e</sup>	% <b>55,0</b> (n) (11)	<b>N.P.<sup>10</sup></b> C. <sup>11</sup>	<b>N.P.<sup>10</sup></b> C. <sup>11</sup>
	Résid.	% <b>59,6</b> (n) (81)	<b>27,9</b> (38)	<b>12,5</b> (17)		Tous	% <b>46,0</b> (n) (197)	<b>32,9</b> C. <sup>11</sup>	<b>21,0</b> C. <sup>11</sup>
	Tous	% <b>57,1</b> (n) (753)	<b>26,4</b> (347)	<b>16,5</b> (218)	Théologie et sciences des religions	1 <sup>er</sup>	% <b>53,0</b> (n) (9)	<b>N.P.<sup>10</sup></b> C. <sup>11</sup>	<b>N.P.<sup>10</sup></b> C. <sup>11</sup>
Médecine dentaire	1 <sup>er</sup>	% <b>31,9</b> (n) (22)	<b>34,8</b> (24)	<b>33,3</b> (23)		2 <sup>e</sup>	% <b>N.P.<sup>10</sup></b> C. <sup>11</sup>	<b>N.P.<sup>10</sup></b> C. <sup>11</sup>	<b>N.P.<sup>10</sup></b> C. <sup>11</sup>
	2 <sup>e</sup>	% <b>0,0</b> (n) (0)	<b>0,0</b> (0)	<b>N.P.<sup>10</sup></b> C. <sup>11</sup>		3 <sup>e</sup>	% <b>N.P.<sup>10</sup></b> C. <sup>11</sup>	<b>N.P.<sup>10</sup></b> C. <sup>11</sup>	<b>N.P.<sup>10</sup></b> C. <sup>11</sup>
	Tous	% <b>30,5</b> (n) (22)	<b>33,3</b> (24)	<b>36,1</b> C. <sup>11</sup>	Tous	% <b>59,4</b> (n) (19)	<b>28,1</b> (8)	<b>N.P.<sup>10</sup></b> C. <sup>11</sup>	
Médecine vétérinaire	1 <sup>er</sup>	% <b>51,2</b> (n) (66)	<b>29,5</b> (38)	<b>19,4</b> (25)	TOTAL	1 <sup>er</sup>	% <b>44,9</b> (n) (3 129)	<b>30,4</b> (2 119)	<b>24,6</b> (1 715)
	2 <sup>e</sup>	% <b>47,5</b> (n) (19)	<b>40,0</b> (16)	<b>N.P.<sup>10</sup></b> C. <sup>11</sup>		2 <sup>e</sup>	% <b>53,4</b> (n) (1 112)	<b>29,0</b> (605)	<b>17,6</b> (366)
	3 <sup>e</sup>	% <b>69,0</b> (n) (20)	<b>N.P.<sup>10</sup></b> C. <sup>11</sup>	<b>N.P.<sup>10</sup></b> C. <sup>11</sup>		3 <sup>e</sup>	% <b>59,7</b> (n) (528)	<b>25,1</b> (222)	<b>15,2</b> (134)
	Tous	% <b>52,7</b> (n) (105)	<b>30,3</b> C. <sup>11</sup>	<b>16,9</b> (33)		Tous	% <b>48,2</b> (n) (4 850)	<b>29,7</b> (2 984)	<b>22,2</b> (2 232)

L'information qui se trouve dans ce tableau est complémentaire à celle trouvée au tableau 3. Elle permet de comprendre la distribution des symptômes dépistés par le questionnaire dans les facultés et les cycles d'études. Ainsi, il peut arriver qu'une moyenne ne se démarque pas au tableau 3, mais qu'en observant la distribution du tableau 4, on remarque qu'une proportion importante d'étudiants et d'étudiantes présentent des symptômes dépressifs modérément sévères ou sévères. Parmi les personnes ayant répondu à l'enquête, 22 % ont rapporté des symptômes modérément-sévères ou sévères au questionnaire PHQ-9. Les facultés où le pourcentage de cette catégorie dépasse 22 % pourraient être les premières à bénéficier d'une intervention universitaire advenant qu'il y en ait une qui soit mise en place.

## 4.2 SYMPTÔMES DE DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE

### 4.2.1 Fidélité du questionnaire

Dans la présente enquête, l'alpha de Cronbach du questionnaire sur la détresse psychologique est de 0,841. Cette mesure indique que les personnes répondent de manière constante aux questions de l'instrument, mais qu'il y a une légère variation d'une question à l'autre. Cela est normal étant donné que les symptômes de détresse psychologique sont variés – certains concernent l'humeur dépressive, alors que d'autres concernent le stress – mais tous ces symptômes ont tendance à varier ensemble.

### 4.2.2 Portrait de l'échantillon

#### Interprétation du questionnaire

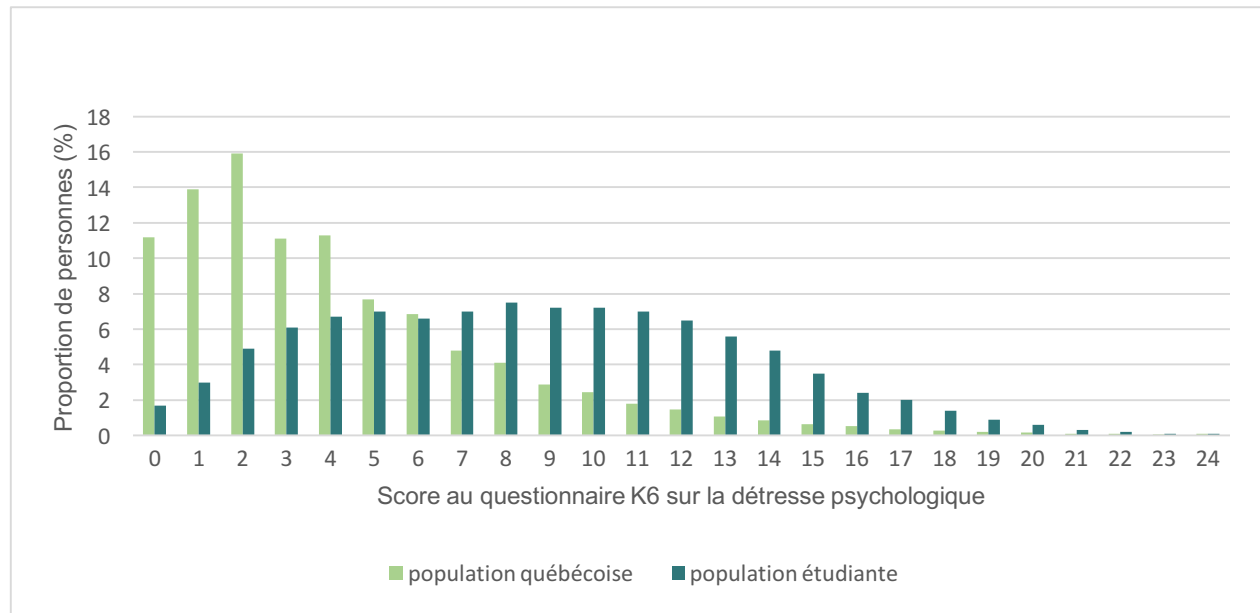
Le questionnaire utilisé pour recueillir des données sur la détresse psychologique permet d'obtenir un score variant de 0 à 24. Toutefois, celui-ci ne possède pas de normes permettant d'interpréter la gravité des symptômes rapportés comme c'est le cas pour le questionnaire mesurant les symptômes dépressifs. Par conséquent, il n'est pas possible de classer les personnes par catégories comme ce fut le cas à la sous-section précédente. Pour cette section, les données seront comparées à celles de l'enquête québécoise sur la santé des populations de 2008.

#### Description et classification des résultats

Dans l'enquête québécoise sur la santé des populations, les résultats sont présentés par quintiles, c'est-à-dire que les personnes sont placées en cinq catégories comptant chacune 20 % de la population. La limite du quintile supérieur se situe à un score de 7/24, c'est-à-dire que 20 % de la population québécoise a un score de 7 ou plus au questionnaire sur la détresse psychologique. Toutefois, comme ce questionnaire ne possède pas de normes d'interprétation, ceci ne veut pas dire que 20 % de la population rapporte de la détresse psychologique.

Lorsqu'on compare avec les données de l'enquête sur la santé psychologique étudiante, on remarque que 64 % des étudiantes et des étudiants ont obtenu un score supérieur ou égal à 7 au questionnaire sur la détresse psychologique. On observe donc que les étudiants et les étudiantes de l'Université de Montréal rapportent plus de détresse psychologique que la population générale en rapportait en 2008. En effet, 64 % de la population étudiante se trouve dans le quintile (20 %) de la population présentant le plus de symptômes de détresse psychologique. Il sera intéressant de faire à nouveau cette comparaison en septembre 2016 lorsque les données de l'enquête de 2013 seront publiques. La figure 2 met en lumière la distribution des réponses au questionnaire sur la détresse psychologique dans la population québécoise en 2008 et dans de la population étudiante de l'Université de Montréal en 2016.

Figure 2. Pourcentage de la population québécoise et de la population étudiante à chaque score du questionnaire sur la détresse psychologique.



Finalement, il ne faut pas oublier qu’il n’existe pas de barème précis pour évaluer l’ampleur de la détresse psychologique. Il n’est donc pas possible de statuer sur le pourcentage d’étudiants et d’étudiantes qui vivent de la détresse psychologique à l’Université de Montréal. Il est seulement possible de dire que ces derniers et ces dernières en vivent davantage que la population québécoise en 2008. Étant donné le peu d’informations qu’il est possible de retirer des résultats descriptifs de cette variable, elle sera probablement retirée lors d’une future réédition de l’enquête.

### 4.3 ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL (*BURNOUT*)

#### 4.3.1 Fidélité du questionnaire

Dans la présente enquête, l’alpha de Cronbach du questionnaire sur l’épuisement professionnel est de 0,889. Cela signifie que les personnes répondent de manière constante aux questions de l’instrument, avec très peu de variation d’une question à l’autre. Cela est normal étant donné que les symptômes d’épuisement professionnel sont variés – certains concernent l’épuisement, alors que d’autres concernent le sentiment de dépersonnalisation ou de manque d’accomplissement – mais tous ces symptômes ont tendance à varier ensemble.

#### 4.3.2 Portrait de l’échantillon

##### Interprétation du questionnaire

L’instrument utilisé pour mesurer l’épuisement professionnel et ses trois dimensions possède des normes permettant de classer les réponses obtenues sur une échelle de gravité. Les auteurs de l’échelle (Maslach, Jackson et Leiter 1996) indiquent que, pour être déclarées comme manifestant des symptômes

d'épuisement professionnel, les personnes doivent avoir un score élevé sur les trois sous-échelles, soit l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et le sentiment de manque d'accomplissement personnel.

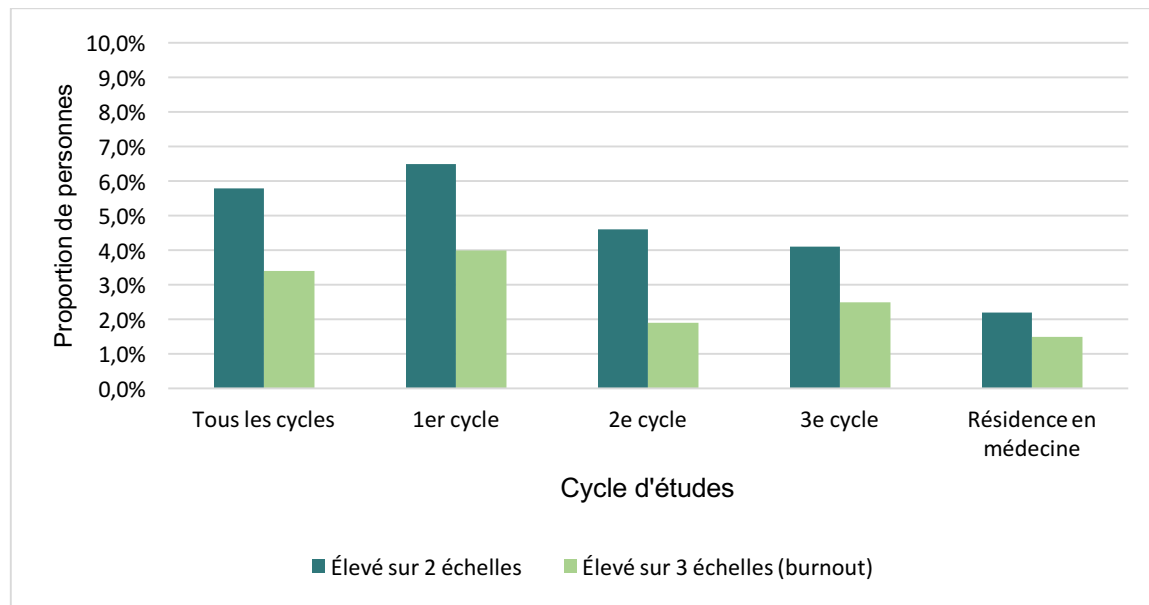
Tableau 5. Catégories de dépistage du *burnout*.

Sous-échelle	Seuil critique proposé par Malash, Jackson et Leiter (1996)		
	Faible	Moyen	Élevé
Épuisement émotionnel	Moins que 14	14 à 20	Plus que 20
Dépersonnalisation	Moins que 5	5 à 7	Plus que 7
Sentiment de manque d'accomplissement	Moins que 29	29 à 33	Plus que 33

### Description et classification des résultats

À l'échelle globale, 3,4 % de l'échantillon rapporte un score élevé sur les trois sous-échelles. Selon Maslach, Jackson et Leiter (1996), cela signifie que ces personnes manifestent des symptômes de *burnout*. Afin de vérifier la proportion d'étudiants et d'étudiantes à risque de *burnout*, la proportion rapportant un score élevé sur deux échelles et un score moyen sur une échelle a été calculée et s'élève à 5,8 % de l'échantillon. La figure 3 ventile ces informations selon le cycle d'études.

Figure 3. Proportion d'étudiants et d'étudiantes présentant les diverses catégories de symptômes par cycles d'études.



Les étudiantes et les étudiants qui présentent le plus de symptômes de *burnout* sont celles et ceux inscrits au premier cycle (4,0 %), suivi de celles et ceux inscrits au troisième cycle (2,5 %), de celles et ceux inscrits au deuxième cycle (1,9 %) puis des résidents et résidentes en médecine (1,5 %). Les résultats peuvent

aussi être présentés par facultés et par cycle d'études. Le tableau 6 rapporte ces informations de manière détaillée.

Tableau 6. Proportion de personnes présentant les diverses catégories de symptômes du *burnout* selon la faculté et le cycle d'études.

Facultés	Cycle	Pas de symptômes	2 échelles élevées	3 échelles élevées ( <i>burnout</i> )	Facultés	Cycle	Pas de symptômes	2 échelles élevées	3 échelles élevées ( <i>burnout</i> )		
Aménagement	1 <sup>er</sup>	% (n) <sup>12</sup>	<b>89,2</b> (229)	<b>7,0</b> (18)	<b>3,9</b> (10)	Musique	1 <sup>er</sup>	% (n)	<b>95,0</b> (95)	<b>N.P.</b> <sup>13</sup> C. <sup>14</sup>	<b>N.P.</b> <sup>13</sup> C. <sup>14</sup>
	2 <sup>e</sup>	% (n)	<b>91,8</b> (101)	<b>N.P.</b> <sup>13</sup> C. <sup>14</sup>	<b>N.P.</b> <sup>13</sup> C. <sup>14</sup>		2 <sup>e</sup>	% (n)	<b>94,1</b> (32)	<b>N.P.</b> <sup>13</sup> C. <sup>14</sup>	<b>0,0</b> (0)
	3 <sup>e</sup>	% (n)	<b>100,0</b> (16)	<b>0,0</b> 0	<b>0,0</b> 0		3 <sup>e</sup>	% (n)	<b>93,3</b> (28)	<b>N.P.</b> <sup>13</sup> C. <sup>14</sup>	<b>0,0</b> (0)
	Tous	% (n)	<b>90,4</b> (346)	<b>6,3</b> C. <sup>14</sup>	<b>3,4</b> C. <sup>14</sup>		Tous	% (n)	<b>94,5</b> (155)	<b>4,3</b> (7)	<b>N.P.</b> <sup>13</sup> C. <sup>14</sup>
Arts et sciences	1 <sup>er</sup>	% (n)	<b>88,2</b> (3 497)	<b>7,2</b> (284)	<b>4,6</b> (183)	Optométrie	1 <sup>er</sup>	% (n)	<b>92,9</b> (66)	<b>N.P.</b> <sup>13</sup> C. <sup>14</sup>	<b>N.P.</b> <sup>13</sup> C. <sup>14</sup>
	2 <sup>e</sup>	% (n)	<b>94,0</b> (879)	<b>4,5</b> (42)	<b>1,5</b> (14)		2 <sup>e</sup>	% (n)	<b>84,6</b> (11)	<b>N.P.</b> <sup>13</sup> C. <sup>14</sup>	<b>N.P.</b> <sup>13</sup> C. <sup>14</sup>
	3 <sup>e</sup>	% (n)	<b>90,9</b> (454)	<b>5,6</b> (28)	<b>3,4</b> (17)		3 <sup>e</sup>	% (n)	<b>N.P.</b> <sup>13</sup> C. <sup>14</sup>	<b>N.P.</b> <sup>13</sup> C. <sup>14</sup>	<b>N.P.</b> <sup>13</sup> C. <sup>14</sup>
	Tous	% (n)	<b>89,4</b> (4 830)	<b>6,6</b> (354)	<b>4,0</b> (214)		Tous	% (n)	<b>91,8</b> C. <sup>14</sup>	<b>N.P.</b> <sup>13</sup> C. <sup>14</sup>	<b>N.P.</b> <sup>13</sup> C. <sup>14</sup>
Droit	1 <sup>er</sup>	% (n)	<b>87,5</b> (253)	<b>8,0</b> (23)	<b>4,5</b> (13)	Pharmacie	1 <sup>er</sup>	% (n)	<b>91,9</b> (227)	<b>4,9</b> (12)	<b>3,2</b> (8)
	2 <sup>e</sup>	% (n)	<b>90,3</b> (84)	<b>N.P.</b> <sup>13</sup> C. <sup>14</sup>	<b>N.P.</b> <sup>13</sup> C. <sup>14</sup>		2 <sup>e</sup>	% (n)	<b>87,5</b> (63)	<b>N.P.</b> <sup>13</sup> C. <sup>14</sup>	<b>N.P.</b> <sup>13</sup> C. <sup>14</sup>
	3 <sup>e</sup>	% (n)	<b>90,5</b> (19)	<b>0,0</b> (0)	<b>N.P.</b> <sup>13</sup> C. <sup>14</sup>		3 <sup>e</sup>	% (n)	<b>93,3</b> (14)	<b>N.P.</b> <sup>13</sup> C. <sup>14</sup>	<b>0,0</b> (0)
	Tous	% (n)	<b>88,4</b> (356)	<b>6,9</b> C. <sup>14</sup>	<b>4,7</b> (19)		Tous	% (n)	<b>91,0</b> (304)	<b>4,8</b> (16)	<b>4,2</b> C. <sup>14</sup>
FESP	2 <sup>e</sup>	% (n)	<b>95,4</b> (21)	<b>N.P.</b> <sup>13</sup> C. <sup>14</sup>	<b>0,0</b> (0)	Santé publique	2 <sup>e</sup>	% (n)	<b>97,6</b> (162)	<b>N.P.</b> <sup>13</sup> C. <sup>14</sup>	<b>N.P.</b> <sup>13</sup> C. <sup>14</sup>
	3 <sup>e</sup>	% (n)	<b>N.P.</b> <sup>13</sup> C. <sup>14</sup>	<b>N.P.</b> <sup>13</sup> C. <sup>14</sup>	<b>0,0</b> (0)		3 <sup>e</sup>	% (n)	<b>97,5</b> (34)	<b>N.P.</b> <sup>13</sup> C. <sup>14</sup>	<b>N.P.</b> <sup>13</sup> C. <sup>14</sup>
	Tous	% (n)	<b>96,4</b> C. <sup>14</sup>	<b>N.P.</b> <sup>13</sup> C. <sup>14</sup>	<b>0,0</b> (0)		Tous	% (n)	<b>97,5</b> (196)	<b>N.P.</b> <sup>13</sup> C. <sup>14</sup>	<b>N.P.</b> <sup>13</sup> C. <sup>14</sup>

<sup>12</sup> Nombre de personnes.

<sup>13</sup> Non-publiable : Lorsque moins de sept personnes d'une catégorie ont répondu à l'enquête, les données relatives à leur groupe ne sont pas publiées par souci de confidentialité. Leur moyenne est tout de même incluse dans la moyenne pondérée de leur faculté.

<sup>14</sup> Confidentiel : Le nombre de personne est confidentiel afin de préserver les données non publiables confidentielles.

Kinésiologie	1 <sup>er</sup>	% (n)	<b>86,5</b> (64)	<b>9,5</b> (7)	<b>N.P.</b> <sup>13</sup> C. <sup>14</sup>	Sciences de l'éducation	1 <sup>er</sup>	% (n)	<b>94,2</b> (585)	<b>3,7</b> (23)	<b>2,1</b> (13)
	2 <sup>e</sup>	% (n)	<b>100,0</b> (17)	<b>0,0</b> (0)	<b>0,0</b> (0)		2 <sup>e</sup>	% (n)	<b>93,9</b> (234)	<b>4,4</b> (11)	<b>N.P.</b> <sup>13</sup> C. <sup>14</sup>
	3 <sup>e</sup>	% (n)	<b>100,0</b> (7)	<b>0,0</b> (0)	<b>0,0</b> (0)		3 <sup>e</sup>	% (n)	<b>100,0</b> (47)	<b>0,0</b> (0)	<b>0,0</b> (0)
	Tous	% (n)	<b>89,8</b> (88)	<b>7,1</b> (7)	<b>N.P.</b> <sup>13</sup> C. <sup>14</sup>		Tous	% (n)	<b>94,4</b> (866)	<b>3,7</b> (34)	<b>1,9</b> C. <sup>14</sup>
Médecine	1 <sup>er</sup>	% (n)	<b>92,7</b> (735)	<b>4,8</b> (38)	<b>2,5</b> (20)	Sciences infirmières	1 <sup>er</sup>	% (n)	<b>88,2</b> (290)	<b>7,9</b> (26)	<b>4,0</b> (13)
	2 <sup>e</sup>	% (n)	<b>92,9</b> (221)	<b>5,0</b> (12)	<b>N.P.</b> <sup>13</sup> C. <sup>14</sup>		2 <sup>e</sup>	% (n)	<b>87,7</b> (71)	<b>9,9</b> (8)	<b>N.P.</b> <sup>13</sup> C. <sup>14</sup>
	3 <sup>e</sup>	% (n)	<b>97,3</b> (148)	<b>N.P.</b> <sup>13</sup> C. <sup>14</sup>	<b>N.P.</b> <sup>13</sup> C. <sup>14</sup>		3 <sup>e</sup>	% (n)	<b>89,5</b> (17)	<b>N.P.</b> <sup>13</sup> C. <sup>14</sup>	<b>N.P.</b> <sup>13</sup> C. <sup>14</sup>
	Résid.	% (n)	<b>96,4</b> (131)	<b>N.P.</b> <sup>13</sup> C. <sup>14</sup>	<b>N.P.</b> <sup>13</sup> C. <sup>14</sup>		Tous	% (n)	<b>88,1</b> (378)	<b>8,2</b> C. <sup>14</sup>	<b>3,7</b> (16)
	Tous	% (n)	<b>93,7</b> (1 235)	<b>4,2</b> (56)	<b>2,1</b> (28)		Théologie et sciences des religions	1 <sup>er</sup>	% (n)	<b>94,5</b> (17)	<b>0,0</b> (0)
Médecine dentaire	1 <sup>er</sup>	% (n)	<b>85,9</b> (61)	<b>N.P.</b> <sup>13</sup> C. <sup>14</sup>	<b>N.P.</b> <sup>13</sup> C. <sup>14</sup>	2 <sup>e</sup>		% (n)	<b>100,0</b> (12)	<b>0,0</b> (0)	<b>0,0</b> (0)
	2 <sup>e</sup>	% (n)	<b>N.P.</b> <sup>13</sup> C. <sup>14</sup>	<b>N.P.</b> <sup>13</sup> C. <sup>14</sup>	<b>N.P.</b> <sup>13</sup> C. <sup>14</sup>	3 <sup>e</sup>		% (n)	<b>N.P.</b> <sup>13</sup> C. <sup>14</sup>	<b>0,0</b> (0)	<b>0,0</b> (0)
	Tous	% (n)	<b>86,5</b> C. <sup>14</sup>	<b>N.P.</b> <sup>13</sup> C. <sup>14</sup>	<b>N.P.</b> <sup>13</sup> C. <sup>14</sup>	Tous		% (n)	<b>97,0</b> C. <sup>14</sup>	<b>0,0</b> (0)	<b>N.P.</b> <sup>13</sup> C. <sup>14</sup>
Médecine vétérinaire	1 <sup>er</sup>	% (n)	<b>90,8</b> (118)	<b>N.P.</b> <sup>13</sup> C. <sup>14</sup>	<b>N.P.</b> <sup>13</sup> C. <sup>14</sup>	TOTAL	1 <sup>er</sup>	% (n)	<b>89,6</b> (6 237)	<b>6,5</b> (450)	<b>4,0</b> (277)
	2 <sup>e</sup>	% (n)	<b>95,1</b> (39)	<b>N.P.</b> <sup>13</sup> C. <sup>14</sup>	<b>N.P.</b> <sup>13</sup> C. <sup>14</sup>		2 <sup>e</sup>	% (n)	<b>93,5</b> (1 950)	<b>4,6</b> (96)	<b>1,9</b> (40)
	3 <sup>e</sup>	% (n)	<b>96,6</b> (29)	<b>N.P.</b> <sup>13</sup> C. <sup>14</sup>	<b>0,0</b> (0)		3 <sup>e</sup>	% (n)	<b>93,4</b> (824)	<b>4,1</b> (36)	<b>2,5</b> (22)
	Tous	% (n)	<b>92,6</b> (186)	<b>4,5</b> (9)	<b>N.P.</b> <sup>13</sup> C. <sup>14</sup>		Tous	% (n)	<b>90,8</b> (9 142)	<b>5,8</b> (585)	<b>3,4</b> (341)

Comme mentionné précédemment, à l'échelle globale, 3,4 % des personnes ayant répondu à l'enquête rapportent les symptômes du *burnout* et 5,8 % en manifestent presque tous les symptômes. Les facultés dont ces proportions dépassent 3,4 % et 5,8 % pourraient être les premières à bénéficier d'une intervention universitaire advenant qu'il y en ait une qui soit mise en place.

## 4.4 IDÉATIONS SUICIDAIRES ET TENTATIVES DE SUICIDE

### 4.4.1 Fidélité du questionnaire

Puisque le questionnaire comporte une question pour mesurer les idéations suicidaires et une autre pour mesurer les tentatives de suicide, il n'est pas possible d'évaluer la fidélité du questionnaire pour cette section.



## 4.4.2 Portrait de l'échantillon

### Interprétation des questions

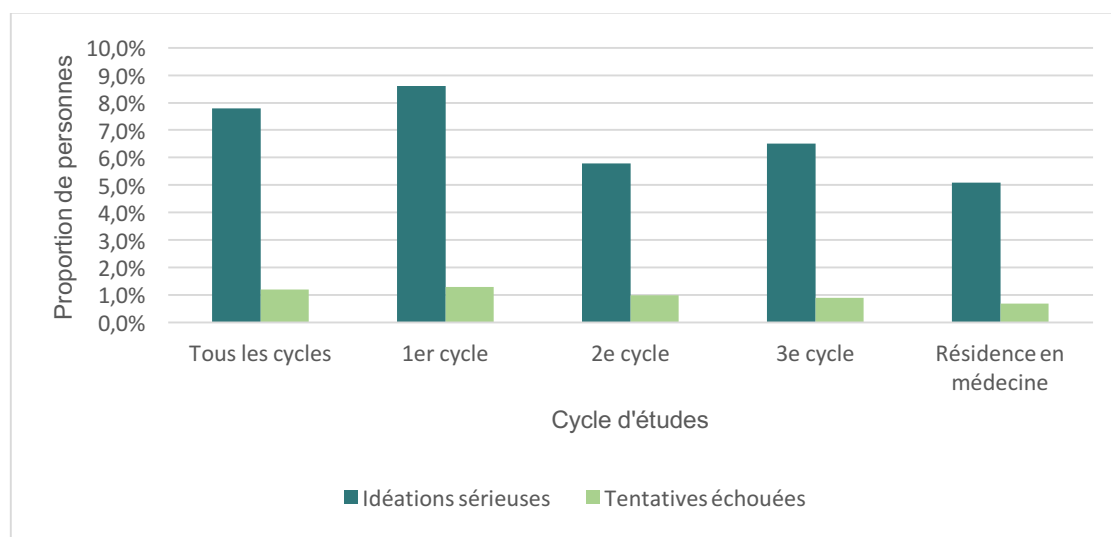
Les deux questions n'ont pas de normes ou de seuil critique au-delà desquels on peut statuer sur le dépistage d'un problème. De plus, la gravité des idéations suicidaires n'a pas été évaluée de manière graduelle, mais par une question qui utilise les termes « songé sérieusement » et dont les choix de réponse étaient « oui », « non » ou « ne souhaite pas répondre », comme c'est le cas dans le questionnaire de l'enquête québécoise sur la santé des populations. Toutefois, une réponse « oui » à l'une de ces questions ne devrait pas être considérée comme « normale » et devrait susciter une préoccupation. Les observations qu'il sera possible de tirer ici concernent la proportion d'étudiants et d'étudiantes qui ont eu, au cours des 12 derniers mois, des idéations suicidaires qu'ils et elles jugent sérieuses ainsi que la proportion d'étudiants et d'étudiantes qui ont tenté de s'enlever la vie sans toutefois y parvenir.

Ces deux questions peuvent être interprétées comme étant une gradation de la sévérité des symptômes permettant de cibler respectivement où il est important et où il est urgent d'agir. Puisque la question concernant les tentatives de suicide ne mesure pas l'ensemble des tentatives ayant eu lieu dans la population étudiante au cours des 12 derniers mois, mais seulement celles qui ont échoué, on peut aussi voir ces deux questions comme étant complémentaires. Ainsi, si la proportion de personnes ayant complété leur tentative de suicide est plus élevée au sein d'une faculté donnée, celle-ci sera sous-représentée par la question sur les tentatives, mais sera probablement surreprésentée par la question sur les idéations suicidaires sérieuses. C'est là qu'entre en jeu la complémentarité de ces deux questions qui permet d'interpréter adéquatement les résultats obtenus.

### Description des résultats

À l'échelle globale, 7,8 % des personnes ayant répondu à l'enquête ont sérieusement songé à s'enlever la vie au cours des 12 derniers mois, 4,7 % n'ont pas souhaité répondre et 87,5 % n'y ont pas songé sérieusement. En ce qui concerne les tentatives de suicide, 1,2 % des répondants et des répondantes ont indiqué avoir fait une telle tentative au cours des 12 derniers mois, 1,5 % n'ont pas souhaité répondre et 97,3 % n'ont pas exécuté une telle tentative. La figure 4 ventile ces résultats par cycle d'études.

Figure 4. Proportion d'étudiants et d'étudiantes rapportant des idéations suicidaires sérieuses et/ou ayant effectué au moins une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois par cycle d'études.



Ces résultats sont plus élevés que ce qu'on retrouvait dans la population générale en 2008. À des fins de comparaisons, les tranches d'âges utilisées par l'enquête québécoise sur les populations (2008) ont été reproduites. De plus, l'enquête québécoise excluait les personnes ayant commis une tentative de suicide des pourcentages représentant les personnes rapportant des idéations suicidaires sérieuses. En effectuant ces mêmes manipulations, on constate que la situation à l'Université de Montréal est pire que celle rapportée en 2008 par l'enquête québécoise sur les populations. Les comparaisons sont présentées au tableau 7.

Tableau 7. Comparaison des proportions d'idéations suicidaires sérieuses et des tentatives de suicide entre l'enquête québécoise sur les populations et l'enquête sur la santé psychologique étudiante à l'Université de Montréal.

	Enquête québécoise sur les populations	Enquête sur la santé psychologique étudiante
Population	Population québécoise	Population étudiante de l'Université de Montréal
Année de l'enquête	2008	2016
Temps de mesure	Au cours des 12 derniers mois	Au cours des 12 derniers mois
Idéations suicidaires sérieuses sans tentative de suicide		
15-24 ans	2,9 %	7,8 %
25-44 ans	2,5 %	7,2 %
45-64 ans	2,4 %	5,3 %
65 ans et plus	1,3 %	0,0 %
Tentatives de suicide		
15-24 ans	0,5 %	1,2 %
25-44 ans	0,6 %	1,1 %
45-64 ans	0,4 %	1,5 %
65 ans et plus	0,1 %	0,0 %

Lors des vérifications effectuées pour détecter les biais potentiels de l'enquête sur la santé psychologique étudiante, on remarquait une diminution significative du taux de « oui » rapporté à la question sur les idéations suicidaires entre la première et la quatrième semaine de l'enquête. Cela laisse croire que ce taux aurait continué à décroître avec le temps si l'enquête avait duré plus longtemps. Cependant, même avec une certaine décroissance, il est possible de croire que la population universitaire rapporte plus d'idéations suicidaires que la population générale du même âge. En ce qui concerne la question sur les tentatives de suicide, il n'y a pas eu de différence significative du taux de « oui » rapporté entre les différentes semaines. Ce taux reflète donc réellement la proportion des personnes ayant effectué au moins une tentative de suicide au cours des douze derniers mois dans la population universitaire.

Le tableau 8 ventile les résultats par faculté. Lors de l'interprétation des résultats, il faut garder en tête l'impact du biais d'attrait<sup>15</sup>. Le nombre total de personnes ayant répondu aux questions concernant les idéations suicidaires et les tentatives de suicide au sein de chaque faculté a également été indiqué afin de faciliter l'interprétation des résultats.

Tableau 8. Idéations suicidaires sérieuses et tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois par faculté.

Facultés		Idéations suicidaires	Tentatives de suicide
Aménagement (382)	% (n) <sup>16</sup>	<b>6,0</b> (23)	<b>N.P.</b> <sup>17</sup> C. <sup>18</sup>
Arts et sciences (5 401)	% (n)	<b>8,5</b> (460)	<b>1,3</b> (70)
Droit (402)	% (n)	<b>6,7</b> (27)	<b>N.P.</b> <sup>17</sup> C. <sup>18</sup>
FESP (29)	% (n)	<b>N.P.</b> <sup>17</sup> C. <sup>18</sup>	<b>0,0</b> (0)
Kinésiologie (98)	% (n)	<b>N.P.</b> <sup>17</sup> C. <sup>18</sup>	<b>N.P.</b> <sup>17</sup> C. <sup>18</sup>
Médecine (1 181)	% (n)	<b>6,3</b> (83)	<b>1,1</b> (14)
Résidence en médecine (136)	% (n)	<b>5,1</b> (7)	<b>N.P.</b> <sup>17</sup> C. <sup>18</sup>
Médecine dentaire C. <sup>19</sup>	% (n)	<b>N.P.</b> <sup>17</sup> C. <sup>18</sup>	<b>N.P.</b> <sup>17</sup> C. <sup>18</sup>
Médecine vétérinaire (200)	% (n)	<b>8,5</b> (17)	<b>N.P.</b> <sup>17</sup> C. <sup>18</sup>
Musique (165)	% (n)	<b>9,1</b> (15)	<b>N.P.</b> <sup>17</sup> C. <sup>18</sup>
Optométrie C. <sup>19</sup>	% (n)	<b>N.P.</b> <sup>17</sup> C. <sup>18</sup>	<b>N.P.</b> <sup>17</sup> C. <sup>18</sup>
Pharmacie (333)	% (n)	<b>8,7</b> (29)	<b>N.P.</b> <sup>17</sup> C. <sup>18</sup>
Santé publique (199)	% (n)	<b>4,0</b> (8)	<b>N.P.</b> <sup>17</sup> C. <sup>18</sup>
Sciences de l'éducation (917)	% (n)	<b>6,2</b> (57)	<b>0,9</b> (8)
Sciences infirmières (429)	% (n)	<b>9,6</b> (41)	<b>N.P.</b> <sup>17</sup> C. <sup>18</sup>
Théologie et sciences des religions C. <sup>19</sup>	% (n)	<b>N.P.</b> <sup>17</sup> C. <sup>18</sup>	<b>0,0</b> (0)
Total (10 061)	% (n)	<b>7,8</b> (781)	<b>1,2</b> (120)

Comme mentionné précédemment, à l'échelle globale, 1,2 % des personnes ayant répondu à l'enquête ont effectué une tentative de suicide et 7,8 % y ont songé sérieusement au cours des douze derniers mois. Les

<sup>15</sup> Le biais d'attrait est présenté à la section trois.

<sup>16</sup> Nombre de personnes.

<sup>17</sup> Non-publiable : Lorsque moins de sept personnes d'une catégorie ont répondu à l'enquête, les données relatives à leur groupe ne sont pas publiées par souci de confidentialité. Leur moyenne est tout de même incluse dans la moyenne pondérée de leur faculté.

<sup>18</sup> Confidentiel : Le nombre de personne est confidentiel afin de préserver les données non publiables confidentielles.

facultés dont ces proportions dépassent respectivement 1,2 % et 7,8 % pourraient être les premières à bénéficier d'une intervention universitaire advenant qu'il y en ait une qui soit mise en place.

### **Recommandation 1**

Que les facultés se situant au-dessus de la moyenne sur les indicateurs de symptômes dépressifs, d'épuisement professionnel, d'idéations suicidaires sérieuses et/ou de tentatives de suicide bénéficient en premier d'une intervention universitaire à cet effet, et ce en considérant les résultats des rapports subséquents de la FAÉCUM sur la santé psychologique.

## **4.5 INTÉGRATION DES RÉSULTATS**

Les résultats de l'enquête nous permettent d'observer que 22,2 % des étudiants et des étudiantes de l'Université de Montréal rapportent des symptômes dépressifs suffisamment graves pour être pris en charge par un traitement psychologique ou médical. De plus, les étudiants et les étudiantes de l'Université de Montréal présentent des symptômes de détresse psychologique plus importants que la population québécoise en général. En matière d'épuisement professionnel, 10,5 % des étudiantes et des étudiants de premier cycle rapportent suffisamment de symptômes pour être catégorisés comme étant en *burnout* ou en voie de l'être, alors qu'aux cycles supérieurs, ce pourcentage se situe entre 6 % et 7 %. En ce qui concerne les idéations suicidaires et les tentatives de suicide, les proportions obtenues dans l'enquête dépassent largement les données les plus récentes pour la population du même âge (Institut de la statistique du Québec 2008). En effet, 7,8 % des personnes ayant répondu à l'enquête rapportent avoir songé sérieusement à s'enlever la vie au cours des 12 derniers mois, comparativement à 2,6 % de la population du même âge. Finalement, 1,2 % des répondants et des répondants à l'enquête ont effectué une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois, comparativement à 0,6 % de la population du même âge.

Ces constats mènent la FAÉCUM à suggérer la mise en place de stratégies institutionnelles afin de faire face aux différents enjeux liés à la santé psychologique et de contribuer à l'amélioration du bien-être de la population étudiante de l'Université de Montréal. En effet, l'ensemble des résultats de l'enquête montre la pluralité des symptômes d'une santé psychologique négative et une grande variété d'éléments pouvant l'influencer, ce qui sera d'ailleurs décrit plus loin dans le présent document. Cette situation laisse croire que les leviers d'intervention et de prévention seront multiples. De plus, l'Université de Montréal, par le biais d'un groupe de travail sur la santé psychologique des étudiants et des étudiantes, voudra sans doute mettre en place un plan d'action institutionnel afin d'adresser les constats auxquels le comité est parvenu. Nous croyons également, en raison des proportions nettement plus élevées que dans la population générale, qu'une stratégie institutionnelle ciblant spécifiquement les idéations suicidaires et les tentatives de suicide devrait être mise en place.

### **Recommandation 2**

Que l'Université de Montréal prévoit dans un plan d'action institutionnel la mise en place de structures institutionnelles permettant d'améliorer la santé psychologique étudiante, que celles-ci soient préventives ou curatives.

### **Recommandation 3**

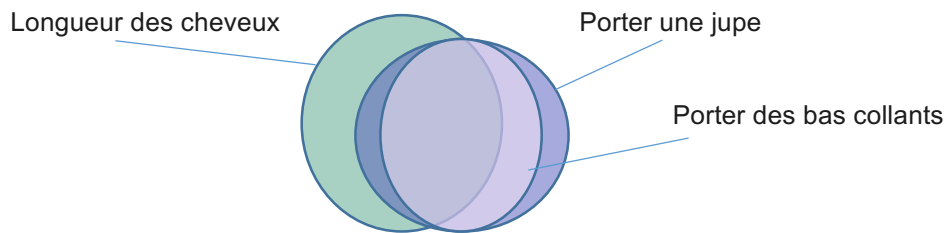
Que l'Université de Montréal développe une stratégie institutionnelle pour prévenir les idéations suicidaires et les tentatives de suicide au sein de sa communauté étudiante.

## 5. RÉSULTATS INFÉRENTIELS

Maintenant que l'état de la santé psychologique étudiante a été décrit globalement pour l'ensemble des facultés et des cycles d'études, il peut être pertinent de vérifier à quoi sont reliés les cinq indicateurs de la santé psychologique. Cinq éléments sont à garder en tête en lisant la prochaine section :

- a) Ces relations ne sont pas nécessairement de type « cause à effet ». Pour démontrer ce type de relation, il aurait fallu prendre au hasard plusieurs centaines d'étudiants et d'étudiantes, les placer aléatoirement dans divers groupes et leur faire subir différentes situations de manière expérimentale. Nous aurions alors pu mesurer la santé psychologique avant et après les situations expérimentales testées sur les groupes. Nous avons plutôt choisi de procéder par une enquête générale où plusieurs variables étaient mesurées en même temps. Ce type de devis nous permet de vérifier à quel point la présence d'une variable permet de prédire la présence d'une autre, sans statuer sur la relation causale entre elles. Ceci étant dit, toute relation discutée dans cette section pourrait en être une de type « cause à effet ». Elles méritent donc toutes d'être discutées avec attention.
- b) Des « pourcentages de variance expliquée » seront présentés. Ces pourcentages représentent l'ampleur de la variation d'une variable donnée pouvant être prédite par une autre variable. Par exemple, tel qu'illustré à la figure 5, si porter une jupe prédit à 70 % la longueur des cheveux, cela signifie que la longueur des cheveux est prédite à 30 % par d'autres facteurs qu'on ne connaît pas. Parfois, deux variables prédictrices sont reliées entre elles comme pourraient l'être, par exemple, le fait de porter une jupe et le fait de porter des bas collants. Ainsi, porter une jupe pourrait prédire à 70 % la longueur des cheveux et porter des bas collants pourrait prédire à 60 % la longueur des cheveux. Pourtant, en regardant l'effet combiné de ces deux variables, elles prédiraient ensemble seulement 70 % de la longueur des cheveux (car on ne porte pas de bas collants sans jupe). Dans cet exemple, c'est la jupe qui est la variable réellement importante, contrairement aux bas collants. Les variables seront présentées selon cette logique, en ordre d'importance.
- c) Comme il s'agit d'un modèle de psychologie, le pourcentage de variance expliquée de chaque indicateur de la santé psychologique par les variables prédictrices sera modeste. Il y a plusieurs facteurs qui influencent comment une personne se sent et il est impossible de mesurer tous ces facteurs. Il s'agit de l'une des différences majeures entre une étude en sciences humaines et en sciences pures, où toutes les variables influençant une réaction peuvent être contrôlée dans une expérimentation en laboratoire. En psychologie, le laboratoire est la vie réelle et il est impossible de contrôler toutes les conditions dans lesquelles les personnes évoluent. C'est pourquoi, lorsqu'on observe la littérature en psychologie, on remarque des modèles qui présentent des pourcentages de variance expliquée allant de 5 % à 40 % environ.
- d) Seules les variables expliquant plus de 0,75 % de la variance seront présentées à la section 5.1. Ce seuil a été sélectionné afin de que seules les variables sur lesquelles il est pertinent d'agir soient analysées.
- e) Lorsqu'une variable en prédit une autre, la relation entre ces variables peut être positive ou négative. Le pourcentage de variance expliquée ne tient pas compte de cette nuance. Ainsi, pour connaître le sens de la relation entre la variable prédictrice et l'indicateur de santé psychologique, il faut consulter la sous-section relative à cette variable dans les pages suivantes.

Figure 5. Présentation des variables à la section 5.1.



## 5.1 VUE D'ENSEMBLE DES VARIABLES PRÉDISANT LA SANTÉ PSYCHOLOGIQUE ÉTUDIANTE

Puisque l'objectif de cette section est de vérifier quelles sont les variables à cibler pour une ou plusieurs interventions, il faut d'abord identifier les variables qui sont liées aux indicateurs de la santé psychologique. Ensuite, il faut les ordonner selon l'importance de la relation qu'elles ont avec chaque indicateur de santé psychologique. Ce classement aurait pu être effectué en fonction des corrélations individuelles obtenues entre chaque variable et chaque indicateur de santé psychologique. Cependant, comme ces variables sont liées entre elles, prendre les corrélations individuelles n'est pas représentatif de la réalité. À titre d'exemple, le soutien par les pairs pourrait expliquer 20 % de la variance qu'on observe pour les symptômes dépressifs et le sentiment de solitude pourrait en expliquer 30 %. Cependant, comme le soutien par les pairs et le sentiment de solitude sont liés dans la réalité (plus on a de soutien, moins on se sent seul), on ne peut pas additionner leurs pourcentages respectifs et dire qu'en tenant compte de ces deux variables, on explique 50 % de la variance des symptômes dépressifs. Dans la réalité, si on tient compte de ces deux variables, on pourra peut-être expliquer 33 % des symptômes dépressifs. Il faut donc effectuer des analyses statistiques qui tiennent compte des relations entre les différentes variables prédictives.

### Analyses statistiques

Pour cette raison, la classification de l'importance de chaque variable pour prédire la santé psychologique a été effectuée par une régression multivariée suivie d'une régression hiérarchique. Cela signifie que, de manière exploratoire, les variables ont toutes été mises dans un même bassin et qu'une analyse « pas à pas » a été effectuée. En d'autres mots, le logiciel statistique a vérifié la relation de chaque variable avec les différents indicateurs de santé psychologique tout en maintenant les autres variables stables. Une fois la variable la plus importante identifiée, l'importance de chaque nouvelle variable a été calculée par rapport à la quantité de variance additionnelle qu'elle peut prédire. Toujours à titre d'exemple, si le sentiment de solitude est plus fortement relié aux symptômes dépressifs que le soutien des pairs, celui-ci sera considéré comme la variable la plus importante par le logiciel statistique. Ainsi, si le sentiment de solitude explique à lui seul 30 % de la variance des symptômes dépressifs et qu'en ajoutant le soutien des pairs la variance prédite des symptômes dépressifs grimpe à 33 %, on pourra dire que le soutien des pairs prédit 3 % de variance supplémentaire. La différence entre le 20 % que le soutien des pairs pris de façon individuel prédit par lui-même et le 3 % qu'il prédit lorsqu'on tient également compte du sentiment de solitude vient du fait que ces deux variables sont liées entre-elles et qu'elles ont donc un effet redondant sur les symptômes dépressifs. Par contre, l'ajout d'une autre variable n'étant pas liée au sentiment de solitude, par exemple celle concernant la perception d'être dans une situation de précarité financière, pourrait permettre d'augmenter la variance prédite de 6 %, soit de 33 % à 39 %, et ce, même si sa relation individuelle avec les symptômes dépressifs est moins forte que celle du soutien des pairs. Une fois toutes les variables classées en ordre d'importance, on obtient un pourcentage total de la variance prédite des symptômes dépressifs. Ce pourcentage signifie que X % de la variation au score du questionnaire PHQ-9 – le

questionnaire mesurant les symptômes dépressifs – est attribuable aux différentes variables identifiées. Afin de pouvoir insérer les variables catégorielles dans la régression hiérarchique, celles-ci ont été codées en indicateurs par rapport à une référence. Le détail de cette procédure se trouve à l'annexe E.

### **Optimiser les interventions**

Dix-sept variables prédisent les indicateurs de santé psychologique au premier cycle et vingt variables les prédisent aux cycles supérieurs. Suite aux étapes effectuées précédemment, il a été possible d'utiliser la liste de variables ordonnées afin de vérifier si le fait d'agir sur les premières variables aurait sensiblement le même effet que d'agir sur toutes les variables. À titre d'exemple, si les sept premières variables permettent de prédire 40 % de la variance des symptômes dépressifs et que l'ensemble des dix-sept variables permet d'en prédire 44 %, on peut dire qu'il serait superflu d'agir sur les dix dernières variables. En effet, d'importantes ressources humaines et financières sont nécessaires afin de planifier une intervention visant à agir sur ces variables alors que l'effet de celle-ci serait minime.

Ainsi, les sections 5.1.1 à 5.1.4 présentent les sept variables qui, lorsque mises ensemble, prédisent le plus la variance de chacun des indicateurs de la santé psychologique. Il s'agit des variables prioritaires à cibler pour la planification d'éventuelles interventions. Le détail des analyses effectuées afin d'identifier ces variables se trouve à l'annexe E. Les sections 5.2 et 5.3 présentent l'ensemble des variables prédictives, même celles qui sont redondantes ou qui n'expliquent que très peu la variance des indicateurs de la santé psychologique. Elles sont présentées par souci de transparence et pour satisfaire la curiosité des lecteurs et des lectrices.

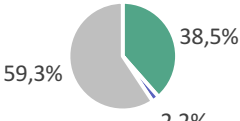
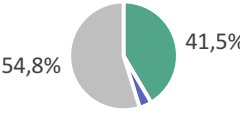
### **Limite des interprétations**

L'enquête ne permet pas d'extrapoler le lien de causalité entre deux variables, c'est-à-dire qu'il n'est pas possible d'affirmer que, par exemple, le sentiment de solitude cause une augmentation des symptômes dépressifs. Pour cela, il aurait fallu mettre en place un design expérimental et imposer divers degrés de solitude à des groupes différents afin de vérifier l'évolution de leurs symptômes dépressifs avec le temps. Toutefois, l'enquête permet de dire qu'une variable est liée à une autre ou que la présence d'une variable donnée augmente la probabilité d'en trouver une autre. Ainsi, à titre d'exemple, on pourra dire que les symptômes dépressifs sont liés au sentiment de solitude, car ils ont tendance à se présenter en même temps chez les étudiants et les étudiantes.

### 5.1.1 Symptômes dépressifs

Il est possible de connaître ce qui prédit 40,7 % de la variance des symptômes dépressifs rapportés au premier cycle et 45,2 % de ceux rapportés aux cycles supérieurs. Les variables reliées aux symptômes dépressifs pour tous les cycles d'études sont présentées dans les figures suivantes. Les détails des analyses effectuées se trouvent aux annexes E et F.

Figure 6. Pourcentage de variance prédite des symptômes dépressifs par les variables mesurées dans l'enquête.

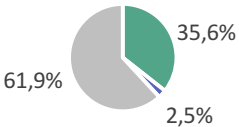
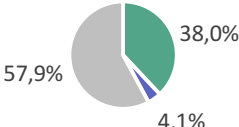
<p>Proportion de la variance prédite au premier cycle</p>  <p>■ Variables prioritaires ■ Variables additionnelles ■ Variables inconnues</p>	40,7 %	38,5 %	<p>Sentiment de solitude</p> <p>Satisfaction de son sommeil</p> <p>Qualité de l'alimentation</p>
		2,2 %	<p>Situation de précarité financière</p> <p>Sentiment de compétition avec les collègues du programme</p> <p>Soutien de la part des collègues</p> <p>Consommation de psychostimulants sans ordonnance</p>
<p>Proportion de la variance prédite aux cycles supérieurs</p>  <p>■ Variables prioritaires ■ Variables additionnelles ■ Variables inconnues</p>	45,2 %	41,5 %	<p>Sentiment de solitude</p> <p>Satisfaction de son sommeil</p> <p>Sentiment de pouvoir être authentique à l'Université et dans son groupe de recherche</p>
		3,7 %	<p>Précarité financière</p> <p>Qualité de l'alimentation</p> <p>Éprouver du stress pour son projet de rédaction</p> <p>Consommation d'alcool</p>



### 5.1.2 Détresse psychologique

Il est possible de connaître ce qui prédit 38,1 % de la variance de la détresse psychologique rapportée au premier cycle et 42,1 % de celle rapportée aux cycles supérieurs. Les variables reliées à la détresse psychologique pour tous les cycles d'études sont présentées dans les figures suivantes. Les détails des analyses effectuées se trouvent aux annexes E et F.

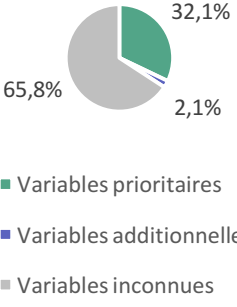
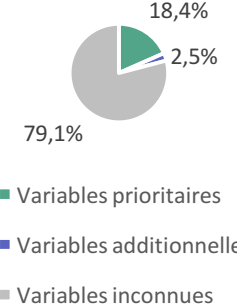
Figure 7. Pourcentage de variance prédite de la détresse psychologique par les variables mesurées dans l'enquête.

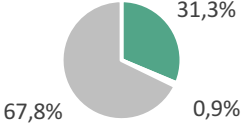
<p>Proportion de la variance prédite au premier cycle</p>  <p>61,9% 35,6% 2,5%</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Variables prioritaires</li> <li>■ Variables additionnelles</li> <li>■ Variables inconnues</li> </ul>	38,1 %	35,6 %	<p>Sentiment de solitude</p> <p>Satisfaction de son sommeil</p> <p>Qualité de l'alimentation</p>
		2,5 %	<p>Sentiment de compétition avec les collègues du programme</p> <p>Situation de précarité financière</p> <p>Soutien de la part des collègues</p> <p>Orientation sexuelle</p>
<p>Proportion de la variance prédite aux cycles supérieurs</p>  <p>57,9% 38,0% 4,1%</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ V. Prioritaires</li> <li>■ V. Prédictrices supplémentaires</li> <li>■ V. Inconnues</li> </ul>	42,1 %	38,0 %	<p>Sentiment de solitude</p> <p>Satisfaction de son sommeil</p> <p>Sentiment de pouvoir être authentique à l'Université et dans son groupe de recherche</p>
		4,1 %	<p>Qualité de l'alimentation</p> <p>Situation de précarité financière</p> <p>Éprouver du stress pour son projet de rédaction</p> <p>Niveau de difficulté élevé dans son projet de recherche et dans ses études</p>

### 5.1.3 Épuisement professionnel (*burnout*)

Le *burnout* a été mesuré à l'aide de ses trois sous-échelles, l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et le sentiment de manquer d'accomplissement. Au premier cycle, il est possible de connaître ce qui prédit respectivement 34,2 %, 20,9 % et 32,2 % de la variance des trois sous-échelles. Les variables reliées au *burnout* pour le premier cycle sont présentées dans les figures suivantes. Les détails des analyses effectuées se trouvent aux annexes E et F.

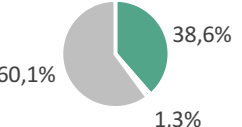
Figure 8. Pourcentage de variance prédite de l'épuisement professionnel au premier cycle par les variables mesurées dans l'enquête.

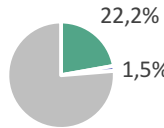
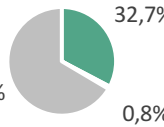
<b>Épuisement émotionnel</b>	Proportion de la variance prédite au premier cycle  ■ Variables prioritaires ■ Variables additionnelles ■ Variables inconnues	34,3 %	32,1 %	Sentiment de solitude Satisfaction de son sommeil Nombre d'heures par semaine consacrées au travail scolaire Sentiment de compétition avec les collègues du programme
			2,1 %	Situation de précarité financière Qualité de l'alimentation Qualité des interactions avec le personnel de l'unité académique
<b>Dépersonnalisation</b>	Proportion de la variance prédite au premier cycle  ■ Variables prioritaires ■ Variables additionnelles ■ Variables inconnues	20,9 %	18,4 %	Sentiment de solitude Perception d'être soutenu par ses pairs Sentiment de compétition avec les collègues du programme
			2,5 %	Satisfaction de son sommeil Nombre d'heures par semaine consacrées au travail scolaire Consommation d'alcool Qualité de l'alimentation

<b>Manque d'accomplissement</b>	Proportion de la variance prédite premier cycle  ■ Variables prioritaires ■ Variables additionnelles ■ Variables inconnues	32,2 %	31,3 %	Perception d'être soutenu par ses pairs Sentiment de solitude Qualité des interactions avec le personnel de l'unité académique Satisfaction de son sommeil Qualité de l'alimentation
			0,9 %	Pratique régulière d'activité physique Nombre d'heures par semaine consacrées au travail scolaire

Aux cycles supérieurs, il est possible de connaître ce qui prédit respectivement 39,9 %, 23,7 % et 33,5 % de la variance des trois sous-échelles du *burnout*. Les variables reliées au *burnout* pour les cycles supérieurs sont présentées dans les figures suivantes. Les détails des analyses effectuées se trouvent aux annexes E et F.

Figure 9. Pourcentage de variance prédite de l'épuisement professionnel aux cycles supérieurs par les variables mesurées dans l'enquête.

<b>Épuisement émotionnel</b>	Proportion de la variance prédite aux cycles supérieurs  ■ Variables prioritaires ■ Variables additionnelles ■ Variables inconnues	39,9 %	38,6 %	Sentiment de pouvoir être authentique à l'Université et dans son groupe de recherche Sentiment de solitude Satisfaction de son sommeil Niveau de difficulté élevé dans son projet de recherche et dans ses études Éprouver du stress pour son projet de rédaction
			1,3 %	Nombre d'heures par semaine consacrées au travail scolaire Sentiment de compétition avec les collègues du programme

<b>Dépersonnalisation</b>	<p>Proportion de la variance prédite aux cycles supérieurs</p>  <p>■ Variables prioritaires ■ Variables additionnelles ■ Variables inconnues</p>	23,7 %	22,2 %	<p>Sentiment de pouvoir être authentique à l'Université et dans son groupe de recherche</p> <p>Sentiment de solitude</p> <p>Perception d'être soutenu par ses pairs</p> <p>Sentiment de compétition avec les collègues du programme</p>
			1,5 %	<p>Ressentir de la pression pour rester au laboratoire de recherche les soirs et la fin de semaine</p> <p>Qualité de l'alimentation</p> <p>Niveau de difficulté très élevé dans son projet de recherche et dans ses études</p>
<b>Manque d'accomplissement</b>	<p>Proportion de la variance prédite aux cycles supérieurs</p>  <p>■ Variables prioritaires ■ Variables additionnelles ■ Variables inconnues</p>	33,5 %	32,7 %	<p>Sentiment de solitude</p> <p>Perception d'être soutenu par ses pairs</p> <p>Qualité des interactions avec le personnel de l'unité académique</p> <p>Qualité de l'alimentation</p> <p>Satisfaction de son sommeil</p> <p>Sentiment de pouvoir être authentique à l'Université et dans son groupe de recherche</p>
			0,8 %	<p>Éprouver du stress pour son projet de rédaction</p>

### 5.1.4 Idéations suicidaires et tentatives de suicide

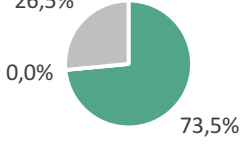


Les variables qui permettent de prédire le mieux possible la réponse donnée à la question portant sur les idéations suicidaires sont présentées à la figure suivante. Le pourcentage représente la proportion de réponses (oui ou non) bien prédites avec un groupe de variables prédictrices. Lorsque le pourcentage est de 0 %, cela signifie que ce groupe de variables additionnelles n'apporte pas plus de précision que la prédiction effectuée avec le groupe de variables prioritaires. L'apport individuel de ces variables reste toutefois important et est présenté aux sections 5.2 et 5.3. Les détails des analyses effectuées se trouvent aux annexes E et F.

Figure 10. Pourcentage de réponses bien prédites avec des groupes de variables.

<p>Proportion d'idéations suicidaires prédites au premier cycle</p> <p>24,4% 0,0% 75,6%</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Variables prioritaires</li> <li>■ Variables additionnelles</li> <li>■ Variables inconnues</li> </ul>	75,6 %	75,6 %	<p>Sentiment de solitude</p> <p>Orientation sexuelle</p>
		0,0 %	<p>Consommation de drogues « dures »</p> <p>Satisfaction de son sommeil</p> <p>Consommation de cannabis</p> <p>Perception d'être soutenu par ses pairs</p> <p>Qualité de l'alimentation</p>
<p>Proportion d'idéations suicidaires prédites aux cycles supérieurs</p> <p>30,4% 68,8%</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Variables prioritaires</li> <li>■ Variable additionnelle</li> <li>■ Variables inconnues</li> </ul>	69,6 %	68,8%	<p>Consommation de drogues « dures »</p> <p>Clarté des tâches académiques et de recherche à effectuer</p> <p>Sentiment de solitude</p> <p>Perception d'être soutenu par ses pairs</p> <p>Sentiment de pouvoir être authentique à l'Université et dans son groupe de recherche</p> <p>Consommation d'alcool</p>
		0,8%	<p>Orientation sexuelle</p>

Les variables qui permettent de prédire le mieux possible la réponse donnée à la question portant sur les tentatives de suicide sont présentées à la figure suivante. Le pourcentage signifie la proportion de réponses (oui ou non) bien prédites avec un groupe de variables prédictives. Lorsque le pourcentage est de 0 %, cela signifie que ce groupe de variables additionnelles n'apporte pas plus de précision que la prédiction effectuée avec le groupe de variables prioritaires. L'apport individuel de ces variables reste toutefois important et est présenté aux sections 5.2 et 5.3. Les détails des analyses effectuées se trouvent aux annexes E et F.

Figure 11. Pourcentage de réponses bien prédites avec des groupes de variables.

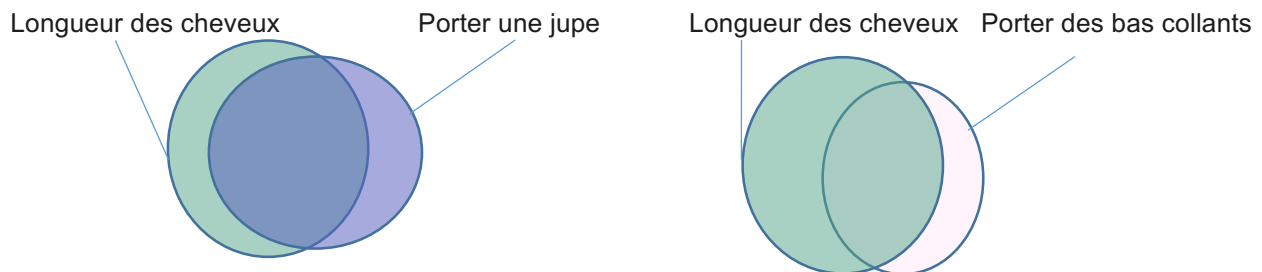
<p>Proportion de tentatives de suicide prédites au premier cycle</p>  <p>26,5% 0,0% 73,5%</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Variables prioritaires</li> <li>■ Variables additionnelles</li> <li>■ Variables inconnues</li> </ul>	73,5 %	73,5 %	<p>Consommation de drogues « dures »</p> <p>Sentiment de solitude</p> <p>Orientation sexuelle</p>
<p>Proportion tentatives de suicide prédites aux cycles supérieurs</p>  <p>23,4% 76,6%</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Variables prioritaires</li> <li>■ Variables inconnues</li> </ul>		76,6 %	0,0 %
<p>Proportion tentatives de suicide prédites aux cycles supérieurs</p>  <p>23,4% 76,6%</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Variables prioritaires</li> <li>■ Variables inconnues</li> </ul>	76,6 %		-

## 5.2 VUE SPÉCIFIQUE DES VARIABLES CONTINUES PRÉDISANT LA SANTÉ PSYCHOLOGIQUE ÉTUDIANTE

Ce ne sont pas toutes les variables mesurées dans l'enquête qui ont été relevées à la section 5.1, seulement les plus importantes. La section 5.2 est vouée à l'analyse détaillée de toutes les variables prédictrices de la santé psychologique, une par une. Elles y sont présentées selon l'ordre d'importance déterminé à la section 5.1, plus précisément en ordre décroissant, c'est-à-dire de la plus reliée à la moins reliée aux indicateurs de la santé psychologique.

Cette fois-ci, le pourcentage de variance prédite des symptômes dépressifs, de la détresse psychologique et du *burnout* par chaque variable prédictrice sera présenté ainsi que la direction de leur relation (positive ou négative). Pour revenir à l'exemple de la section 5.1, lorsqu'on arriverait à la variable « bas collants » (qui serait probablement présenté en dernier, car dans un modèle global elle n'amène rien de plus), on présenterait sa capacité individuelle à expliquer 60 % de la variance de la longueur des cheveux, tel qu'illustré à la figure 12. Cette présentation est donc complémentaire à celle de la section précédente.

Figure 12. Présentation des variables à la section 6.2.



En ce qui concerne les idéations suicidaires et les tentatives de suicide, ce sera le potentiel de dépistage individuel de chaque variable prédictrice qui sera présenté. Ce potentiel de dépistage correspond au pourcentage de réponses positives qu'il est possible de prédire avec cette variable. Ainsi, si 8,0 % d'un groupe a eu des idéations suicidaires et que le potentiel de dépistage de la solitude est de 70,0 %, cela implique qu'en connaissant le sentiment de solitude des personnes de ce groupe, on aurait pu dépister 70,0 % d'entre elles.

Quelques éléments doivent donc être considérés tout au long de cette section :

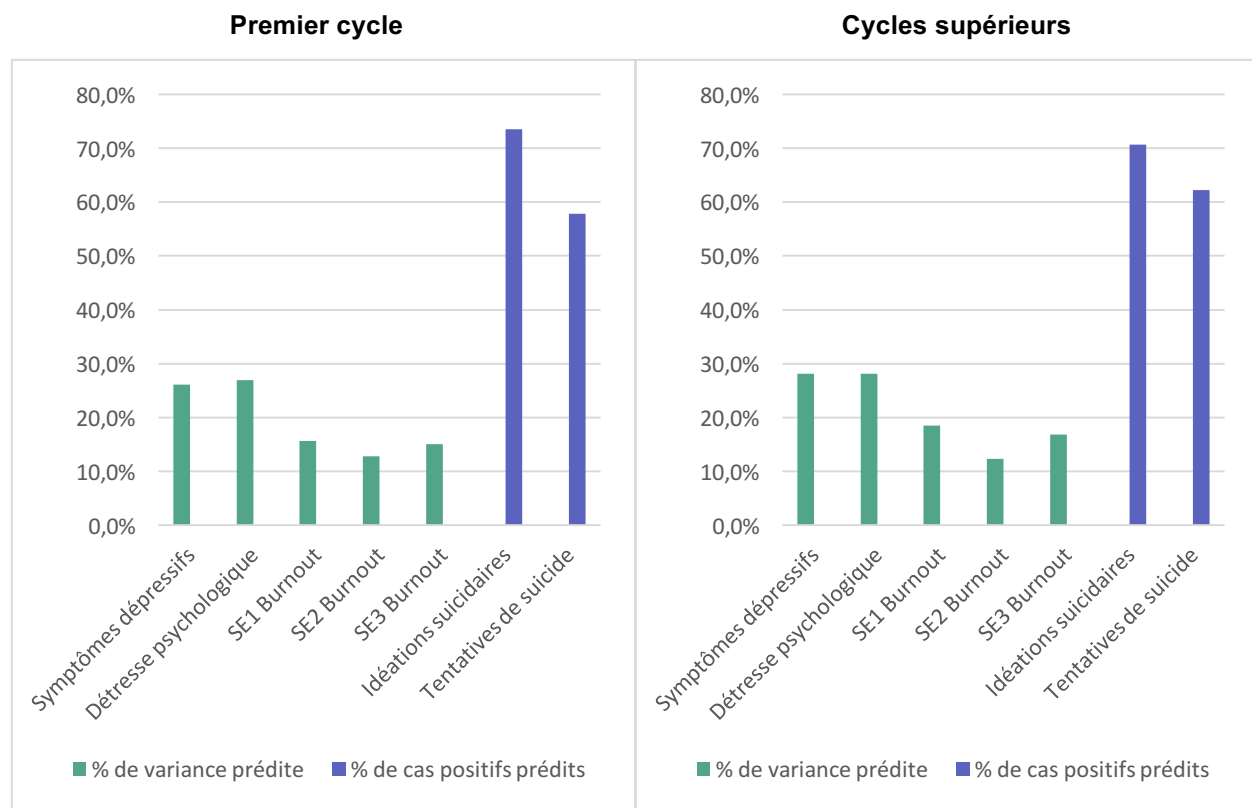
- Les variables seront présentées en ordre d'importance lorsqu'on considère l'ensemble des variables et leur relation avec chaque indicateur de la santé psychologique ;
- Chaque variable sera présentée de manière individuelle, c'est-à-dire qu'on y présentera son effet sans tenir compte de celui des autres variables ;
- Les indicateurs de la santé psychologique utilisés représentent une santé psychologique négative (symptômes dépressifs, détresse psychologique, épuisement professionnel, idéations suicidaires et tentatives de suicide). Ainsi, une relation positive entre une variable et un indicateur de la santé psychologique signifie qu'un score élevé sur cette variable correspond à une santé psychologique plus négative. Une relation négative entre une variable et un indicateur de la santé psychologique signifie qu'un score élevé sur cette variable est lié à une santé psychologique plus positive.

## 5.2.1 La solitude

Le sentiment de solitude était mesuré dans l'enquête par trois questions qui portaient respectivement sur les impressions suivantes : manquer de compagnie, se sentir rejeté ou rejetée et se sentir isolé ou isolée des autres. Il s'agit de la variable la plus reliée aux différents indicateurs de la santé psychologique (négative) et elle y est liée de manière positive. Plus précisément, plus les personnes rapportent se sentir seules, plus elles rapportent de symptômes dépressifs, de détresse psychologique, de *burnout*, d'idéations suicidaires et de tentatives de suicide. La figure 13 présente le pourcentage de variance expliquée par la solitude pour chaque indicateur de la santé psychologique.

Prise séparément, la solitude explique respectivement au premier cycle et aux cycles supérieurs 26,1 % et 28,1 % de la variance observée dans les symptômes dépressifs rapportés ainsi que 27,0 % et 28,1 % de la détresse psychologique et respectivement 15,6 % et 18,5 % ; 12,8 % et 12,3 % puis 15,1 % et 16,8 % des trois sous-échelles du *burnout* (épuiement émotionnel, dépersonnalisation et manque d'accomplissement). De plus, cette variable est liée aux idéations suicidaires et aux tentatives de suicide. Le potentiel de détection des idéations suicidaires par la solitude est de 73,5 % au premier cycle et de 70,7 % aux cycles supérieurs. C'est-à-dire que parmi toutes les personnes qui ont eu des idéations suicidaires, il aurait été possible d'en détecter 73,5 % et 70,7 % si on avait connu le score de ces personnes au questionnaire mesurant la solitude. De la même manière, son potentiel de détection des tentatives de suicide est de 57,8 % au premier cycle et de 62,2 % aux cycles supérieurs. Il s'agit donc d'une variable qui a une relation importante avec les idéations suicidaires et les tentatives de suicide. Pour plus de détails sur les calculs, voir l'annexe G.

Figure 13. Importance de la solitude pour les différents indicateurs de la santé psychologique étudiante.





Manquer de compagnie, se sentir rejeté ou rejetée et se sentir isolé ou isolée des autres sont les trois éléments reliés au sentiment de solitude sur lesquels portait l'enquête. Puisque la solitude est la variable qui permet le plus d'expliquer la variance des indicateurs de santé psychologique chez la population étudiante, il faut intervenir spécifiquement sur ces trois éléments de manière prioritaire. Briser la solitude et l'isolement devra être un objectif à la fois de l'Université de Montréal et de la FAÉCUM. Ainsi, l'élaboration et la mise en œuvre d'interventions gagneraient à être réalisées de façon conjointe afin d'en maximiser le potentiel de réussite.

#### **Recommandation 4**

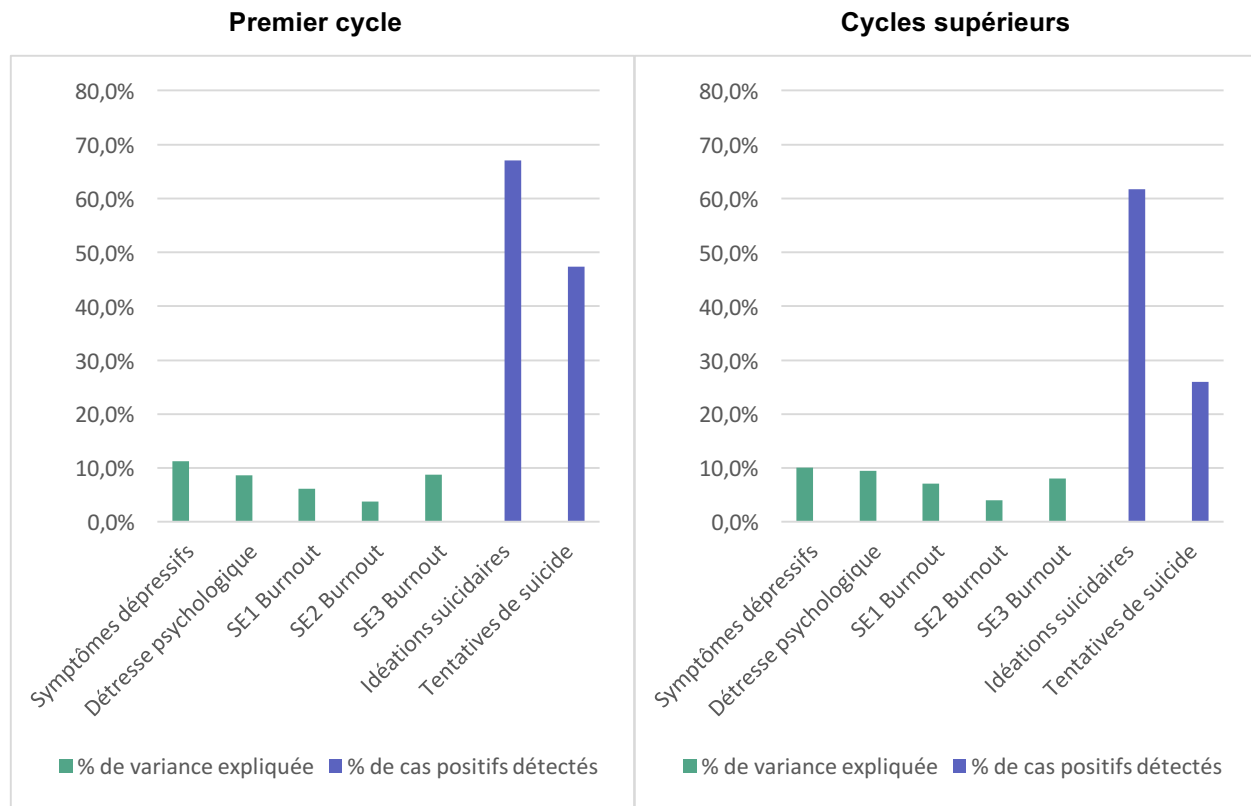
Que l'Université de Montréal et la FAÉCUM développent conjointement un projet visant à réduire le sentiment de solitude sur le campus qui s'adresse directement au manque de compagnie et aux phénomènes de rejet et d'isolement.

### **5.2.2 L'alimentation**

En ce qui concerne l'alimentation, l'enquête évaluait à quel point la personne jugeait qu'elle avait une alimentation saine à l'aide d'une question. La saine alimentation est la deuxième variable la plus reliée aux différents indicateurs de la santé psychologique (négative) et elle y est liée de manière négative. Plus précisément, plus les personnes rapportent avoir une alimentation saine, moins elles rapportent de symptômes dépressifs, de détresse psychologique, de *burnout*, d'idéations suicidaires et de tentatives de suicide. La figure 14 présente le pourcentage de variance expliquée par l'alimentation pour chaque indicateur de la santé psychologique.

Prise séparément, l'alimentation explique respectivement au premier cycle et aux cycles supérieurs 11,2 % et 10,0 % de la variance observée dans les symptômes dépressifs rapportés, 8,6 % et 9,5 % de la détresse psychologique et respectivement 6,1 % et 7,1 ; 3,8 % et 4,0 puis 8,8 % et 8,0 des trois sous-échelles du *burnout* (épuisement émotionnel, dépersonnalisation et manque d'accomplissement). De plus, cette variable est liée aux idéations suicidaires et aux tentatives de suicide. Le potentiel de détection des idéations suicidaires par la qualité de l'alimentation est de 67,1 % au premier cycle et de 61,7 % aux cycles supérieurs. C'est-à-dire que parmi toutes les personnes qui ont eu des idéations suicidaires, il aurait été possible d'en détecter 67,1 % et 61,7 % si on avait connu le score de ces personnes au questionnaire mesurant la qualité de l'alimentation. De la même manière, son potentiel de détection des tentatives de suicide est de 47,4 % au premier cycle et de 26,0 % aux cycles supérieurs. Pour plus de détails sur les calculs, voir l'annexe G.

Figure 14. Importance de l'alimentation pour les différents indicateurs de la santé psychologique étudiante.



L'enquête ne permet toutefois pas de statuer sur le lien de causalité entre l'alimentation et les indicateurs de la santé psychologique. Cependant, la littérature scientifique (Lopresti, Hood et Drummond 2013) laisse croire à un phénomène de type « cercle vicieux » où la qualité de l'alimentation est rapidement négligée par une personne vivant des émotions négatives et qu'une alimentation malsaine garde par la suite cette personne dans son état négatif. Une meilleure promotion d'une saine alimentation et une plus grande disponibilité d'options saines dans les cafétérias et les autres points de services alimentaires à l'Université de Montréal pourrait contribuer à briser ce cercle vicieux. Il serait également intéressant que le conseil d'administration de la FAÉCUM se penche sur la possibilité de bonifier son régime d'assurance collective afin de bonifier la couverture offerte pour les services de consultation en psychologie et en nutrition.

### Recommandation 5

Que l'Université de Montréal fasse la promotion d'une saine alimentation et mette en place des mesures favorisant une saine alimentation chez sa population étudiante, notamment par l'entremise des services alimentaires offerts sur les campus.

### Recommandation 6

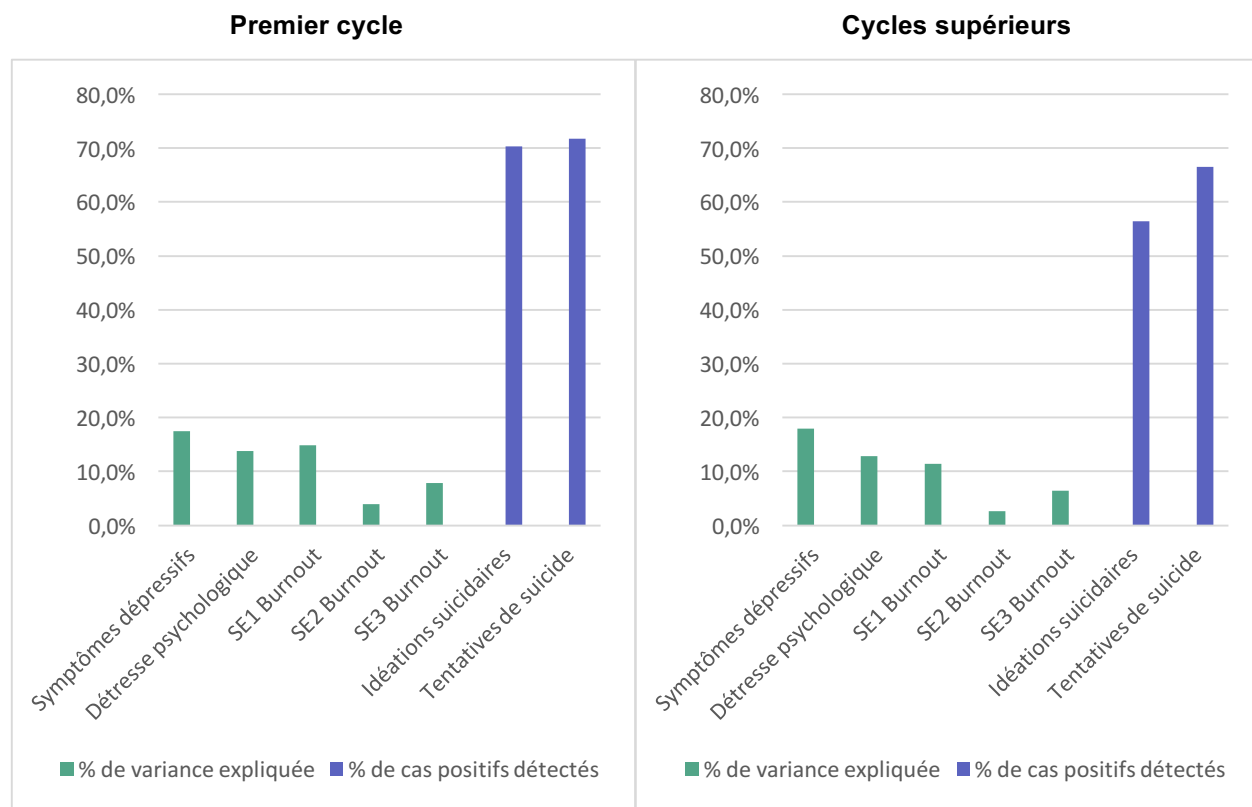
Que le conseil central suggère au conseil d'administration de bonifier la couverture des services de consultation en psychologie et en nutrition de son régime d'assurance collective.

### 5.2.3 Le sommeil

La question de l'enquête relative au sommeil portait sur la satisfaction par rapport à la qualité de celui-ci. Il s'agit de la troisième variable la plus reliée aux différents indicateurs de la santé psychologique (négative) et elle y est liée de manière négative. Plus précisément, plus les personnes rapportent être satisfaites de la qualité de leur sommeil, moins elles rapportent de symptômes dépressifs, de détresse psychologique, de *burnout*, d'idéations suicidaires et de tentatives de suicide. La figure 15 présente le pourcentage de variance expliquée par le sommeil pour chaque indicateur de la santé psychologique.

Pris séparément, le sommeil explique respectivement au premier cycle et aux cycles supérieurs 17,5 % et 17,9 % de la variance observée dans les symptômes dépressifs rapportés, 13,8 % et 12,8 % de la détresse psychologique et respectivement 14,8 % et 11,4 %, 3,9 % et 2,6 % puis 7,8 % et 6,4 % des trois sous-échelles du *burnout* (épuisement émotionnel, dépersonnalisation et manque d'accomplissement). De plus, cette variable est liée aux idéations suicidaires et aux tentatives de suicide. Le potentiel de détection des idéations suicidaires par le sommeil est de 70,3 % au premier cycle et de 56,4 % aux cycles supérieurs. C'est-à-dire que parmi toutes les personnes qui ont eu des idéations suicidaires, il aurait été possible d'en détecter 70,3 % et 56,4 % si on avait connu le score de ces personnes au questionnaire mesurant le sommeil. De la même manière, son potentiel de détection des tentatives de suicide est de 71,8 % au premier cycle et de 66,5 % aux cycles supérieurs. Pour plus de détails sur les calculs, voir l'annexe G.

Figure 15. Importance du sommeil pour les différents indicateurs de la santé psychologique étudiante.



Comme pour l'alimentation, il est reconnu que les émotions négatives nuisent à la qualité du sommeil, mais il est également reconnu qu'un sommeil de mauvaise qualité influence la santé psychologique (Lopresti, Hood et Drummond 2013). Dans tous les cas, il semble clair que la qualité du sommeil est grandement liée

à la santé psychologique des étudiants et des étudiantes de l'Université de Montréal. Les SAÉ offrent déjà, par l'entremise du CSCP, des ateliers gratuits afin d'aider les membres communauté étudiante à améliorer la qualité de leur sommeil. Vu l'importance de cette variable sur la santé psychologique, il serait judicieux d'améliorer l'offre et la disponibilité de ces ateliers afin d'en faire profiter un maximum de personnes. Ces ateliers et leurs bénéfices gagneraient également à être mieux connus de la communauté étudiante.

### **Recommandation 7**

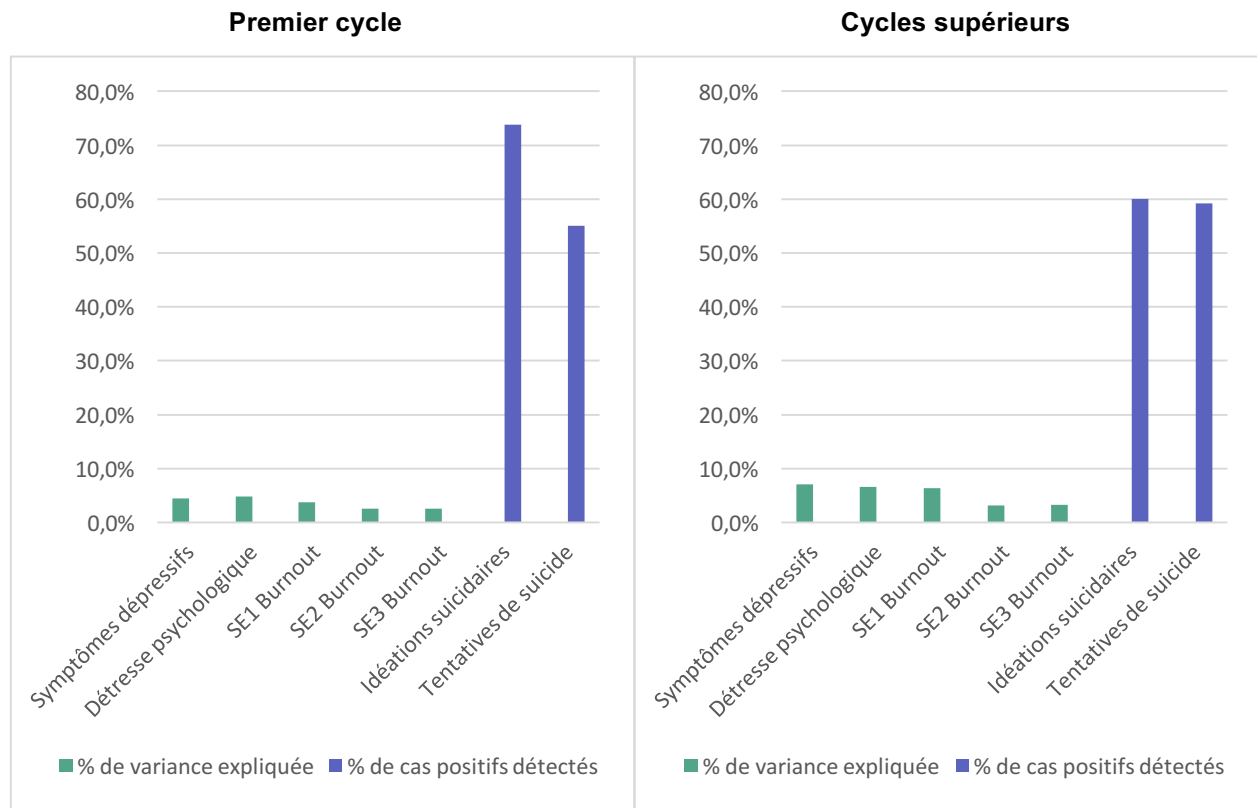
Que l'Université de Montréal fasse la promotion de bonnes habitudes de sommeil et mette en place des mesures favorisant des habitudes saines de sommeil chez sa population étudiante, notamment par les ateliers offerts par les SAÉ.

#### **5.2.4 La précarité financière**

La précarité financière était évaluée dans l'enquête par une question portant sur le sentiment d'être dans cette situation. Se sentir dans une situation de précarité financière est la quatrième variable la plus reliée aux différents indicateurs de la santé psychologique (négative) et elle y est liée de manière positive. Plus précisément, plus les personnes rapportent être dans une situation de précarité financière, plus elles rapportent de symptômes dépressifs, de détresse psychologique, de *burnout*, d'idéations suicidaires et de tentatives de suicide. La figure 16 présente le pourcentage de variance expliquée par la précarité financière pour chaque indicateur de la santé psychologique.

Prise séparément, la précarité financière explique respectivement au premier cycle et aux cycles supérieurs 4,5 % et 7,1 % de la variance observée dans les symptômes dépressifs rapportés, 4,8 % et 6,6 % de la détresse psychologique et respectivement 3,8 % et 6,4 % ; 2,5 % et 3,2 % puis 2,5 % et 3,3 % des trois sous-échelles du *burnout* (épuisement émotionnel, dépersonnalisation et manque d'accomplissement). De plus, cette variable est liée aux idéations suicidaires et aux tentatives de suicide. Le potentiel de détection des idéations suicidaires par la précarité financière est de 73,8 % au premier cycle et de 60,0 % aux cycles supérieurs. C'est-à-dire que parmi toutes les personnes qui ont eu des idéations suicidaires, il aurait été possible d'en détecter 73,8 % et 60,0 % si on avait connu le score de ces personnes au questionnaire mesurant la précarité financière. De la même manière, son potentiel de détection des tentatives de suicide est de 55,0 % au premier cycle et de 59,2 % aux cycles supérieurs. Pour plus de détails sur les calculs, voir l'annexe G.

Figure 16. Importance du sentiment de précarité financière pour les différents indicateurs de la santé psychologique étudiante.



En regard des trois variables précédemment décrites, il semble donc essentiel que l'ensemble des services offerts par l'Université, notamment ceux ayant pour but d'améliorer la santé psychologique étudiante, restent accessibles financièrement. De plus, nos analyses nous portent à croire que cette variable est suffisamment en lien avec la santé psychologique négative pour justifier que l'Université de Montréal intervienne de façon proactive afin de contrer la précarité financière des étudiants et des étudiantes.

### Recommandation 8

Que l'Université de Montréal s'assure que l'ensemble des services qu'elle offre aux étudiants et aux étudiantes soient abordables.

### Recommandation 9

Que l'Université de Montréal développe des mesures afin de contrer la précarité financière des étudiants et des étudiantes.

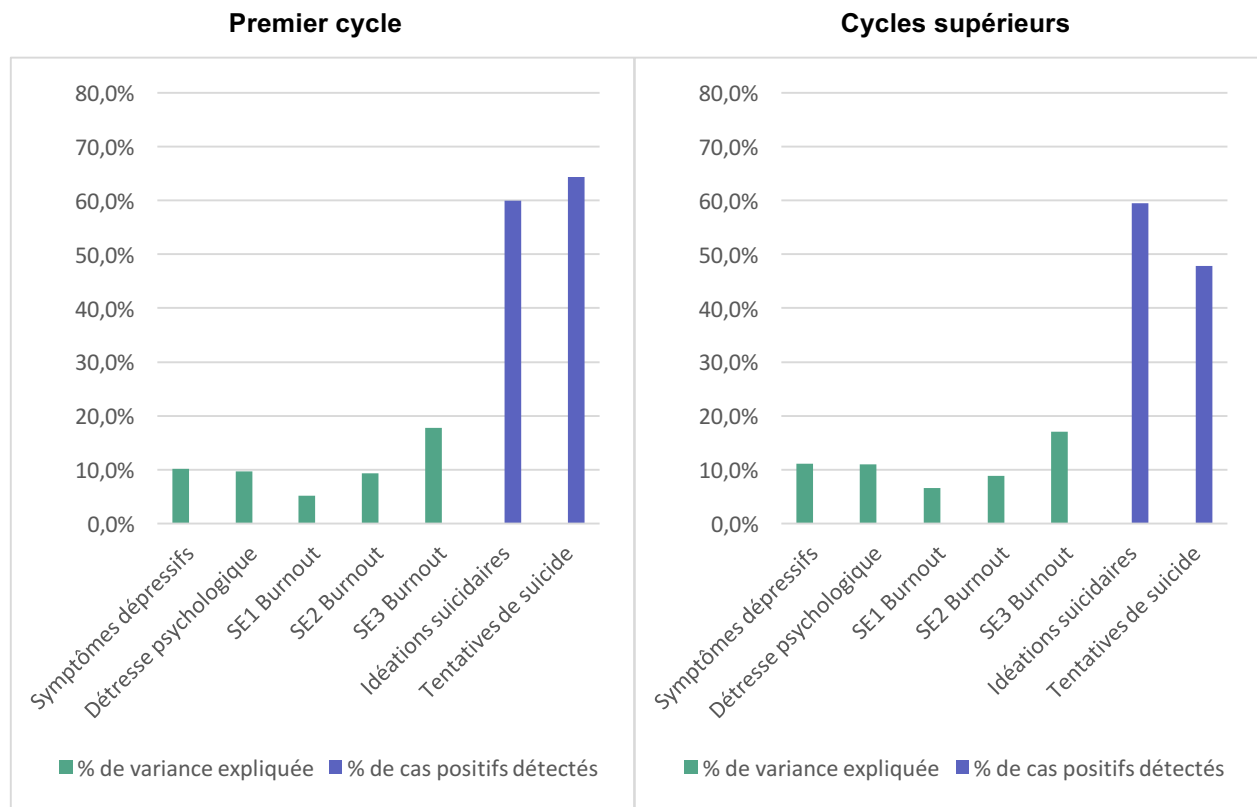
## 5.2.5 Le soutien des pairs

Le questionnaire mesurant le soutien des pairs utilisé dans l'enquête portait précisément sur le sentiment de reconnaissance et d'appréciation de la part de ses collègues, de sentir que cette appréciation est réciproque, puis, dans un contexte plus académique, de sentir qu'ils et qu'elles donnent une rétroaction constructive, feront preuve de solidarité dans les moments difficiles et finalement qu'ils offriront de partager

les tâches et les responsabilités. Se sentir soutenu ou soutenue par les collègues de son programme ou de son laboratoire de recherche est la cinquième variable la plus reliée aux différents indicateurs de la santé psychologique (négative) et elle y est liée de manière négative. Plus précisément, plus les personnes rapportent bénéficier d'un bon soutien de la part de leurs collègues, moins elles rapportent de symptômes dépressifs, de détresse psychologique, de *burnout*, d'idéations suicidaires et de tentatives de suicide. La figure 17 présente le pourcentage de variance expliquée par le soutien des pairs pour chaque indicateur de la santé psychologique.

Pris séparément, le soutien des pairs explique respectivement au premier cycle et aux cycles supérieurs 10,2 % et 11,1 % de la variance observée dans les symptômes dépressifs rapportés, 9,7 % et 11,0 % de la détresse psychologique et respectivement 5,2 % et 6,6 % ; 9,4 % et 8,9 % puis 17,8 % et 17,1 % des trois sous-échelles du *burnout* (épuisement émotionnel, dépersonnalisation et manque d'accomplissement). De plus, cette variable est liée aux idéations suicidaires et aux tentatives de suicide. Le potentiel de détection des idéations suicidaires par le soutien des pairs est de 59,9 % au premier cycle et de 59,5 % aux cycles supérieurs. C'est-à-dire que parmi toutes les personnes qui ont eu des idéations suicidaires, il aurait été possible d'en détecter 59,9 % et 59,5 % si on avait connu le score de ces personnes au questionnaire mesurant le soutien des pairs. De la même manière, son potentiel de détection des tentatives de suicide est de 64,4 % au premier cycle et de 47,8 % aux cycles supérieurs. Pour plus de détails sur les calculs, voir l'annexe G.

Figure 17. Importance du soutien par les pairs pour les différents indicateurs de la santé psychologique étudiante.



Des activités de promotion de l'importance du soutien entre collègues devraient être mises en place afin de contribuer à améliorer la santé psychologique étudiante. Cette promotion ne devrait pas viser exclusivement

les étudiants et les étudiantes, mais bien l'ensemble de la communauté universitaire, comme les membres du personnel enseignant, les responsables de programmes ainsi que les directeurs et les directrices de recherche. Ceux-ci et celles-ci pourraient ainsi participer à la création d'un environnement de soutien et de collaboration pour l'ensemble des étudiants et des étudiantes.

### **Recommandation 10**

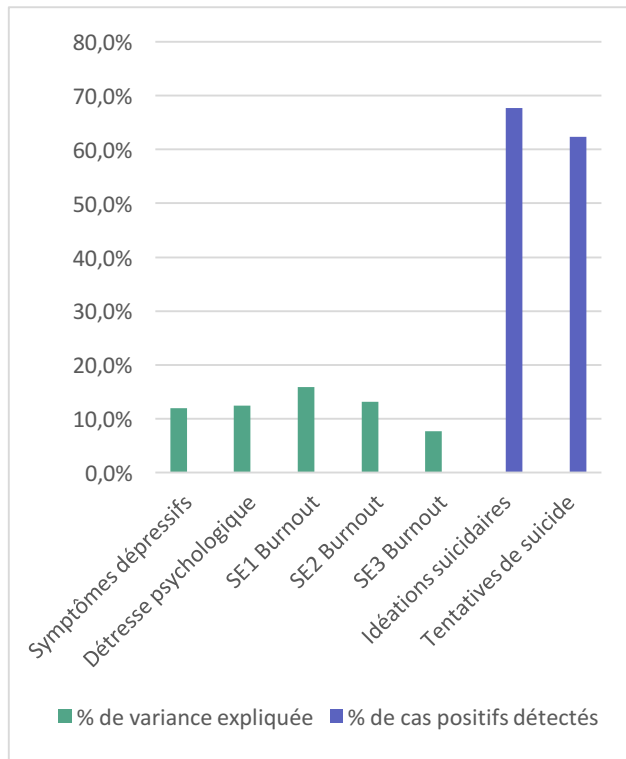
Que l'Université de Montréal fasse la promotion de l'importance du soutien entre collègues d'un même programme auprès de l'ensemble de la communauté universitaire, notamment en ce qui concerne les volets suivants : reconnaissance, relations de confiance, collaboration et travail d'équipe.

#### **5.2.6 Possibilité d'être authentique**

Les questions de l'enquête mesurant la possibilité d'être authentique portaient sur l'impression de pouvoir exprimer ses vrais sentiments au laboratoire de recherche et à l'Université de Montréal en général, de pouvoir y montrer les vraies facettes de sa personne et de se sentir libre d'y être soi-même. Il s'agit de la sixième variable la plus reliée aux différents indicateurs de la santé psychologique (négative) et elle y est liée de manière négative. Plus précisément, plus les personnes rapportent qu'il est possible pour elles d'être authentiques avec leurs collègues, moins elles rapportent de symptômes dépressifs, de détresse psychologique, de *burnout*, d'idéations suicidaires et de tentatives de suicide. La figure 18 présente le pourcentage de variance expliquée par la possibilité d'être authentique pour chaque indicateur de la santé psychologique.

Prise séparément, la possibilité d'être authentique explique aux cycles supérieurs 12,0 % de la variance observée dans les symptômes dépressifs rapportés, 12,4 % de la détresse psychologique et respectivement 15,9 % ; 13,2 % et 7,7 % des trois sous-échelles du *burnout* (épuisement émotionnel, dépersonnalisation et manque d'accomplissement). De plus, cette variable est liée aux idéations suicidaires et aux tentatives de suicide. Le potentiel de détection des idéations suicidaires aux cycles supérieurs par la possibilité d'être authentique est de 67,7 %. C'est-à-dire que parmi toutes les personnes qui ont eu des idéations suicidaires aux cycles supérieurs, il aurait été possible d'en détecter 67,7 % si on avait connu le score de ces personnes au questionnaire mesurant la possibilité d'être authentique. De la même manière, son potentiel de détection des tentatives de suicide aux cycles supérieurs est de 62,3 %. Pour plus de détails sur les calculs, voir l'annexe G.

Figure 18. Importance de la possibilité d'être authentique aux cycles supérieurs pour les différents indicateurs de la santé psychologique étudiante.



Pour sentir qu'on peut être authentique avec ses collègues, le climat de travail doit être sain et respectueux. Cette variable est suffisamment liée à la santé psychologique afin de justifier des efforts conjoints de la part de la FAÉCUM et de l'Université de Montréal pour travailler à améliorer et à répandre une culture de respect et d'acceptation sur les campus de l'Université. Bien que l'enquête n'ait mesuré la possibilité d'être authentique qu'auprès des étudiants et des étudiantes des cycles supérieurs, nous croyons que l'ensemble de la communauté bénéficierait du développement d'une telle culture. Comme cette variable vient expliquer une partie significative des indicateurs de la santé psychologique des personnes aux cycles supérieurs, il faudrait toutefois débiter ces efforts auprès des équipes de recherche, notamment par la création d'une campagne de sensibilisation.

### Recommandation 11

Que l'Université et la FAÉCUM développent conjointement un projet visant à développer une culture de respect et d'acceptation sur les campus, plus particulièrement auprès des équipes de recherche ainsi que des étudiants et des étudiantes aux cycles supérieurs.

### 5.2.7 Compétition avec les pairs

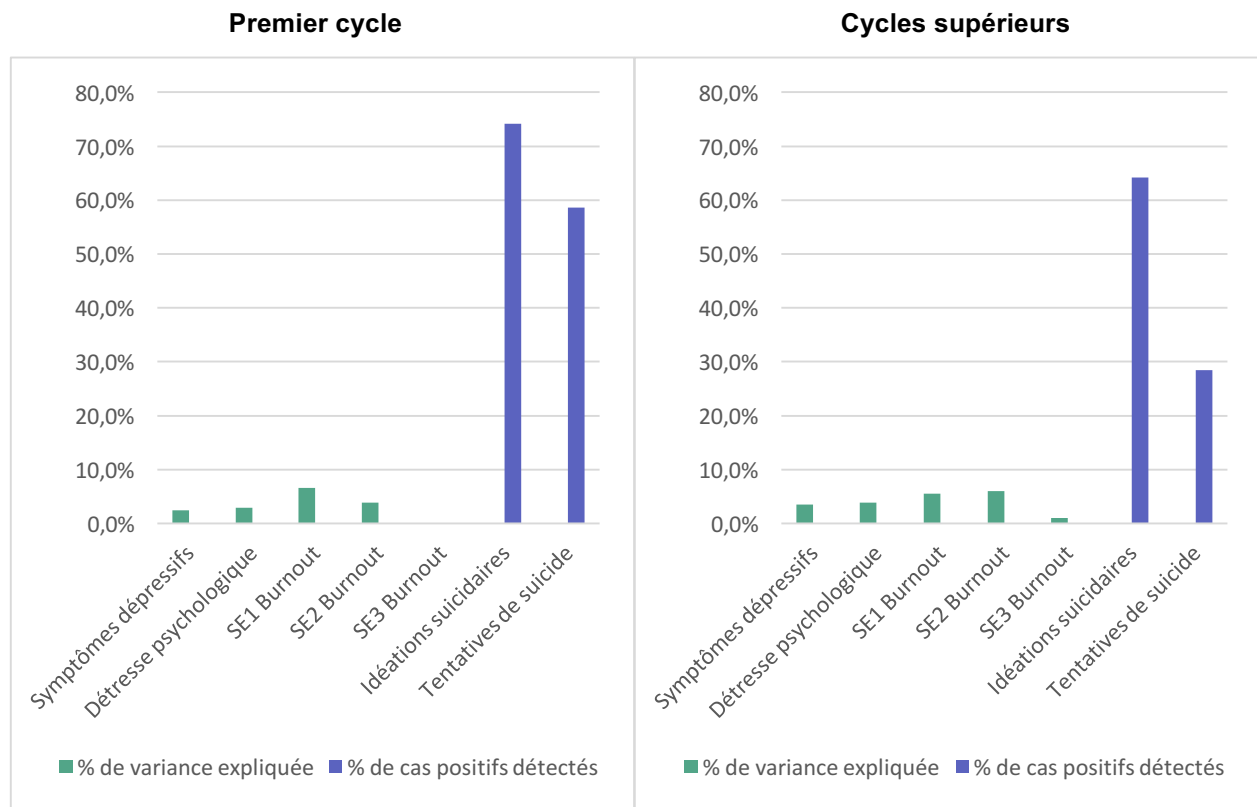
Les questions de l'enquête mesurant cette variable étaient différentes au premier cycle et aux cycles supérieurs afin de tenir compte des réalités particulières de chaque cycle. Au premier cycle, les questions portaient sur la comparaison des notes des étudiants et des étudiantes par les membres du personnel enseignant, sur le fait que la reconnaissance reçue dépende de ses résultats scolaires, sur la préoccupation générale à être dans les meilleurs ou dans les meilleures du programme et sur la comparaison des résultats



académiques entre collègues. Aux cycles supérieurs, les questions portaient sur le fait que le directeur ou la directrice de recherche compare ses résultats avec ceux des autres étudiants et des autres étudiantes, sur le fait que la reconnaissance reçue dépende de la comparaison de son travail avec celui des autres collègues, sur la préoccupation générale au laboratoire à être meilleur que les autres et sur la comparaison des résultats et des publications entre collègues. Sentir qu'on est en compétition avec les collègues de son programme ou de son laboratoire de recherche est la septième variable la plus reliée aux différents indicateurs de la santé psychologique (négative) et elle y est liée de manière positive. Plus précisément, plus les personnes rapportent se sentir en compétition avec leurs pairs, plus elles rapportent de symptômes dépressifs, de détresse psychologique, de *burnout*, d'idéations suicidaires et de tentatives de suicide. La figure 19 présente le pourcentage de variance expliquée par le sentiment de compétition avec les pairs pour chaque indicateur de la santé psychologique.

Pris séparément, la compétition avec les pairs explique respectivement au premier cycle et aux cycles supérieurs 2,4 % et 3,5 % de la variance observée dans les symptômes dépressifs rapportés, 2,9 % et 3,8 % de la détresse psychologique et respectivement 6,6 % et 5,5 % ; 3,9 % et 6,0 % puis 0,0 % et 1,0 % des trois sous-échelles du *burnout* (épuisement émotionnel, dépersonnalisation et manque d'accomplissement). De plus, cette variable est liée aux idéations suicidaires et aux tentatives de suicide. Le potentiel de détection des idéations suicidaires par la compétition avec les pairs est de 74,2 % au premier cycle et de 64,2 % aux cycles supérieurs. C'est-à-dire que parmi toutes les personnes qui ont eu des idéations suicidaires, il aurait été possible d'en détecter 74,2 % et 64,2 % si on avait connu le score de ces personnes au questionnaire mesurant la compétition avec les pairs. De la même manière, son potentiel de détection des tentatives de suicide est de 58,6 % au premier cycle et de 28,4 % aux cycles supérieurs. Pour plus de détails sur les calculs, voir l'annexe G.

Figure 19. Importance du sentiment d'être en compétition avec les pairs pour les différents indicateurs de la santé psychologique étudiante.



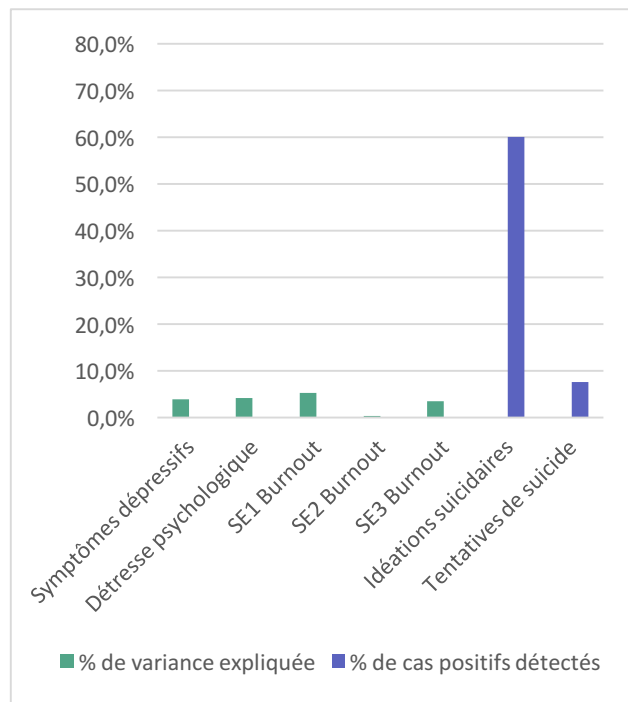
Les résultats démontrent que la compétition avec les pairs a un impact sur certains indicateurs d'une santé psychologique négative. Cela est lié à la volonté des étudiantes et des étudiants de vouloir non seulement réussir, mais également d'être reconnu pour leurs performances et de se démarquer des autres, notamment par leurs résultats scolaires. En effet, plusieurs programmes sont exigeants et ont des critères d'admissions élevés. La compétition peut également être féroce pour accéder aux cycles supérieurs ou pour se démarquer au sein de son équipe de recherche.

### 5.2.8 Stress pour le projet de rédaction

L'enquête évaluait cette variable à l'aide d'une question demandant aux répondantes ou aux répondants s'ils éprouvaient du stress pour leur projet de rédaction. Éprouver du stress pour la rédaction de son mémoire, de son travail dirigé, de sa thèse ou de son essai doctoral est la huitième variable la plus reliée aux différents indicateurs de la santé psychologique (négative) et elle y est liée de manière positive. Plus précisément, plus les personnes rapportent être stressées par leur projet de rédaction, plus elles rapportent de symptômes dépressifs, de détresse psychologique, de *burnout*, d'idéations suicidaires et de tentatives de suicide. La figure 20 présente le pourcentage de variance expliquée par le stress à l'égard du projet de rédaction pour chaque indicateur de la santé psychologique.

Pris séparément, le stress pour le projet de rédaction explique aux cycles supérieurs 3,9 % de la variance observée dans les symptômes dépressifs rapportés, 4,2 % de la détresse psychologique et respectivement 5,3 % ; 0,3 % et 3,5 % des trois sous-échelles du *burnout* (épuisement émotionnel, dépersonnalisation et manque d'accomplissement). De plus, cette variable est liée aux idéations suicidaires et aux tentatives de suicide. Le potentiel de détection des idéations suicidaires aux cycles supérieurs par le stress pour le projet de rédaction est de 60,1 %. C'est-à-dire que parmi toutes les personnes qui ont eu des idéations suicidaires aux cycles supérieurs, il aurait été possible d'en détecter 60,1 % si on avait connu le score de ces personnes au questionnaire mesurant le stress pour le projet de rédaction. De la même manière, son potentiel de détection des tentatives de suicide aux cycles supérieurs est de 7,6 %. Pour plus de détails sur les calculs, voir l'annexe G.

Figure 20. Importance du stress pour le projet de rédaction aux cycles supérieurs pour les différents indicateurs de la santé psychologique étudiante.



Ces constats nous mènent à recommander la mise en place de mesures afin de réduire le stress associé au projet de rédaction et ainsi favoriser une meilleure santé psychologique chez la communauté étudiante aux cycles supérieurs.

### Recommandation 12

Que l'Université de Montréal mette en place des mesures afin de diminuer le stress associé à la rédaction du mémoire, du travail dirigé, de la thèse ou de l'essai doctoral, notamment en améliorant la qualité de l'encadrement reçu par les étudiants et les étudiantes aux cycles supérieurs.

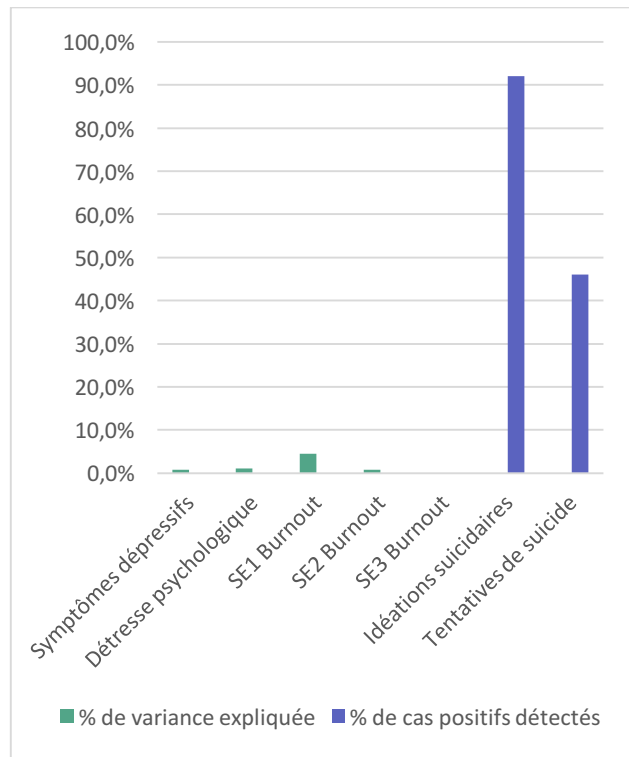
#### 5.2.9 Trop de difficulté dans le projet de recherche ou dans les études

Les questions mesurant cette variable demandaient aux étudiantes et aux étudiants de rapporter à quel point ils sentent que leur programme d'études est très difficile et qu'il leur faut mobiliser toutes leurs ressources pour atteindre leurs objectifs d'études. Sentir que son projet de recherche ou que ses études sont trop difficiles est la neuvième variable la plus reliée aux différents indicateurs de la santé psychologique (négative) et elle y est liée de manière positive. Plus précisément, plus les personnes rapportent avoir de la difficulté dans leur projet de recherche ou dans leurs études, plus elles rapportent de symptômes dépressifs, de détresse psychologique, de *burnout*, d'idéations suicidaires et de tentatives de suicide. La figure 21 présente le pourcentage de variance expliquée par le sentiment de difficulté pour chaque indicateur de la santé psychologique.

Pris séparément, le sentiment de difficulté explique aux cycles supérieurs 0,8 % de la variance observée dans les symptômes dépressifs rapportés, 1,1 % de la détresse psychologique et respectivement 4,5 % ; 0,7 % et 0,0 % des trois sous-échelles du *burnout* (épuisement émotionnel, dépersonnalisation et manque

d'accomplissement). De plus, cette variable est liée aux idéations suicidaires et aux tentatives de suicide. Le potentiel de détection des idéations suicidaires aux cycles supérieurs par le sentiment de difficulté est de 92,0 %. C'est-à-dire que parmi toutes les personnes qui ont eu des idéations suicidaires aux cycles supérieurs, il aurait été possible d'en détecter 92,0 % si on avait connu le score de ces personnes au questionnaire mesurant le sentiment de difficulté. De la même manière, son potentiel de détection des tentatives de suicide aux cycles supérieurs est de 46,0 %. Pour plus de détails sur les calculs, voir l'annexe G.

Figure 21. Importance du niveau de difficulté aux cycles supérieurs pour les différents indicateurs de la santé psychologique étudiante.



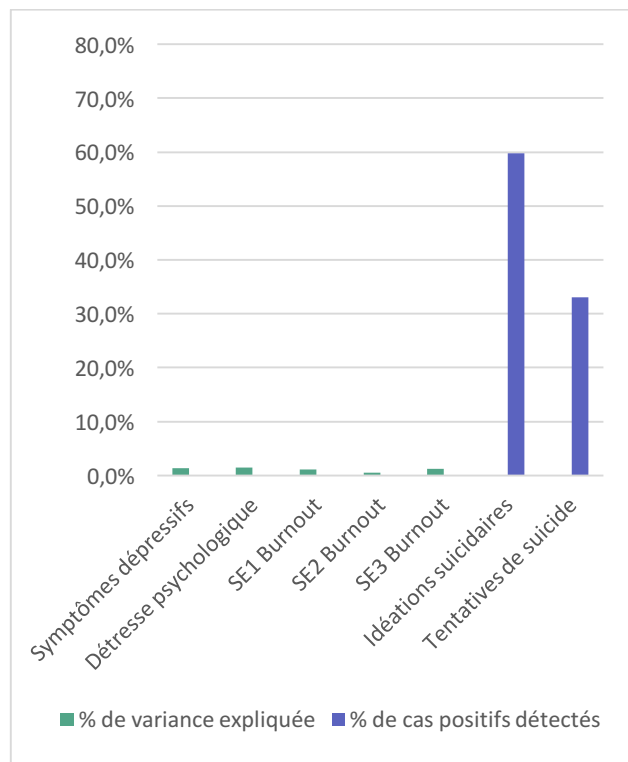
### 5.2.10 Sentir de la pression pour rester tard et la fin de semaine au laboratoire

Ce sentiment était mesuré dans l'enquête par une question qui demandait à quel point les étudiants et les étudiantes ressentent de la pression de la part de leur directeur ou de leur directrice de recherche pour rester travailler à l'école ou au laboratoire les soirs et les fins de semaines. Sentir ce genre de pression est la dixième variable la plus reliée aux différents indicateurs de la santé psychologique (négative) et elle y est liée de manière positive. Plus précisément, plus les personnes rapportent sentir cette pression, plus elles rapportent de symptômes dépressifs, de détresse psychologique, de *burnout*, d'idéations suicidaires et de tentatives de suicide. et plus elles pensent ou tentent de s'enlever la vie. La figure 22 présente le pourcentage de variance expliquée par cette pression pour chaque indicateur de la santé psychologique.

Prise séparément, cette pression explique aux cycles supérieurs 1,3 % de la variance observée dans les symptômes dépressifs rapportés, 1,5 % de la détresse psychologique et respectivement 1,1 % ; 0,5 % et 1,2 % des trois sous-échelles du *burnout* (épuisement émotionnel, dépersonnalisation et manque d'accomplissement). De plus, cette variable est liée aux idéations suicidaires et aux tentatives de suicide.

Le potentiel de détection des idéations suicidaires aux cycles supérieurs par cette pression est de 59,8 %. C'est-à-dire que parmi toutes les personnes qui ont eu des idéations suicidaires aux cycles supérieurs, il aurait été possible d'en détecter 59,8 % si on avait connu le score de ces personnes au questionnaire mesurant la pression pour rester tard et la fin de semaine au laboratoire. De la même manière, son potentiel de détection des tentatives de suicide aux cycles supérieurs est de 33,1 %. Pour plus de détails sur les calculs, voir l'annexe G.

Figure 22. Importance de la pression ressentie pour rester tard et la fin de semaine au laboratoire aux cycles supérieurs pour les différents indicateurs de la santé psychologique étudiante.



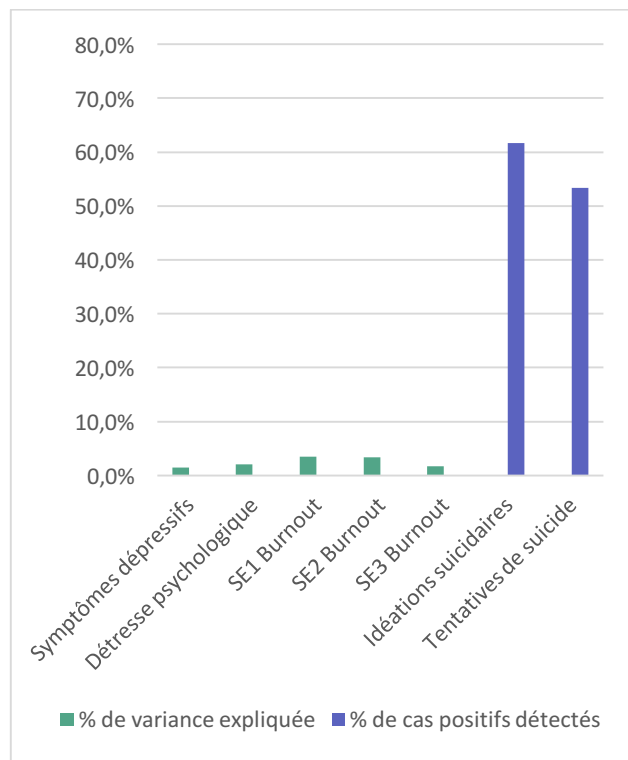
### 5.2.11 Contribution aux projets de son équipe de recherche

Ce sentiment était mesuré dans l'enquête par des questions portant sur le fait de se sentir utile dans son groupe de recherche, de sentir que son projet est une contribution importante et utile dans les travaux du groupe et que son travail n'est pas pris pour acquis. Sentir qu'on contribue de manière significative et positive aux projets de son laboratoire ou de son groupe de recherche est la onzième variable la plus reliée aux différents indicateurs de la santé psychologique (négative) et elle y est liée de manière négative. Plus précisément, plus les personnes rapportent ce sentiment de contribution, moins elles rapportent de symptômes dépressifs, de détresse psychologique, de *burnout*, d'idéations suicidaires et de tentatives de suicide. La figure 23 présente le pourcentage de variance expliquée par le sentiment de contribution aux projets de son équipe de recherche pour chaque indicateur de la santé psychologique.

Prise séparément, la contribution aux projets de son équipe de recherche explique aux cycles supérieurs 1,4 % de la variance observée dans les symptômes dépressifs rapportés, 2,0 % de la détresse psychologique et respectivement 3,5 %, 3,4 % et 1,7 % des trois sous-échelles du *burnout*. De plus, cette variable est liée aux idéations suicidaires et aux tentatives de suicide. Le potentiel de détection des idéations

suicidaires aux cycles supérieurs par la contribution aux projets de son équipe de recherche est de 61,7 %. C'est-à-dire que parmi toutes les personnes qui ont eu des idéations suicidaires aux cycles supérieurs, il aurait été possible d'en détecter 61,7 % si on avait connu le score de ces personnes au questionnaire mesurant la contribution aux projets de son équipe de recherche. De la même manière, son potentiel de détection des tentatives de suicide aux cycles supérieurs est de 53,3 %. Pour plus de détails sur les calculs, voir l'annexe G.

Figure 23. Importance du sentiment de contribution aux projets de son équipe de recherche aux cycles supérieurs pour les différents indicateurs de la santé psychologique étudiante.



### 5.3 VUE SPÉCIFIQUE DES VARIABLES CATÉGORIELLES PRÉDISANT LA SANTÉ PSYCHOLOGIQUE ÉTUDIANTE

Cette section est la suite de la section 5.2 en ce sens qu'elle vérifie les relations entre les variables prédictives catégorielles et les différents indicateurs de la santé psychologique. Les variables catégorielles sont celles pour lesquelles l'enquête ne permettait pas de répondre sur une échelle à intervalles réguliers, par exemple être un homme, une femme ou se définir autrement. Les variables prédictives catégorielles dont il sera question dans cette section sont la consommation de substances (alcool, cannabis, drogues « dures » et psychostimulants sans ordonnance), le niveau d'endettement, l'appartenance ethnique et l'orientation sexuelle.

Afin de déterminer la relation entre les variables prédictives catégorielles et les indicateurs de la santé psychologique mesurés par des variables continues – soit les symptômes dépressifs, la détresse psychologique et les trois sous-échelles de l'épuisement professionnel – il faut comparer la moyenne

obtenue pour chacun des choix de réponses d'une variable donnée au seuil critique<sup>19</sup> des différents questionnaires mesurant les indicateurs de la santé psychologique. Ensuite, une vérification des différences statistiquement significatives<sup>20</sup> doit être effectuée. Cette analyse permet de savoir si les répondants et les répondantes qui ont sélectionné un choix de réponse donné à l'une des variables rapportent une santé psychologique significativement différente de la moyenne. Les détails concernant ces analyses se retrouvent à la section 3 de l'annexe G.

Afin de déterminer la relation entre les variables prédictrices catégorielles et les indicateurs de la santé psychologique mesurés par des variables catégorielles – soit les idéations suicidaires et les tentatives de suicide – il faut comparer la proportion des personnes ayant sélectionné un choix de réponse donné à l'une des variables à celle des personnes ayant rapporté des idéations suicidaires ou des tentatives de suicide.

### 5.3.1 Consommation d'alcool

#### Présentation des résultats

Cette section vérifie, dans un premier temps, les moyennes obtenues par différents groupes de consommateurs et de consommatrices d'alcool aux questionnaires mesurant les symptômes dépressifs, la détresse psychologique et l'épuisement professionnel. Dans un deuxième temps, la prévalence d'idéations suicidaires et de tentatives de suicide est présentée pour les différents types de consommateurs et de consommatrices d'alcool. Afin d'avoir une idée sur l'augmentation du risque selon les niveaux de consommation d'alcool, le groupe ne consommant pas d'alcool peut servir de référence.

---

<sup>19</sup> Les seuils critiques des questionnaires utilisés pour mesurer les différents indicateurs de la santé psychologique ont été présentés à la section 5.

<sup>20</sup> Les différences significatives doivent être interprétées avec parcimonie puisque que les groupes contiennent un nombre de personne inégal de personnes et que la différence significative est influencée par la différence entre deux moyennes ainsi que par le nombre de personnes qui compose le groupe. Moins il y a de personne dans un groupe, moins il est probable que la différence soit notée comme statistiquement significative, mais cela ne veut pas dire qu'elle ne doit pas être considérée.

Tableau 9. Moyenne des symptômes rapportés selon la fréquence de consommation d'alcool.

Indicateurs de la santé psychologique	Seuil critique <sup>21</sup>	Jamais	< 1 fois par mois	1 à 3 fois par mois	1 fois par semaine	> 1 fois par semaine	Tous les jours	Ne souhaite pas répondre	Moyenne pondérée	
Nombre de répondants et de répondantes		1 437	1 810	2 525	2 111	2 187	156	C. <sup>22</sup>	10232	
Dépression	>14	10,80 <sup>23,a</sup>	10,62 <sup>b</sup>	10,21 <sup>c</sup>	9,68 <sup>a,b,d</sup>	10,20 <sup>e</sup>	12,08 <sup>c,d,e</sup>	N.P. <sup>24</sup>	10,28	
Détresse psychologique	-	9,08 <sup>a</sup>	8,93 <sup>b</sup>	8,56	8,26 <sup>a,b,c</sup>	8,50 <sup>a</sup>	9,62 <sup>c</sup>	N.P.	8,64	
Burnout	Épuisement émotionnel	>20	<b>26,99<sup>a</sup></b>	<b>26,55<sup>b</sup></b>	<b>25,96<sup>c</sup></b>	<b>24,37<sup>a,b,c</sup></b>	<b>24,73<sup>a,b</sup></b>	<b>26,79</b>	N.P.	<b>25,63</b>
	Dépersonnalisation	>7	5,54 <sup>a</sup>	5,38 <sup>b</sup>	5,43 <sup>c</sup>	5,32 <sup>d</sup>	5,75 <sup>e</sup>	<b>7,57<sup>a,b,c,d,e</sup></b>	N.P.	5,52
	Manque d'accomplissement	>33	21,52 <sup>a</sup>	21,37 <sup>b</sup>	20,85 <sup>c</sup>	19,82 <sup>a,b,c</sup>	20,02 <sup>a,b</sup>	21,82	N.P.	20,66
		Jamais	< 1 fois par mois	1 à 3 fois par mois	1 fois par semaine	> 1 fois par semaine	Tous les jours	Ne souhaite pas répondre	% total	
Idéations suicidaires	% de oui	6,9	9,4	7,5	7,2	9,1	15,7	N.P.	8,1	
Tentatives de suicide	% de oui	1,3	1,4	1,3	0,9	0,9	4,1	N.P.	1,2	

### Description et interprétation des résultats

En observant les données du tableau 9, on remarque que la relation entre la consommation d'alcool et les différents indicateurs de santé psychologique ne semble pas linéaire. Les personnes qui consomment une fois par semaine présentent moins de symptômes dépressifs et de détresse psychologique. De plus, leur moyenne est significativement plus basse que trois autres groupes pour deux des trois sous-échelles de l'épuisement professionnel. Les personnes qui consomment de l'alcool à tous les jours présentent la moyenne la plus élevée au questionnaire mesurant les symptômes dépressifs. Cette moyenne est d'ailleurs significativement plus élevée que celle de trois autres groupes, laissant croire que les consommateurs et les consommatrices quotidiennes sont plus à risque de présenter des symptômes dépressifs. Les personnes qui ne souhaitent pas répondre présentent également des moyennes plus basses aux différents questionnaires mesurant les indicateurs de santé psychologique, sans qu'elles soient statistiquement différentes des autres. Cela est probablement dû au faible nombre de personnes se trouvant dans cette catégorie.

En ce qui concerne les idéations suicidaires, la prévalence la plus basse est celle du groupe de personne n'ayant pas consommé d'alcool au cours des 12 derniers mois. Cette prévalence augmente lorsqu'il y a consommation d'alcool, pour atteindre un sommet chez le groupe de consommateurs quotidiens et de consommatrices quotidiennes. Ces personnes sont environ deux fois plus à risque de songer sérieusement au suicide que les personnes qui ne consomment pas d'alcool. Au niveau des tentatives de suicide, la relation entre la consommation d'alcool et la prévalence n'est pas claire, sauf en ce qui concerne les

<sup>21</sup> Seuil critique : Les moyennes en gras sont supérieures au seuil critique du questionnaire correspondant.

<sup>22</sup> Le nombre de personne est confidentiel, afin qu'il ne soit pas possible de calculer la moyenne des personnes de cette catégorie en utilisant la moyenne pondérée.

<sup>23</sup> Les différences significatives sont identifiées par des exposants identiques. Ainsi, deux moyennes qui portent le même exposant sont différentes d'une manière statistiquement significative. Une moyenne qui porte deux exposants est significativement différente de deux autres moyennes.

<sup>24</sup> Lorsqu'il y a moins que sept répondants ou répondantes dans une catégorie, les données sont confidentielles.



consommateurs et les consommatrices quotidiennes pour qui la prévalence est environ trois fois plus élevée que chez les personnes qui ne consomment pas

### 5.3.2 Consommation de de cannabis

#### Présentation des résultats

Cette section vérifie, dans un premier temps, les moyennes obtenues par différents groupes de consommateurs et de consommatrices de cannabis et de ses produits dérivés aux questionnaires mesurant les symptômes dépressifs, la détresse psychologique et l'épuisement professionnel. Dans un deuxième temps, la prévalence d'idéations suicidaires et de tentatives de suicide est présentée pour les différents types de consommateurs et de consommatrices de cannabis et de ses produits dérivés. Afin d'avoir une idée sur l'augmentation du risque selon les niveaux de consommation de cette drogue, le groupe qui ne consomme pas peut servir de référence.

Tableau 10. Moyenne des symptômes rapportés selon la fréquence de consommation de cannabis.

Indicateurs de la santé psychologique	Seuil critique <sup>25</sup>	Jamais	< 1 fois par mois	1 à 3 fois par mois	1 fois par semaine	> 1 fois par semaine	Tous les jours	Ne souhaite pas répondre	Moyenne pondérée
Nombre de répondants et de répondantes		7403	1723	462	182	241	174	48	10232
Dépression	>14	10,80 <sup>26,a</sup>	10,62	10,21	9,68	10,20	12,08 <sup>a</sup>	12,23	10,28
Détresse psychologique	-	8,48	8,82	9,33	9,06	9,29	9,87	10,34	8,64
Burnout	Épuisement émotionnel	>20	<b>25,52</b>	<b>25,78</b>	<b>26,03</b>	<b>25,66</b>	<b>25,97</b>	<b>28,92</b>	<b>25,63</b>
	Dépersonnalisation	>7	5,29 <sup>a</sup>	5,85 <sup>a</sup>	6,46 <sup>a</sup>	6,41	6,19	<b>7,29<sup>a</sup></b>	5,52
	Manque d'accomplissement	>33	20,51	21,00	20,99	21,32	21,20	20,33	25,01
		Jamais	< 1 fois par mois	1 à 3 fois par mois	1 fois par semaine	> 1 fois par semaine	Tous les jours	Ne souhaite pas répondre	% total
Iidéations suicidaires	% de oui	6,9	10,4	13,9	10,3	12,2	13,6	10	8,1
Tentatives de suicide	% de oui	1	1,3	2,0	2,2	2,9	1,8	2,3	1,2

#### Description et interprétation des résultats

En observant les données du tableau 10, on remarque que les personnes qui consomment du cannabis ou l'un de ses produits dérivés à tous les jours présentent la moyenne la plus élevée au questionnaire mesurant les symptômes dépressifs. Cette moyenne est d'ailleurs significativement plus élevée que celle des personnes qui ne consomment pas, laissant croire que les consommatrices et les consommateurs quotidiens sont plus à risque de présenter des symptômes dépressifs. En ce qui concerne la détresse

<sup>25</sup> Seuil critique : Les moyennes en gras sont supérieures au seuil critique du questionnaire correspondant.

<sup>26</sup> Les différences significatives sont identifiées par des exposants identiques. Ainsi, deux moyennes qui portent le même exposant sont différentes d'une manière statistiquement significative. Une moyenne qui porte deux exposants est significativement différente de deux autres moyennes.

psychologique, les moyennes au questionnaire semblent augmenter avec la fréquence de consommation, mais aucune moyenne n'est significativement plus élevée qu'une autre. Pour le questionnaire mesurant l'épuisement professionnel, les moyennes ne semblent pas suivre une tendance particulière, mais les consommatrices et les consommateurs quotidiens se démarquent par une moyenne plus élevée à la sous-échelle de dépersonnalisation. Les personnes qui ne souhaitent pas répondre présentent des moyennes plus élevées aux questionnaires mesurant les indicateurs de santé psychologique, sauf celui de la sous-échelle de dépersonnalisation de l'épuisement professionnel. Ces moyennes ne sont pas différentes des autres selon la signification statistique.

En ce qui concerne les idéations suicidaires, la prévalence la plus basse est celle du groupe de personnes n'ayant pas consommé de cannabis ou l'un de ses produits dérivés au cours des 12 derniers mois. Cette prévalence augmente lorsqu'il y a consommation, pour atteindre son sommet auprès de deux groupes, soit les personnes qui consomment entre une et trois fois par mois et celles qui consomment tous les jours. Ces personnes sont environ deux fois plus à risque de songer sérieusement au suicide que les personnes qui ne consomment pas. Au niveau des tentatives de suicide, la prévalence semble augmenter avec la consommation de cannabis ou de l'un de ses produits dérivés, avec une légère décroissance pour les consommatrices et les consommateurs quotidiens. Le groupe rapportant la prévalence la plus basse est celui des personnes qui ne consomment pas.

### 5.3.3 Consommation de drogues « dures »

#### **Présentation des résultats**

Cette section vérifie, dans un premier temps, les moyennes obtenues par différents groupes de consommateurs et de consommatrices de drogues « dures » aux questionnaires mesurant les symptômes dépressifs, la détresse psychologique et l'épuisement professionnel. Dans un deuxième temps, la prévalence d'idéations suicidaires et de tentatives de suicide est présentée pour les différents types de consommateurs et de consommatrices de drogues « dures ». Afin d'avoir une idée sur l'augmentation du risque selon les niveaux de consommation de ces drogues, le groupe qui ne consomme pas peut servir de référence.

Tableau 11. Moyenne des symptômes rapportés selon la fréquence de consommation de drogues « dures ».

Indicateurs de la santé psychologique	Seuil critique <sup>27</sup>	Jamais	< 1 fois par mois	1 à 3 fois par mois	1 fois par semaine	Plus d'une fois par semaine	Tous les jours	Ne souhaite pas répondre	Moyenne pondérée	
Nombre de répondants et de répondantes		9405	639	97	36	15	8	31	10232	
Dépression	>14	10,18 <sup>28,a</sup>	11,20 <sup>a</sup>	11,50	11,77	<b>16,15<sup>a</sup></b>	<b>18,39<sup>a</sup></b>	11,64	10,28	
Détresse psychologique	-	8,56 <sup>a</sup>	9,23	10,30	10,45	13,74 <sup>a</sup>	10,63	9,60	8,64	
<i>Burnout</i>	Épuisement émotionnel	>20	<b>25,60</b>	<b>25,62</b>	<b>25,88</b>	<b>25,46</b>	<b>33,80</b>	<b>39,37</b>	<b>27,16</b>	<b>25,63</b>
	Dépersonnalisation	>7	5,40 <sup>a</sup>	6,47 <sup>a,b</sup>	6,86 <sup>c</sup>	<b>9,06<sup>a,d</sup></b>	<b>8,50<sup>e</sup></b>	<b>17,78<sup>a,b,c,d,e,f</sup></b>	<b>7,37<sup>f</sup></b>	5,52
	Manque d'accomplissement	>33	20,54	21,65	22,25	24,46	25,73	21,89	24,39	20,66
		Jamais	< 1 fois par mois	1 à 3 fois par mois	1 fois par semaine	Plus d'une fois par semaine	Tous les jours	Ne souhaite pas répondre	% total	
Idéations suicidaires	% de oui	7,7	11,9	16,7	20,0	46,2	50,0	11,5	8,1	
Tentatives de suicide	% de oui	1,0	2,1	3,1	8,3	6,7	16,7	3,7	1,2	

### Description et interprétation des résultats

Les personnes qui ne consomment pas présentent les moyennes les plus faibles aux questionnaires mesurant les symptômes dépressifs, la détresse psychologique et l'épuisement professionnel, sauf pour la sous-échelle épuisement émotionnel du *burnout*, où la moyenne la plus basse est obtenue par le groupe qui consomme une fois par semaine. Outre cette observation, les moyennes vont, la plupart du temps, en augmentant lorsque la consommation de drogues « dures » augmente. Les personnes qui consomment plus d'une fois par semaine rapportent une moyenne plus élevée que le seuil critique au questionnaire mesurant les symptômes dépressifs et leur moyenne de groupe est significativement plus élevée que la moyenne du groupe de personne qui ne consomme pas. Les personnes qui consomment une fois par semaine ou plus rapportent une moyenne de groupe plus élevée que le seuil critique au questionnaire mesurant la sous-échelle de dépersonnalisation de l'épuisement professionnel. Le groupe qui consomme quotidiennement obtient une moyenne significativement plus élevée par rapport à tous les autres groupes pour cette sous-échelle.

En ce qui concerne les idéations suicidaires, la prévalence augmente à chaque augmentation de la fréquence de consommation. Le risque de songer sérieusement au suicide double lorsqu'on passe des personnes qui ne consomment pas à celles qui consomment au moins une fois par mois. Les personnes qui consomment quotidiennement ont 6,49 fois plus de risque d'avoir songé sérieusement au suicide au cours des 12 derniers mois que les personnes n'ayant pas consommé. En ce qui concerne les tentatives

<sup>27</sup> Seuil critique : Les moyennes en gras sont supérieures au seuil critique du questionnaire correspondant.

<sup>28</sup> Les différences significatives sont identifiées par des exposants identiques. Ainsi, deux moyennes qui portent le même exposant sont différentes d'une manière statistiquement significative. Une moyenne qui porte deux exposants est significativement différente de deux autres moyennes.

de suicide, le risque double dès qu'on que l'on consomme. Il triple pour les personnes qui consomment de façon mensuelle et est 16,7 fois plus élevé chez les personnes qui consomment quotidiennement.

### 5.3.4 Psychostimulants sans ordonnance

#### Présentation des résultats

Cette section vérifie, dans un premier temps, les moyennes obtenues par différents groupes de consommateurs et de consommatrices de psychostimulants obtenus sans ordonnance aux questionnaires mesurant les symptômes dépressifs, la détresse psychologique et l'épuisement professionnel. Dans un deuxième temps, la prévalence d'idéations suicidaires et de tentatives de suicide est présentée pour les différents types de consommateurs et de consommatrices de psychostimulants obtenus sans ordonnance. Afin de se faire une idée sur l'augmentation du risque selon les niveaux de consommation, le groupe qui ne consomme pas peut servir de référence.

Tableau 12. Moyenne des symptômes rapportés selon la fréquence de consommation de psychostimulants sans ordonnance.

Indicateurs de la santé psychologique	Seuil critique <sup>29</sup>	Jamais	< 1 fois par mois	1 à 3 fois par mois	1 fois par semaine	> 1 fois par semaine	Tous les jours	Ne souhaite pas répondre	Moyenne pondérée
Nombre de répondants et de répondantes		9730	276	88	28	38	37	34	10232
Dépression	>14	10,17 <sup>30,a</sup>	11,76 <sup>a</sup>	13,22 <sup>a</sup>	12,63	13,42	<b>14,68<sup>a</sup></b>	13,86	10,28
Détresse psychologique	-	8,54 <sup>a</sup>	10,00 <sup>a</sup>	11,48 <sup>a</sup>	10,95	11,36	11,90 <sup>a</sup>	11,31	8,64
Burnout	Épuisement émotionnel	>20	<b>25,41<sup>a</sup></b>	<b>28,95<sup>a</sup></b>	<b>30,28</b>	<b>27,84</b>	<b>31,62</b>	<b>30,55</b>	<b>25,63</b>
	Dépersonnalisation	>7	5,39 <sup>a</sup>	<b>7,50<sup>a</sup></b>	<b>8,53<sup>a</sup></b>	<b>9,57<sup>a</sup></b>	<b>7,85</b>	<b>8,68<sup>a</sup></b>	5,52
	Manque d'accomplissement	>33	20,54 <sup>a</sup>	21,89	25,42 <sup>a</sup>	23,36	24,09	22,06	20,66
		Jamais	< 1 fois par mois	1 à 3 fois par mois	1 fois par semaine	> 1 fois par semaine	Tous les jours	Ne souhaite pas répondre	% total
Idéations suicidaires	% de oui	7,9	11,2	18,8	11,1	8,8	20,0	3,2	8,1
Tentatives de suicide	% de oui	1,1	1,1	2,4	3,6	2,9	5,7	0	1,2

#### Description et interprétation des résultats

La relation entre la consommation de psychostimulants sans ordonnance et tous les indicateurs de santé psychologique semble assez linéaire, de sorte que la moyenne des scores aux questionnaire augmente avec la fréquence de consommation. Les personnes qui ne consomment pas de psychostimulants sans

<sup>29</sup> Seuil critique : Les moyennes en gras sont supérieures au seuil critique du questionnaire correspondant.

<sup>30</sup> Les différences significatives sont identifiées par des exposants identiques. Ainsi, deux moyennes qui portent le même exposant sont différentes d'une manière statistiquement significative. Une moyenne qui porte deux exposants est significativement différente de deux autres moyennes.

ordonnance présentent les moyennes les plus faibles aux questionnaires mesurant les symptômes dépressifs, la détresse psychologique et l'épuisement professionnel. Les moyennes vont la plupart du temps en augmentant lorsque la consommation augmente. Les personnes qui consomment des psychostimulants sans ordonnance tous les jours rapportent un score moyen au-dessus du seuil critique au questionnaire mesurant les symptômes dépressifs. Seules les personnes qui ne consomment pas de psychostimulant sans ordonnance présentent un score moyen plus bas que le seuil critique de la sous-échelle dépersonnalisation du *burnout*.

En ce qui concerne les idéations suicidaires, les personnes qui ne consomment pas de psychostimulants sans ordonnance présentent la prévalence la plus faible. Les prévalences les plus élevées se retrouvent chez les groupes en consommant « 1 à 3 fois par mois » et « à tous les jours ». Les personnes qui en consomment plus d'une fois par semaine présentent une prévalence très similaire à celle des personnes qui n'en consomment pas. En ce qui concerne les tentatives de suicide, la prévalence semble augmenter progressivement avec la consommation de psychostimulants sans ordonnance. Les personnes qui en consomment quotidiennement ont cinq fois plus tenté de s'enlever la vie au cours de la dernière année que les personnes qui n'en consomment pas.

À la lumière de ces observations, on constate que la consommation d'alcool, de drogues ou de psychostimulants obtenus sans ordonnance semble dangereusement liée aux problèmes de santé psychologique. Il serait donc pertinent que la FAÉCUM et l'Université de Montréal travaillent à sensibiliser davantage la communauté universitaire à ce sujet.

### **Recommandation 13**

Que l'Université de Montréal et la FAÉCUM mettent sur pied une campagne de prévention concernant la consommation d'alcool et de substances illicites, notamment afin d'outiller la communauté à intervenir en cas de problème.

### **Recommandation 14**

Que l'Université de Montréal fasse la promotion des services existants au sein de l'Université de même qu'à l'extérieur de celle-ci pour les étudiants et les étudiantes aux prises avec un problème de consommation.

### **Recommandation 15**

Que le Centre de santé et de consultation psychologique (CSCP) s'assure d'avoir les outils adéquats pour assurer la prise en charge en redirigeant les étudiants et les étudiantes aux prises avec un problème de consommation vers les ressources appropriées.

## **5.3.5 Niveau d'endettement**

### **Présentation des résultats**

Cette section vérifie, dans un premier temps, les moyennes obtenues par différents groupes de personnes endettées aux questionnaires mesurant les symptômes dépressifs, la détresse psychologique et l'épuisement professionnel. Dans un deuxième temps, la prévalence d'idéations suicidaires et de tentatives de suicide est présentée pour les différents groupes de niveau d'endettement. Afin de se faire une idée sur

l'augmentation du risque selon les niveaux d'endettement, le groupe qui n'est pas endetté peut servir de référence.

Tableau 13. Moyenne des symptômes rapportés selon le niveau d'endettement.

Indicateurs de la santé psychologique	Seuil critique <sup>31</sup>	Aucune dette	1 \$ à 9 999 \$	10 000 \$ à 19 999 \$	20 000 \$ à 29 000 \$	30 000 \$ à 39 999 \$	40 000 \$ à 49 000 \$	50 000 \$ à 59 000 \$	Plus de 60 000 \$	Moyenne pondérée	
Nombre de répondants et de répondantes		4249	2866	1602	698	338	167	90	221	10232	
Dépression	>14	9,73 <sup>32,a</sup>	10,59 <sup>a</sup>	10,52 <sup>a</sup>	10,88 <sup>a</sup>	10,62	11,60 <sup>a</sup>	10,99	11,47 <sup>a</sup>	10,28	
Détresse psychologique	-	8,18 <sup>a</sup>	8,91 <sup>a</sup>	8,83 <sup>a</sup>	9,10 <sup>a</sup>	9,11	9,57	9,15	9,42	8,64	
Burnout	Épuisement émotionnel	>20	<b>24,56<sup>a</sup></b>	<b>25,83<sup>b</sup></b>	<b>26,38<sup>a</sup></b>	<b>26,89<sup>a</sup></b>	<b>26,56</b>	<b>28,45</b>	<b>27,75</b>	<b>29,68<sup>a,b</sup></b>	<b>25,63</b>
	Dépersonnalisation	>7	5,10 <sup>a</sup>	5,64 <sup>a</sup>	5,84 <sup>a</sup>	5,96	5,72	<b>7,06<sup>a</sup></b>	6,44	6,41	5,52
	Manque d'accomplissement	>33	20,10 <sup>a</sup>	21,18 <sup>a</sup>	20,98	21,40	19,98	21,08	21,25	20,60	20,66
		Aucune dette	1 \$ à 9 999 \$	10 000 \$ à 19 999 \$	20 000 \$ à 29 000 \$	30 000 \$ à 39 999 \$	40 000 \$ à 49 000 \$	50 000 \$ à 59 000 \$	Plus de 60 000 \$	% total	
Idéations suicidaires	% de oui	6,9	8,2	9,5	9,9	8,8	12,8	9,3	11,0	8,1	
Tentatives de suicide	% de oui	1,0	1,5	1,3	1,0	0,6	0	1,1	1,9	1,2	

### Description et interprétation des résultats

La relation entre les niveaux d'endettement et les symptômes dépressifs, la détresse psychologique et les idéations suicidaires semble linéaire, de sorte que plus les personnes sont endettées, moins elles rapportent une bonne santé psychologique sur ces indicateurs. En ce qui concerne le questionnaire mesurant les symptômes dépressifs, les personnes qui ne sont pas endettées présentent une moyenne significativement plus basse que tous les autres groupes, à l'exception des personnes endettées de 30 000 \$ à 39 999 \$ et des personnes endettées de 50 000 \$ à 59 999 \$, qui ont une moyenne plus haute, mais pas de manière statistiquement significative. En ce qui concerne le questionnaire mesurant la détresse psychologique, les personnes qui ne sont pas endettées présentent le score moyen le plus bas et celui-ci est significativement plus bas que celui des personnes endettées de 1 \$ à 29 999 \$. Il est possible que les différences ne soient pas significatives avec les autres groupes parce qu'ils sont composés d'un nombre de personnes plus restreint. La sous-échelle épuisement émotionnel du questionnaire mesurant le *burnout* semble la seule pour laquelle les scores moyens augmentent en fonction du niveau d'endettement. Les scores moyens aux deux autres sous-échelles semblent plus ou moins fluctuer selon le niveau d'endettement. Notons toutefois que les personnes endettées de 40 000 \$ à 49 999 \$ sont les seules à présenter un score moyen au-dessus du seuil critique pour l'échelle de dépersonnalisation du *burnout*.

<sup>31</sup> Seuil critique : Les moyennes en gras sont supérieures au seuil critique du questionnaire correspondant.

<sup>32</sup> Les différences significatives sont identifiées par des exposants identiques. Ainsi, deux moyennes qui portent le même exposant sont différentes d'une manière statistiquement significative. Une moyenne qui porte deux exposants est significativement différente de deux autres moyennes.

En ce qui concerne les idéations suicidaires, la prévalence semble augmenter avec le niveau d'endettement pour atteindre son sommet chez le groupe de personnes endettées de 40 000 \$ à 49 999 \$ et fluctuer par la suite. En ce qui concerne les tentatives de suicide, la prévalence ne semble pas augmenter ou diminuer selon les niveaux d'endettement.

### 5.3.6 Minorité ethnique

#### Présentation des résultats

Cette section compare, dans un premier temps, les moyennes obtenues par les personnes appartenant à une minorité ethnique et celles qui n'y appartiennent pas aux questionnaires mesurant les symptômes dépressifs, la détresse psychologique et l'épuisement professionnel. Dans un deuxième temps, la prévalence d'idéations suicidaires et de tentatives de suicide est présentée pour les deux groupes et il sera possible de comparer les niveaux de risque de chaque groupe.

Tableau 14. Moyenne des symptômes rapportés selon l'appartenance ethnique.

Indicateurs de la santé psychologique		Seuil critique <sup>33</sup>	Minorité ethnique	Majorité ethnique	Moyenne pondérée
Nombre de répondants et de répondantes			1936	8296	10232
Burnout	Dépression	>14	11,24 <sup>34,a</sup>	10,06 <sup>a</sup>	10,28
	Détresse psychologique	-	9,19 <sup>a</sup>	8,51 <sup>a</sup>	8,64
	Épuisement émotionnel	>20	<b>27,01<sup>a</sup></b>	<b>25,30<sup>a</sup></b>	<b>25,63</b>
	Dépersonnalisation	>7	6,49 <sup>a</sup>	5,29 <sup>a</sup>	5,52
	Manque d'accomplissement	>33	21,81 <sup>a</sup>	20,39 <sup>a</sup>	20,66
			<b>Minorité ethnique</b>	<b>Majorité ethnique</b>	<b>% total</b>
Idéations suicidaires		% de oui	9,9	7,7	8,1
Tentatives de suicide		% de oui	2,2	0,9	1,2

#### Description et interprétation des résultats

Les personnes appartenant à une minorité ethnique semblent présenter une santé psychologique plus précaire. En effet, celles-ci présentent un score moyen significativement plus élevé que celui des personnes n'appartenant pas à une minorité ethnique aux questionnaires mesurant les symptômes dépressifs, la détresse psychologique et l'épuisement professionnel. De plus, les personnes appartenant à une minorité

<sup>33</sup> Seuil critique : Les moyennes en gras sont supérieures au seuil critique du questionnaire correspondant.

<sup>34</sup> Les différences significatives sont identifiées par des exposants identiques. Ainsi, deux moyennes qui portent le même exposant sont différentes d'une manière statistiquement significative. Une moyenne qui porte deux exposants est significativement différente de deux autres moyennes.

ethnique sont un peu plus à risque de présenter des idéations suicidaires que les personnes n'y appartenant pas et au moins deux fois plus à risque de commettre une tentative de suicide.

### 5.3.7 Orientation sexuelle

#### Présentation des résultats

Cette section compare, dans un premier temps, les moyennes obtenues par les personnes avec différentes orientations sexuelles aux questionnaires mesurant les symptômes dépressifs, la détresse psychologique et l'épuisement professionnel. Dans un deuxième temps, la prévalence d'idéations suicidaires et de tentatives de suicide est présentée pour les quatre groupes et il sera possible de comparer les niveaux de risque de chaque groupe.

Tableau 15. Moyenne des symptômes rapportés selon l'orientation sexuelle.

Indicateurs de la santé psychologique		Seuil critique <sup>35</sup>	Orientation hétérosexuelle	Orientation homosexuelle	Orientation bisexuelle	Orientation autrement définie	Moyenne pondérée
Nombre de répondants et de répondantes			9124	447	522	139	10232
Dépression		>14	10,11 <sup>36,a</sup>	10,42 <sup>b</sup>	12,17 <sup>a,b</sup>	13,81 <sup>a,b</sup>	10,28
Détresse psychologique		-	8,49 <sup>a</sup>	8,77 <sup>b</sup>	10,50 <sup>a,b</sup>	10,81 <sup>a,b</sup>	8,64
Burnout	Épuisement émotionnel	>20	<b>25,50<sup>a</sup></b>	<b>24,85<sup>b</sup></b>	<b>27,85<sup>a,b</sup></b>	<b>27,86</b>	<b>25,63</b>
	Dépersonnalisation	>7	5,41 <sup>a</sup>	5,94	6,64 <sup>a</sup>	<b>7,10<sup>a</sup></b>	5,52
	Manque d'accomplissement	>33	20,52 <sup>a</sup>	20,01 <sup>b</sup>	22,81 <sup>a,b</sup>	24,10 <sup>a,b</sup>	20,66
			Orientation hétérosexuelle	Orientation homosexuelle	Orientation bisexuelle	Orientation autrement définie	% total
Idéations suicidaires		% de oui	7,1	11,4	19,7	N.P. <sup>37</sup>	8,0
Tentatives de suicide		% de oui	1,0	1,1	3,7	N.P. <sup>41</sup>	1,2

#### Description et intégration des résultats

Les personnes avec une orientation hétérosexuelle ou homosexuelle présentent des scores moyens plus bas aux indicateurs de la santé psychologique que les personnes avec une orientation bisexuelle ou autrement définie. Ces différences sont toutes statistiquement significatives, sauf pour le score à l'épuisement émotionnel chez les personnes dont l'orientation sexuelle est définie autrement (probablement dû au fait que le nombre de personnes dans cette catégorie est très restreint) et le score moyen à l'échelle

<sup>35</sup> Seuil critique : Les moyennes en gras sont supérieures au seuil critique du questionnaire correspondant.

<sup>36</sup> Les différences significatives sont identifiées par des exposants identiques. Ainsi, deux moyennes qui portent le même exposant sont différentes d'une manière statistiquement significative. Une moyenne qui porte deux exposants est significativement différente de deux autres moyennes.

<sup>37</sup> Non-publiable : Lorsque moins de sept personnes d'une catégorie ont répondu à l'enquête, les données relatives à leur groupe ne sont pas publiées par souci de confidentialité.



de dépersonnalisation. En ce qui concerne les idéations suicidaires, les personnes bisexuelles sont 2,8 fois plus à risque de songer sérieusement au suicide que les personnes hétérosexuelles et 1,7 fois plus à risque que les personnes homosexuelles. En ce qui concerne les tentatives de suicide, elles sont 3,7 fois plus à risque de tenter de s'enlever la vie que les personnes hétérosexuelles et 3,4 fois plus à risque que les personnes homosexuelles.

Les personnes appartenant à une minorité ethnique ou sexuelle semblent présenter une santé psychologique plus précaire. Il sera donc important que l'Université de Montréal tienne compte des particularités de ces populations étudiantes lors de l'élaboration de mesures visant à améliorer la santé psychologique étudiante.

#### **Recommandation 16**

Que l'Université de Montréal tienne compte des minorités dans l'élaboration de ses politiques et de ses services en matière de santé psychologique étudiante.

## 6. CONCLUSION

Cette enquête est une première initiative de dresser un portrait fidèle de la santé psychologique étudiante à l'Université de Montréal. Elle a été réalisée à l'aide de plusieurs questionnaires psychométriques validés, de questions sociodémographiques provenant d'enquêtes québécoises et de questions élaborées par une équipe de psychologues du Centre de santé et de consultation psychologique (CSCP) de l'Université de Montréal et par la FAËCUM. Le diagnostic a permis de connaître les proportions de personnes rapportant des symptômes dépressifs et d'épuisement professionnel, de comparer la population étudiante à la population générale du Québec en matière de détresse psychologique et de faire le point sur la présence d'idéations suicidaires et de tentatives de suicide parmi la population étudiante.

En ce qui concerne la symptômes dépressifs, 22 % de la population étudiante rapporte des symptômes classés par le questionnaire PHQ-9 comme étant suffisamment sérieux pour entreprendre un traitement. Les étudiantes et les étudiants inscrits au premier cycle présentent le score moyen le plus élevé (moyenne =  $10,78 \pm 5,40$ ) au questionnaire PHQ-9 et sont suivis des étudiantes et des étudiants de deuxième cycle (moyenne =  $9,50 \pm 5,34$ ). Les étudiantes et les étudiants inscrits au troisième cycle (moyenne =  $8,81 \pm 5,35$ ) et à la résidence en médecine (moyenne =  $8,20 \pm 5,17$ ) sont ceux qui rapportent les scores moyens les plus bas en ce qui concerne les symptômes dépressifs. Le questionnaire mesurant la détresse psychologique a été utilisé afin de comparer la population étudiante de l'Université de Montréal à la population générale. Cela nous a permis de constater que la détresse psychologique est plus présente à l'Université de Montréal en 2016 qu'elle ne l'était dans la population générale en 2008. En ce qui concerne l'épuisement professionnel, 3,4 % des étudiants et des étudiantes de l'Université de Montréal rapportent des symptômes suffisamment importants pour être considérés comme étant en situation d'épuisement professionnel. Les personnes qui présentent le plus d'épuisement professionnel sont celles au premier cycle (4 %), suivi de celles au troisième cycle (2,5 %), de celles au deuxième cycle (1,9 %) puis des résidents et des résidentes en médecine (1,5 %). Au sujet des idéations suicidaires, 7,8 % des personnes ayant répondu à l'enquête ont sérieusement songé à s'enlever la vie au cours des 12 derniers mois. En ce qui concerne les tentatives de suicide 1,2 % des répondants et des répondantes a indiqué qu'ils et elles avaient fait une telle tentative au cours des 12 derniers mois.

Cet avis a également permis d'identifier les éléments de la vie universitaire qui sont les plus reliés à la santé psychologique. De manière unanime entre les cycles d'études, le sentiment de solitude, c'est-à-dire le fait de se sentir rejeté, isolé et de manquer de compagnie, est l'élément le plus lié à une mauvaise santé psychologique. Plus les étudiants et les étudiantes rapportent un score élevé sur ce questionnaire, plus ils rapportent de symptômes dépressifs, de détresse psychologique, d'épuisement professionnel, d'idéations suicidaires et de tentatives de suicide. De plus, la qualité du sommeil constitue un important facteur protecteur, surtout en ce qui concerne les symptômes dépressifs, la détresse psychologique et la sous-échelle de l'épuisement émotionnel de l'épuisement professionnel. La qualité du sommeil semble également liée, dans de plus faibles proportions, aux idéations suicidaires et aux tentatives de suicide. Finalement, la consommation de drogues « dures », quoiqu'assez rare sur le campus, augmente beaucoup les risques de commettre une tentative de suicide.

Au premier cycle, on remarque qu'une mauvaise alimentation est fortement liée aux symptômes dépressifs et à la détresse psychologique. Le sentiment de compétition dans le programme augmente les symptômes d'épuisement professionnel alors que le sentiment d'être soutenu par ses pairs les diminuent. Finalement, l'orientation sexuelle occupe une place importante dans les variables qui augmentent les probabilités d'avoir des idéations suicidaires ou de commettre des tentatives de suicide. Aux cycles supérieurs, le sentiment de pouvoir être authentique avec ses collègues et dans son groupe de recherche est lié à la santé psychologique. En effet, plus les étudiantes et les étudiants aux cycles supérieurs sentent qu'ils peuvent être authentiques dans leur milieu académique, moins ils rapportent de symptômes dépressifs, de détresse

psychologique, d'épuisement professionnel et d'idéations suicidaires. La précarité financière et le stress éprouvé pour le projet de rédaction sont également liés de manière importante aux symptômes dépressifs et à la détresse psychologique. Finalement, un climat psychologique sain semble prévenir les idéations suicidaires et les tentatives de suicide, alors qu'une consommation quotidienne d'alcool ou de psychostimulants sans ordonnance semble en augmenter leur risque. L'ensemble de ces différents éléments devraient être visés prioritairement par une démarche visant à améliorer la santé psychologique étudiante à l'Université de Montréal.

Cette enquête a permis de faire plusieurs constats et d'émettre des recommandations dans le but de faire un premier pas vers l'amélioration de la santé psychologique des étudiants et des étudiantes de l'Université de Montréal. D'autres éléments de l'enquête restent encore à analyser. En effet, il faudra s'attarder rapidement aux résultats des questions portant sur les besoins et la connaissance de la population étudiante des services offerts par le Centre de santé et de consultation psychologique. Cette nouvelle étape permettra sans doute d'émettre de nouvelles recommandations afin de travailler non seulement à prévenir les symptômes d'une santé psychologique négative, mais également de pouvoir offrir un meilleur soutien aux membres de la communauté étudiante ressentant ces symptômes. Enfin, il convient de dire que cette enquête réalisée en 2016 auprès des étudiants et des étudiantes membres de la FAÉCUM démontrent le souci de la Fédération et de l'Université à vouloir agir concrètement pour soutenir la population étudiante. Afin de contribuer à évaluer l'impact des recommandations émises et de continuer à suivre de près la santé psychologique des étudiants et des étudiantes, une nouvelle édition de cette enquête devra être mise en place dans les prochaines années.

## RAPPEL DES RECOMMANDATIONS

### Recommandation 1

Que les facultés se situant au-dessus de la moyenne sur les indicateurs de symptômes dépressifs, d'épuisement professionnel, d'idéations suicidaires sérieuses et/ou de tentatives de suicide bénéficient en premier d'une intervention universitaire à cet effet, et ce en considérant les résultats des rapports subséquents de la FAÉCUM sur la santé psychologique.

### Recommandation 2

Que l'Université de Montréal prévoit dans un plan d'action institutionnel la mise en place de structures institutionnelles permettant d'améliorer la santé psychologique étudiante, que celles-ci soient préventives ou curatives.

### Recommandation 3

Que l'Université de Montréal développe une stratégie institutionnelle pour prévenir les idéations suicidaires et les tentatives de suicide au sein de sa communauté étudiante.

### Recommandation 4

Que l'Université de Montréal et la FAÉCUM développent conjointement un projet visant à réduire le sentiment de solitude sur le campus qui s'adresse directement au manque de compagnie et aux phénomènes de rejet et d'isolement.

### Recommandation 5

Que l'Université de Montréal fasse la promotion d'une saine alimentation et mette en place des mesures favorisant une saine alimentation chez sa population étudiante, notamment par l'entremise des services alimentaires offerts sur les campus.

### Recommandation 6

Que le conseil central suggère au conseil d'administration de bonifier la couverture des services de consultation en psychologie et en nutrition de son régime d'assurance collective.

### Recommandation 7

Que l'Université de Montréal fasse la promotion de bonnes habitudes de sommeil et mette en place des mesures favorisant des habitudes saines de sommeil chez sa population étudiante, notamment par les ateliers offerts par les SAÉ

### Recommandation 8

Que l'Université de Montréal s'assure que l'ensemble des services qu'elle offre aux étudiants et aux étudiantes soient abordables.

**Recommandation 9**

Que l'Université de Montréal développe des mesures afin de contrer la précarité financière des étudiants et des étudiantes.

**Recommandation 10**

Que l'Université de Montréal fasse la promotion de l'importance du soutien entre collègues d'un même programme auprès de l'ensemble de la communauté universitaire, notamment en ce qui concerne les volets suivants : reconnaissance, relations de confiance, collaboration et travail d'équipe.

**Recommandation 11**

Que l'Université et la FAÉCUM développent conjointement un projet visant à développer une culture de respect et d'acceptation sur les campus, plus particulièrement auprès des équipes de recherche ainsi que des étudiants et des étudiantes aux cycles supérieurs.

**Recommandation 12**

Que l'Université de Montréal mette en place des mesures afin de diminuer le stress associé à la rédaction du mémoire, du travail dirigé, de la thèse ou de l'essai doctoral, notamment en améliorant la qualité de l'encadrement reçu par les étudiants et les étudiantes aux cycles supérieurs.

**Recommandation 13**

Que l'Université de Montréal et la FAÉCUM mettent sur pied une campagne de prévention concernant la consommation d'alcool et de substances illicites, notamment afin d'outiller la communauté à intervenir en cas de problématique.

**Recommandation 14**

Que l'Université de Montréal fasse la promotion des services existants au sein de l'Université de même qu'à l'extérieur de celle-ci pour les étudiants et les étudiantes aux prises avec un problème de consommation.

**Recommandation 15**

Que le Centre de santé et de consultation psychologique (CSCP) s'assure d'avoir les outils adéquats pour assurer la prise en charge en redirigeant les étudiants et les étudiantes aux prises avec un problème de consommation vers les ressources appropriées.

**Recommandation 16**

Que l'Université de Montréal tienne compte des minorités dans l'élaboration de ses politiques et de ses services en matière de santé psychologique étudiante.

## BIBLIOGRAPHIE

Adlaf, E. M., Demers, A., & Gliksman, L. « Canadian Campus Survey: Highlights ». 2004.  
<https://www.uts.utoronto.ca/~facilities/documents/CanadianCampusSurvey2004Report.pdf>

Agence de la santé publique du Canada. « Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada en 2015 – La consommation d'alcool au Canada ». 2015.  
<http://canadiensensante.gc.ca/publications/departement-ministere/state-public-health-alcohol-2015-etat-sante-publique-alcool/alt/state-phac-alcohol-2015-etat-aspc-alcool-fra.pdf>

American College Health Association – National College Health Assessment (ACHA-NCHA) II. « Ontario reference group executive summary ». 2009.

<http://www.ryerson.ca/content/dam/healthandwellness/healthpromotion/forms/NCHA-II%20WEB%20SPRING%202009%20ONTARIO%20REFGRP%20EXECUTIVE%20SUMMARY.pdf>

Association canadienne pour la santé mentale. « Définition de la santé mentale ». 2013. <http://www.acsm-ca.gc.ca/la-sante-mentale.html>.

Blumenthal, J. A., Babyak, M. A., Doraiswamy, P. M., Watkins, L., Hoffman, B. M., Barbour, K. A., ... & Hinderliter, A. « Exercise and pharmacotherapy in the treatment of major depressive disorder ». *Psychosomatic medicine* 69, 7 (2007) : 587-596.

Brown, S. P., Cron, W. L., & Slocum Jr, J. W. « Effects of trait competitiveness and perceived intraorganizational competition on salesperson goal setting and performance ». *The Journal of Marketing* 62,4 (1998) : 88-98.

Brown, S. P., & Leigh, T. W. « A new look at psychological climate and its relationship to job involvement, effort, and performance ». *Journal of applied psychology* 81,4 (1996) : 358-368.

Byrd, D. R., & McKinney, K. J. « Individual, interpersonal, and institutional level factors associated with the mental health of college students ». *Journal of American College Health* 60,3 (2012) : 185-193.

Cahir, N., & Morris, R. D. « The psychology student stress questionnaire ». *Journal of Clinical Psychology* 47,3 (1991) : 414-417.

Carini, R. M., Kuh, G. D., & Klein, S. P. « Student engagement and student learning: Testing the linkages ». *Research in higher education* 47,1 (2006) : 1-32.

Cohen, J. « A power primer ». *Psychological bulletin* 112,1 (1992) : 155.

De rosa, N. « Se doper pour exceller ». *Montréal Campus*. 18-02-2016.  
<http://montrealcampus.ca/2016/02/se-doper-pour-exceller/>

Eisenberg, D., Gollust, S. E., Golberstein, E., & Hefner, J. L. « Prevalence and correlates of depression, anxiety, and suicidality among university students ». *American Journal of Orthopsychiatry* 77,4 (2007) : 534-542.

EMEVIA. « Santé des étudiants ». 2015.

<http://www.emevia.com/sites/default/files/files/Conférence%20de%20presse%20addictions%20emeVia.pdf>

Estes, R. « Determinants of differential stress level among university students ». *Journal of the American College Health Association* 21,5 (1973) : 470-476.

Etzion, D. « Moderating effect of social support on the stress–burnout relationship ». *Journal of applied psychology* 69,4 (1984) : 615-622.

Fleury et Grenier. 2012. « État de situation sur la santé psychologique au Québec et réponse du système de santé et services sociaux ».

[http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE\\_EtatSituation\\_SanteMentale\\_2012.pdf](http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_EtatSituation_SanteMentale_2012.pdf)

Furr, S. R., Westefeld, J. S., McConnell, G. N., & Jenkins, J. M. « Suicide and depression among college students: A decade later ». *Professional Psychology: Research and Practice* 32,1 (2001) : 97-110.

Goplerud, E. N. « Social support and stress during the first year of graduate school ». *Professional Psychology* 11,2 (1980) : 283-290.

Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. « A short scale for measuring loneliness in large surveys results from two population-based studies ». *Research on aging*, 26, 6 (2004) : 655-672.

Hyun, J. K., Quinn, B. C., Madon, T., & Lustig, S. « Graduate student mental health: Needs assessment and utilization of counseling services ». *Journal of College Student Development* 47,3 (2006) : 247-266.

Institut de la statistique du Québec. 2008. « L'enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois ». <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/etat-sante/sante-globale/sante-quebecois.pdf>

Institut de la statistique du Québec. 2015. « Portrait statistique de la santé mentale des Québécois - Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes Santé mentale 2012 ». [http://www.bdso.gouv.qc.ca/docskan/multimedia/PB01671FR\\_portrait\\_sante\\_mentale\\_2015H00F00.pdf](http://www.bdso.gouv.qc.ca/docskan/multimedia/PB01671FR_portrait_sante_mentale_2015H00F00.pdf)

Institut national de santé publique du Québec. 2010. « La mortalité par suicide au Québec : tendance et données récentes ». [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1046\\_Suicide2010.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1046_Suicide2010.pdf)

Kenzig, M. *Health Status During College Students' Transition to Adulthood: Health Behaviors, Negative Experiences, and the Mediating Effects of Personal Development*. Thèse de Doctorat. Université de Comumbia, 2013.

Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., Normand, S. L., Walters, E. E., & Zaslavsky, A. M. « Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress ». *Psychological medicine* 32, 6 (2002) : 959-976.

Kessler, R. C., Barker, P. R., Colpe, L. J., Epstein, J. F., Gfroerer, J. C., Hiripi, E., ... & Zaslavsky, A. M. « Screening for serious mental illness in the general population ». *Archives of general psychiatry* 60,2 (2003) : 184-189.

- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. « The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms ». *Psychosomatic medicine* 64,2 (2002) : 258-266.
- Kawachi, I., & Berkman, L. F. « Social ties and mental health ». *Journal of Urban health* 78,3 (2001) : 458-467.
- Lopresti, A. L., Hood, S. D., & Drummond, P. D. « A review of lifestyle factors that contribute to important pathways associated with major depression: diet, sleep and exercise ». *Journal of affective disorders* 148,1 (2013) : 12-27.
- MacKean, G. 2011. « Mental health and well-being in post-secondary education settings ». [http://www.cacuss.ca/Library/documents/Post\\_Sec\\_Final\\_Report\\_June6.pdf](http://www.cacuss.ca/Library/documents/Post_Sec_Final_Report_June6.pdf)
- Maslach, C., & Jackson, S. E. *Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, Inc, 1981.
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. *Maslach Burnout Inventory Manual: Third Edition*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, Inc, 1996.
- Organisation mondiale de la santé. 2010. « La santé mentale : renforcer notre action ». <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/>
- Queen's University. 2012. « Student mental health and wellness – Framework and recommendations for a comprehensive strategy ». <http://www.queensu.ca/principal/sites/webpublish.queensu.ca.opvcwww/files/files/CMHFinalReport.pdf>
- Réveillère, C., Nandrino, J. L., Saily, F., Mercier, C., & Moreel, V. « Étude des tracas quotidiens des étudiants: liens avec la santé perçue ». *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 159,6 (2001) : 460-465.
- La Rocco, J. M., & Jones, A. P. « Co-worker and leader support as moderators of stress-strain relationships in work situations ». *Journal of Applied Psychology* 63,5 (1978) : 629-634.
- Rochette, J. *Le stress et l'épuisement chez les étudiants au doctorat en psychologie*. Thèse de Doctorat. Université du Québec à Trois-Rivières, 2012.
- Rosen, I. M., Gimotty, P. A., Shea, J. A., & Bellini, L. M. « Evolution of sleep quantity, sleep deprivation, mood disturbances, empathy, and burnout among interns ». *Academic Medicine*. 81,1 (2006) : 82-85.
- Rosenfield, D., Hébert, P. C. et Stanbrook, M. B. « Il est temps de lutter contre l'abus des stimulants sur nos campus ». *Journal de l'Association médicale canadienne* 183,12 (2011) : 1388-1389.
- Routhier, D., N. Leduc et A. Lesage. *Tentatives de suicide et recours aux services de santé : avant et après une hospitalisation, chez les personnes ayant reçu un diagnostic de schizophrénie ou de dépression*. Berlin : Éditions universitaires européennes, 2011.
- Schaufeli, W. B., Salanova, M., González-Romá, V., & Bakker, A. B. « The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach ». *Journal of Happiness studies*, 3,1 (2002) : 71-92.



Smith, D. E., Marcus, M. D., Lewis, C. E., Fitzgibbon, M., & Schreiner, P. « Prevalence of binge eating disorder, obesity, and depression in a biracial cohort of young adults ». *Annals of Behavioral Medicine*. 20,3 (1998) : 227-232.

Statistique Canada. « Les taux de suicide : un aperçu ». 27-11-2015. <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2012001/article/11696-fra.htm>

Tabachnick, B et Fidell, L. *Using multivariate statistics* (3<sup>e</sup> édition). New York, NY : HarperCollins College Publishers, 1996.

Thoër, C. et Robitaille, M. «Se droguer pour étudier ». *Le devoir*. 29-04-2014.  
<http://www.ledevoir.com/societe/sante/406770/desid>

Usunier, J. C. *Commerce entre cultures: une approche culturelle du marketing international*. France, Presses universitaires de France, 1992.

Walsemann, K. M., Gee, G. C., & Gentile, D. « Sick of our loans: Student borrowing and the mental health of young adults in the United States ». *Social Science & Medicine*, 124, 1 (2015) : 85-93.

## ANNEXE A – ÉLABORATION DU QUESTIONNAIRE

Les variables qu'on souhaitait mesurer avec l'enquête pouvaient être de deux natures. Dans un premier temps, celles-ci pouvaient refléter des construits psychologiques, c'est-à-dire des perceptions, des attitudes ou des sentiments. Dans un deuxième temps, celles-ci pouvaient refléter une description sociodémographique de l'échantillon, par exemple l'âge des personnes répondantes, leur genre ou leur statut d'études.

### Variables psychologiques

Ces variables ont été mesurées par des questions psychométriques. Celles-ci proviennent de questionnaires déjà existants dans la littérature scientifique. En d'autres mots, les chercheurs et les chercheuses en psychologie utilisent des questionnaires pour connaître le niveau de leurs participants et de leurs participantes sur différentes variables et publient ces questionnaires pour qu'ils soient utilisés par d'autres personnes. Lorsqu'un questionnaire est publié, ses spécifications sont décrites et il est possible de savoir à quel point ce questionnaire mesure bien la variable qu'il est censé mesurer. Dans la littérature scientifique, il existe plusieurs questionnaires pour mesurer une même variable. Certains présenteront des questions adaptées à une certaine population, comme des questions sur la gestion du stress en période d'examen qui permettrait de mesurer l'anxiété chez des personnes aux études, alors que d'autres présenteront des versions longues et courtes, selon l'utilisation désirée.

Pour cette enquête, les questionnaires psychométriques ont été sélectionnés selon deux principaux critères :

- a) Étant donné la grande quantité de variables qu'on souhaitait mesurer, les versions courtes des questionnaires, lorsque disponibles, étaient privilégiées. Une version courte peut habituellement mesurer presque aussi bien un construit psychologique qu'une version longue.
- b) Le questionnaire devait être publié dans au moins un article scientifique et celui-ci devait montrer des spécifications adéquates, c'est-à-dire qui démontrent que le questionnaire mesure ce qu'il est censé mesurer.

### Variables sociodémographiques

Les questions sociodémographiques permettent de connaître certaines caractéristiques des personnes répondant à l'enquête, par exemple leur âge, leur programme d'études ou leur origine ethnique. Habituellement une question par caractéristique est suffisante, mais il arrive qu'il en faille plus d'une. Certaines questions proviennent de l'enquête québécoise sur la santé des populations (2008) afin de pouvoir établir les mêmes groupes dans cette enquête. En ayant les mêmes groupes, il sera possible de comparer les étudiants et les étudiantes de l'Université de Montréal à leurs semblables de la population québécoise. Parfois, certaines questions n'existaient pas et ont dû être construites pour l'enquête. C'est, par exemple, le cas de la question sur le programme d'études. Ce type de question ne permet pas de comparer des groupes de l'Université de Montréal à des groupes extérieurs, mais permet de comparer des groupes de l'Université de Montréal entre eux.

### Tableaux récapitulatifs

Les tableaux suivants identifient, pour chaque variable mesurée, le questionnaire utilisé, le nombre de questions qu'il comprend, son échelle de réponse et un indice de fidélité du questionnaire. La statistique qui a été choisie pour montrer la fidélité des questionnaires psychométriques est l'alpha de Cronbach. Il s'agit d'une statistique qui indique à quel point les questions d'un instrument mesurent le même construit psychologique.

Lorsque la statistique de l'alpha de Cronbach est de 0.7 à 0.8, l'échelle est jugée acceptable ; lorsqu'il se situe au-dessus de 0.8, on dit qu'elle est bonne (Cohen 1992). Les questionnaires sociodémographiques n'ont pas d'indice de fidélité.

Tableau 16. Présentation des questionnaires mesurant la santé psychologique.

Dimensions	Sous-dimensions	n	$\alpha$		Échelle de réponse	Origine du questionnaire
Dépression		9	0.89	Intervalle	0 = Pas du tout 5 = Presque tous les jours	Seo and Park (2015)
Idéations suicidaires et tentatives de suicide		2	-	Catégorielle	0 = Oui 1 = Non	Enquête québécoise sur les populations (2008)
Détresse psychologique		6	-	Catégorielle	1 = Jamais 2 = Rarement 3 = Parfois 4 = La plupart du temps 5 = Tout le temps 6 = Ne souhaite pas répondre	Enquête québécoise sur les populations (2008)
<i>Burnout</i>	Épuisement émotionnel	9	0.88	Intervalle	0 = Jamais 1 = Quelques fois par an ou moins 2 = Une fois par mois ou moins 3 = Quelques fois par mois ou moins 4 = Une fois par semaine 5 = Quelques fois par semaine 6 = Chaque jour	Rochette (2012)
	Accomplissement personnel	8	0.77			
	Dépersonnalisation	5	0.72			
Consommation de substances		4	-	Catégorielle	0 = Jamais 1 = Moins d'une fois par mois 2 = Une à trois fois par mois 3 = Une fois par semaine 4 = Plus d'une fois par semaine 5 = À chaque jour 6 = Ne souhaite pas répondre	Enquête québécoise sur les populations (2008)
<b>Nombre total de questions</b>		<b>43</b>				

Légende : n = nombre de questions ;  $\alpha$  = alpha de Cronbach.

Tableau 17. Présentation des questionnaires mesurant les facteurs de risque de l'individu.

Dimensions	n	$\alpha$	Échelle de réponse		Origine du questionnaire
Précarité financière	1	-	Intervalle	1 = Pas du tout d'accord 3 = Neutre 5 = Tout à fait d'accord	FAÉCUM
Endettement	1	-	Catégorielle	1 = < 10 000 2 = 11 - 20 000 3 = 21 – 30 000 4 = 31 – 40 000 5 = 41 – 50 000 6 = 51 – 60 000 7 = > 60 000	FAÉCUM
Appartenance à une minorité ethnique	1	-	Catégorielle	1 = Oui 2 = Non	FAÉCUM
Orientation sexuelle	1	-	Catégorielle	1 = Hétérosexuel 2 = Homosexuel 3 = Bisexuel 4 = Autre (spécifiez)	FAÉCUM
Solitude	3	0.82	Intervalle	1 = Presque jamais 2 = Quelque fois 3 = Souvent	Hughes, Waite, Hawkey et Cacioppo (2014)
Habitudes de vie	3	-	Intervalle	1 = Pas du tout d'accord 3 = Neutre 5 = Tout à fait d'accord	FAÉCUM
<b>Nombre total de questions</b>	<b>10</b>				

Légende : n = nombre de questions ;  $\alpha$  = alpha de Cronbach.

Tableau 18. Présentation des questionnaires mesurant les ressources du milieu universitaire.

Dimensions	Sous-dimensions	n	$\alpha$	Échelle de réponse	Origine du questionnaire
Soutien de la part des collègues ou des amis		5	0.74	Intervalle 1 = Totalemment en désaccord 3 = Neutre 5 = Totalemment d'accord	Etzion (1984)
Climat psychologique au laboratoire de recherche	Soutien de la part du directeur de recherche	5	0.83	Intervalle 1 = Pas du tout d'accord 3 = Neutre 5 = Tout à fait d'accord	Brown and Leigh (1996)
	Clarté des tâches	3	0.78		
	Sentiment d'utilité	4	0.78		
	Reconnaissance	3	0.76		
	Expression de soi	4	0.83		
	Défi	2	-		
Qualité interaction étudiant ou étudiante et unité académique		6	0.71	Intervalle 1 = Pas du tout d'accord 3 = Neutre 5 = Tout à fait d'accord 6 = Ne souhaite pas répondre 7 = Non applicable	Carini, Kuh and Klein (2006)
<b>Nombre total de questions</b>		<b>32</b>			

Légende : n = nombre de questions ;  $\alpha$  = alpha de Cronbach.

Tableau 19. Présentation des questionnaires mesurant les facteurs de risque du milieu universitaire.

Dimensions	n	$\alpha$	Échelle de réponse		Origine du questionnaire
Climat de compétition	4	.70	Intervalle	1 = Pas du tout d'accord 3 = Neutre 5 = Tout à fait d'accord	Brown, Cron and Slocun (1998)
Charge élevée	1	-	Intervalle	Question ouverte	Rochette (2012)
<b>Nombre total de questions</b>	<b>5</b>				

Légende : n = nombre de questions ;  $\alpha$  = alpha de Cronbach.

Tableau 20. Présentation des questionnaires mesurant les conséquences académiques.

Dimensions	n	$\alpha$	Échelle de réponse originale		Origine du questionnaire
Performance académique	1	-	Intervalle	0 à 4,3	FAÉCUM
Intention de quitter le programme	1	-	Intervalle	1 = Pas du tout d'accord 3 = Neutre 5 = Tout à fait d'accord	FAÉCUM
Allongement des études	2	-	Catégorielle	1 = Oui 2 = Non _____ (Temps supplémentaire requis)	FAÉCUM
<b>Nombre total de questions</b>	<b>4</b>				

Légende : n = nombre de questions;  $\alpha$  = alpha de Cronbach.

Tableau 21. Présentation des questions sociodémographiques permettant de former des groupes.

QUESTIONS SOCIODÉMOGRAPHIQUES								
1	Comment vous identifiez-vous ?	Homme	Femme	Autre identité (Spécifiez)	_____			
2	Quel âge avez-vous ?	_____	Ne souhaite pas répondre					
3	Avez-vous un ou des enfants à charge ?	Oui	Non	Ne souhaite pas répondre				
4	Dans quel programme étudiez-vous principalement ?	1 <sup>er</sup> cycle	2 <sup>e</sup> cycle	3 <sup>e</sup> cycle	Résidence en médecine	<i>(Pour chaque option, une liste des programmes apparaît. "Étudiant ou Étudiante libre" apparaît dans la liste)</i>		
5	Quel est votre statut d'études ?	Temps plein	Temps partiel	Par crédit	En rédaction	En correction / En évaluation		
6	Veillez indiquer <u>tous les énoncés</u> qui s'appliquent à votre situation. Je suis un ou une :	Étudiant québécois ou Étudiante québécoise	Étudiant ou Étudiante de l'Université de Montréal en échange actuellement	Étudiant canadien non-résident du Québec ou Étudiante canadienne non-résidente du Québec	Étudiant international ou Étudiante internationale	Étudiant ou Étudiante en situation de handicap	Étudiant ou Étudiante de première génération <sup>38</sup>	Étudiante ou Étudiant visiteur

<sup>38</sup> Un étudiant ou une étudiante est de première génération lorsque ses parents ne sont pas diplômés d'un établissement d'enseignement postsecondaire - CÉGEP ou université.

<b>7</b>	Si vous occupez un emploi en même temps que vous êtes aux études, combien d'heures par semaine travaillez-vous en moyenne ?	_____	Je ne travaille pas				
<b>8</b>	Quel est votre statut matrimonial ?	Célibataire	En union libre	Marié ou Mariée	Veuf ou Veuve	Divorcé ou Divorcée	Ne souhaite pas répondre
<b>9</b>	Depuis septembre 2015, avez-vous effectué ou êtes-vous en train d'effectuer un stage ? Si oui (1) :	Oui	Non				
<b>10</b>	Combien d'heures par semaine étiez-vous ou êtes-vous en stage ?	_____					
<b>11</b>	Quelle était ou est la durée du stage en nombre de semaines ?	_____					
<b>12</b>	En règle générale, étiez-vous ou êtes-vous inscrit(e) à des cours pendant votre stage ?	Oui	Non	Parfois			

(1) Si vous avez eu plus d'un stage, considérez la moyenne de tous vos stages.



## ANNEXE B – REPRÉSENTATIVITÉ DE L'ÉCHANTILLON

### Échantillon représentatif

Un échantillon est défini par l'ensemble des personnes ayant répondu à l'enquête. Celui-ci est jugé représentatif de la population à l'étude lorsqu'il est très similaire à celle-ci. Par exemple, un échantillon représentatif d'une population où on trouve 75 % de femmes devrait être constitué lui aussi d'environ 75 % de femmes. Bien qu'il soit très rare, voire impossible, de trouver un échantillon parfaitement représentatif de la population, il est possible d'en trouver qui soient composés de manière très similaire à celle-ci. Pour vérifier si l'échantillon est représentatif, il faut comparer ses caractéristiques avec celles de la population. Le bureau du registraire de l'Université de Montréal nous a fourni cinq caractéristiques sociodémographiques des membres de la FAÉCUM sur lesquelles nous pouvons faire cette comparaison. Les données fournies sont la faculté d'études, le statut d'études, l'âge, le sexe et le statut international.

### Comparaison de l'échantillon et de la population sur les cinq caractéristiques

La taille de l'échantillon s'élève à plus de 10 217 personnes. La population, soit les membres de la FAÉCUM, est composée de 40 103 personnes. L'échantillon représente donc 25,5 % de la population.

#### 1. Facultés d'études

Le tableau 22 présente le nombre de personnes inscrites dans chaque faculté dans l'échantillon et dans la population. Pour vérifier si l'échantillon est représentatif de la population pour cette caractéristique, il faut comparer les pourcentages de personnes inscrites dans chaque faculté.

Tableau 22. Comparaison du nombre de personnes inscrites par faculté entre l'échantillon et la population.

	Échantillon		Population	
	Nombre de personnes	%	Nombre de personnes	%
Aménagement	386	3,8	1 354	3,4
Arts et sciences	5 111	50,7	19 351	48,3
Droit	426	4,2	1 761	4,4
FESP	11	0,1	56	0,1
Kinésiologie	95	0,9	406	1,0
Médecine	1 431	14,2	5 924	14,8
Médecine dentaire	87	0,9	464	1,2
Médecine vétérinaire	119	1,2	646	1,6
Musique	159	1,6	608	1,5
Optométrie	95	0,9	283	0,7
Pharmacie	358	3,6	1 311	3,3
Santé publique	150	1,5	615	1,5
Sciences de l'éducation	834	8,3	3 560	8,9
Sciences infirmières	437	4,3	1 604	4,0
Théologie et sciences des religions	22	0,2	127	0,3
Études libres	351	3,5	2 033	5,1
Sous-total	10 072	100,0	40 103	100,0
Manquants	145			
Total	10 217			

L'échantillon présente des proportions très similaires à celles de la population. On peut ainsi dire que chaque faculté est représentée de manière proportionnelle dans l'échantillon.

## 2. Statut d'études

Le tableau 23 présente le nombre de personnes inscrites selon chaque statut d'études dans l'échantillon et dans la population. Pour vérifier si l'échantillon est représentatif de la population pour cette caractéristique, il faut comparer les pourcentages de personnes inscrites dans chaque statut.

Tableau 23. Comparaison des statuts d'inscription entre l'échantillon et la population.

	Échantillon		Population	
	Nombre de personnes	%	Nombre de personnes	%
Temps plein	8 732	85,5	28 583	71,3
Temps partiel	954	9,3	7 958	19,8
En rédaction	479	4,7	3 095	7,7
En correction / En évaluation	52	0,5	467	1,2
Total	10 217	100,0	40 103	100,0

On remarque ici que les personnes inscrites à temps plein sont surreprésentées dans l'échantillon par rapport à leur proportion dans la population. De manière inverse, les personnes inscrites à temps partiel, en rédaction ou en correction sont sous-représentées dans l'échantillon par rapport à leur proportion dans la population. Cela signifie que l'enquête a été plus populaire auprès des personnes inscrites à temps plein qu'auprès des personnes inscrites selon les autres modalités. Ces différences de représentation seront corrigées à l'aide d'une pondération et le détail de cette procédure est présenté à l'annexe C. Cette pondération devrait permettre d'éviter les biais de surreprésentation des personnes étudiant à temps plein et de sous-représentation des personnes étudiant selon les autres modalités lorsque les données sur la santé psychologique seront présentées.

## 3. Âge

Le tableau 24 présente la moyenne, la médiane et l'écart-type de l'âge des personnes composant l'échantillon et la population.

Tableau 24. Comparaison des moyennes, écarts-types et médianes de l'âge entre l'échantillon et la population.

	Échantillon (février-mars)	Population (1 <sup>er</sup> avril)
Moyenne	24,70	27,01
Médiane	23,00	25,00
Écart-type	5,96	7,47
Nombre données valides	9 920	40 103
Nombre données manquantes	297	0

On remarque que les personnes ayant répondu au questionnaire sont un peu plus jeunes que la population à l'étude. Cette observation est en partie normale, car l'enquête a eu lieu du 22 février au 28 mars et que les informations sur l'âge des étudiants et des étudiantes membres de la FAÉCUM ont été collectées le 1<sup>er</sup> avril. Étant donné que 1/12 des étudiants et des étudiantes, soit environ 3 300 personnes, vieillissent

d'un an chaque mois et qu'environ deux mois se sont écoulés entre l'enquête et l'envoi des informations par l'Université, l'âge moyen devrait avoir augmenté du 2/12 d'une année.

Ainsi, l'âge moyen de l'échantillon est de 24,70 ans entre février et mars et on peut estimer qu'il serait de 25,21 ans le 1<sup>er</sup> avril, soit 1,8 an plus jeune que l'âge de la population. Cette différence n'est pas statistiquement significative, étant donné que les écarts-types des moyennes d'âge pour les deux groupes sont supérieurs à 1,8.

Le tableau 25 présente le nombre et le pourcentage de personnes dans chaque catégorie d'âge pour l'échantillon et pour la population. Comme les données sur la population ont été collectées environ deux mois après l'enquête et qu'il y a en moyenne 8,33 % (1/12) des étudiantes et des étudiants qui vieillissent d'un an chaque mois à l'Université de Montréal, il serait normal de voir baisser un peu le pourcentage des personnes plus jeunes et de voir augmenter légèrement celui des personnes plus vieilles. Dans un délai de deux mois, on s'attendrait normalement à voir 2 x 8,33 % des personnes du palier supérieur changer de catégorie d'âge entre l'échantillon et la population. Selon cette logique, on calcule la proportion de personnes qui se trouveraient dans chaque catégorie d'âge pour l'échantillon le 1<sup>er</sup> avril afin de pouvoir comparer les proportions de l'échantillon avec celles de la population.

17-19 ans : 6 % des répondants et des répondantes ont 19 ans au moment de l'enquête  
 $7,2 \% - (16,66 \% \times 6 \%) = 6,2 \%$

20-23 ans : 10,3 % des répondants et des répondantes ont 23 ans au moment de l'enquête  
 $47,3 \% - (16,66 \% \times 10,3 \%) = 45,6 \% + (16,66 \% \times 6 \%) = 46,6 \%$

24-30 ans : 1,9 % des répondants et des répondantes ont 30 ans au moment de l'enquête  
 $30,2 \% - (16,66 \% \times 1,9 \%) = 29,9 \% + (16,66 \% \times 10,3 \%) = 31,6 \%$

31 – 49 ans : 0,2 % des répondants et des répondantes ont 49 ans au moment de l'enquête  
 $11,7 \% - (16,66 \% \times 0,2 \%) = 11,67 + (16,66 \% \times 1,9 \%) = 12 \%$

50 ans et plus  
 $0,7 \% + (16,66 \% \times 0,2 \%) = 0,7 \%$

Pour vérifier si l'échantillon est représentatif de la population pour cette caractéristique, il faut comparer le pourcentage de personnes de chaque groupe d'âge entre l'échantillon projeté le 1<sup>er</sup> avril et la population.

Tableau 25. Comparaison des groupes d'âge entre l'échantillon et la population.

	Échantillon (février-mars)		Échantillon (projeté 1 <sup>er</sup> avril)	Population (1 <sup>er</sup> avril)	
	Nombre de personnes	%		Nombre de personnes	%
17-19 ans	731	7,2	6,2	517	1,3
20-23 ans	4 834	47,3	46,6	15 555	38,8
24-30 ans	3 090	30,2	31,6	15 537	38,7
31-49 ans	1 193	11,7	12,0	7 671	19,1
50 ans et plus	72	0,7	0,7	823	2,1
Sous-total	9 920	97,1	97,1	40 103	100,0
Manquant	297	2,9	2,9	0	0,0
Total	10 217	100,0	100,0	40 103	100,0

On remarque ici que les personnes de moins de 24 ans sont surreprésentées dans l'échantillon par rapport à leur proportion dans la population. De manière inverse, les personnes de plus de 24 ans sont sous-représentées dans l'échantillon par rapport à leur proportion dans la population. Cela signifie que l'enquête a été plus populaire auprès des personnes de moins de 24 ans qu'auprès des personnes de 24 ans et plus. Ces différences de représentation seront corrigées à l'aide d'une pondération et le détail de cette procédure est présenté à l'annexe C. Cette pondération devrait permettre d'éviter les biais de surreprésentation des personnes de moins de 24 ans et de sous-représentation des personnes de 24 ans et plus lorsque les données sur la santé psychologique seront présentées.

#### 4. Genre

Le tableau 26 présente le nombre de personnes s'identifiant comme une femme ou comme un homme pour l'échantillon et pour la population. Parmi les personnes ayant répondu à l'enquête, certaines ne s'identifient pas selon le concept binaire homme ou femme. Cependant, comme les données fournies par l'Université sur les caractéristiques de la population ne contiennent pas d'autres types d'identification, l'évaluation de la représentativité de l'échantillon sur la caractéristique « genre » ne se fera que par rapport aux personnes s'identifiant comme femme ou comme homme. Pour vérifier si l'échantillon est représentatif de la population sur la caractéristique « genre », il faut comparer le pourcentage de personnes de chaque genre entre l'échantillon et la population.

Tableau 26. Comparaison du genre rapporté par l'échantillon et par la population.

	Échantillon		Population	
	Nombre de personnes	%	Nombre de personnes	%
Femme	7 767	76,2	26 221	65,4
Homme	2 422	23,8	13 882	34,6
Sous-total	10 189	100,0		
Autre identité	28	0,3	N.D.	N.D.
Total	10 217	100,0	40 103	100,0

On remarque ici que les femmes sont surreprésentées dans l'échantillon par rapport à leur proportion dans la population. De manière inverse, les hommes sont sous-représentés dans l'échantillon par rapport à leur proportion dans la population. Cela signifie que l'enquête a été plus populaire auprès des femmes qu'auprès des hommes. Ces différences de représentation seront corrigées à l'aide d'une pondération et le détail de cette procédure est présenté à l'annexe C. Cette pondération devrait permettre d'éviter les biais de surreprésentation des femmes et de sous-représentation des hommes lorsque les données sur la santé psychologique seront présentées.

#### 5. Statut international

Le tableau 27 présente le nombre de personnes par catégorie de statut international pour l'échantillon et pour la population. Les questions de l'enquête ne permettaient pas de distinguer entre les catégories « citoyen canadien ou citoyenne canadienne » et « résident permanent ou résidente permanente ». La manière dont elles étaient formulées invitait les personnes résidentes permanentes à répondre comme si elles étaient citoyennes canadiennes. Lorsqu'on compare les pourcentages entre l'échantillon et la population, il faut donc additionner ensemble la proportion de la population qui est canadienne et celle qui est résidente permanente.

Tableau 27. Comparaison du statut international rapporté par l'échantillon et par la population.

	Échantillon		Population	
	Nombre de personnes	%	Nombre de personnes	%
Canadiens ou Canadiennes	9 152	89,6	31 281	78,0
Étudiants internationaux ou Étudiantes internationales	1 065	10,4	4 337	10,8
Résidents permanents ou Résidentes permanentes	N.D.	N.D.	4 485	11,2
Total	10 217	100,0	40 103	100,0

Il est possible d'affirmer que la proportion de personnes citoyennes canadiennes et de personnes résidentes permanentes de la population correspondent à la proportion de personnes ayant indiqué citoyenneté canadienne lors de l'enquête. Il en est de même pour la proportion d'étudiantes internationales et d'étudiants internationaux. L'échantillon est donc représentatif de la population pour cette caractéristique.

### Conclusion

Ces comparaisons ont permis de mettre en lumière trois caractéristiques dont les proportions diffèrent entre l'échantillon et la population.

L'âge :

- On trouve une plus grande proportion de personnes de moins de 24 ans dans l'échantillon que la population ;
- On trouve une plus petite proportion de personnes de 24 ans et plus dans l'échantillon que dans la population.

Le statut d'études :

- On trouve une plus grande proportion de personnes inscrites à temps plein dans l'échantillon que dans la population ;
- On trouve une plus petite proportion de personnes inscrites selon les autres modalités dans l'échantillon que dans la population.

Le genre :

- On trouve une plus grande proportion de femmes dans l'échantillon que dans la population ;
- On trouve une plus petite proportion d'hommes dans l'échantillon que dans la population .

Comme l'échantillon n'est pas représentatif de la population, il n'est pas possible de décrire l'état de la santé psychologique qui y est présenté et d'assumer que cette description tient selon les mêmes proportions dans la population étudiante. Cependant, il est possible de corriger cette situation et de généraliser ensuite l'état de la santé psychologique qui y est présenté à l'état de la santé psychologique existant dans la population étudiante. Cette procédure mathématique s'appelle la pondération et est présentée en détail à l'annexe C.

## ANNEXE C – PONDÉRATION DE L'ÉCHANTILLON

### Concept de la pondération

La section précédente illustre que l'échantillon n'est pas représentatif de la population sur trois caractéristiques. En effet, l'échantillon est composé proportionnellement d'un peu plus de femmes, de personnes inscrites à temps plein et de personnes plus jeunes par rapport à la population à l'étude. Lorsqu'on observe une surreprésentation ou une sous-représentation d'une ou de plusieurs caractéristiques dans un échantillon, il faut pondérer pour celles-ci. En d'autres mots, si une caractéristique est surreprésentée, il faudrait que les personnes qui la possèdent pèsent moins lorsqu'on décrit l'échantillon. Par exemple, si on a une population composée de 50 % de femmes, mais qu'un échantillon pris de cette population en est composé de 75 %, il faudrait ramener artificiellement cette valeur à 50 %. Ainsi, chaque femme devrait peser  $50 / 75 = 0,67$  et chaque homme devrait peser  $75 / 50 = 1,5$ . Si on décrit l'âge de la population en se basant sur l'échantillon, l'âge de chaque femme sera multiplié par 0,67 et l'âge de chaque homme le sera par 1,5 avant que le calcul de la moyenne ne soit effectué.

### Nombre de caractéristiques à pondérer

La première étape consiste à vérifier si les trois caractéristiques surreprésentées dans l'échantillon sont liées positivement entre elles, car si c'est le cas, la pondération pour l'une d'entre elles pourrait corriger la proportion des deux autres. Par exemple, si les personnes inscrites à temps plein sont proportionnellement plus des femmes et des personnes plus jeunes que dans le reste de la population à l'étude, corriger pour le statut d'inscription pourrait corriger pour les surreprésentations de femmes et de jeunes, de sorte qu'on trouverait la même proportion de ces caractéristiques dans l'échantillon que dans la population. Cependant, si ce n'est pas le cas, il faudra faire une pondération qui tient compte de plusieurs caractéristiques.

### Vérification du lien entre les caractéristiques surreprésentées

Pour vérifier si les personnes inscrites à temps plein sont proportionnellement plus des femmes et des jeunes que les personnes inscrites dans les autres statuts d'études, il faut faire les calculs avec les valeurs des caractéristiques de la population à l'étude. Le tableau 28 présente le pourcentage, dans la population, de personnes inscrites dans chaque statut d'études selon le genre. On remarque qu'il y a effectivement plus de femmes que d'hommes inscrits à temps plein dans la population. Puisque l'échantillon contient proportionnellement plus de personnes inscrites à temps plein que dans la population, il est normal de trouver proportionnellement plus de femmes dans l'échantillon que dans la population.

Tableau 28. Les proportions de femmes et d'hommes dans chaque statut d'études dans la population.

		Sexe		
		Femmes	Hommes	
Statut	Temps plein	Nombre de personnes	18 889	9 694
		%	72,0 %	69,8 %
	Temps partiel	Nombre de personnes	5 277	2 681
		%	20,1 %	19,3 %
	Rédaction	Nombre de personnes	1 764	1 331
		%	6,7 %	9,6 %
	Correction	Nombre de personnes	291	176
		%	1,1 %	1,3 %
Total	Nombre de personnes	26 221	13 882	
	%	100,0 %	100,0 %	

Le tableau 29 présente le pourcentage dans la population de personnes inscrites dans chaque statut d'études selon le groupe d'âge. On remarque que plus les personnes sont jeunes, plus elles ont tendance à être inscrites à temps plein. Puisque l'échantillon contient proportionnellement plus de personnes inscrites à temps plein que dans la population, il est normal de trouver plus de personnes jeunes dans l'échantillon que dans la population.

Tableau 29. Les proportions de personnes dans chaque groupe d'âge dans la population.

		17-19 ans	20-23 ans	24-30 ans	31-49 ans	50 et plus
Temps plein	Nombre de personnes	484	14 043	10 700	3 193	163
	%	93,6 %	90,3 %	68,9 %	41,6 %	19,8 %
Temps partiel	Nombre de personnes	33	1 476	3 048	2 913	488
	%	6,4 %	9,5 %	19,6 %	38,0 %	59,3 %
En rédaction	Nombre de personnes	0	33	1 563	1 352	147
	%	0,0 %	0,2 %	10,1 %	17,6 %	17,9 %
En correction	Nombre de personnes	0	3	226	213	25
	%	0,0 %	0,0 %	1,5 %	2,8 %	3,0 %
Total		517	15 555	15 537	7 671	823
% Total		100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

### Vérification de la pondération pour une seule caractéristique

L'étape précédente a permis de détecter que les trois caractéristiques surreprésentées dans l'échantillon semblent être liées entre elles. En d'autres mots, les personnes inscrites à temps plein sont plus souvent des femmes et des jeunes. Il est donc normal que, si l'une de ces caractéristiques est surreprésentée dans l'échantillon, les deux autres le soient également. Maintenant, il faut vérifier si ces trois surreprésentations sont proportionnelles, c'est-à-dire si elles augmentent de la même façon. Si c'est le cas, le fait de pondérer pour une seule de ces caractéristiques devrait automatiquement réajuster les deux autres de sorte que leur proportion dans l'échantillon soit équivalente à celle observée dans la population. Ainsi l'échantillon deviendrait représentatif de la population suite à une seule pondération.

Pour effectuer cet exercice, il faut trouver le facteur de pondération pour chaque catégorie. Celui-ci se calcule en divisant le pourcentage de personnes de la population se trouvant dans une catégorie par le pourcentage de personnes de l'échantillon se trouvant dans la même catégorie. Par exemple, pour les personnes inscrites à temps plein, le facteur de pondération est :  $71,3 \% / 85,5 \% = 0,8339$ . Cela signifie que chaque personne inscrite à temps plein aura un poids de 0,8339 au lieu d'un poids de 1. Ceci corrige la surreprésentation de ces personnes dans l'échantillon par rapport à leur représentation dans la population. Un facteur de pondération est calculé pour chaque statut d'inscription et les pourcentages utilisés pour trouver les facteurs de pondération se trouvent au tableau 30.

Tableau 30. Facteur de pondération selon le statut d'études.

	Échantillon Population		Pondération Facteur
	%	%	
Temps plein	85,5	71,3	0,83
Temps partiel	9,3	19,8	2,13
En rédaction	4,7	7,7	1,64
En correction / En évaluation	0,5	1,2	2,40
Total	100,0	100,0	-

Il faut ensuite pondérer toute la base de données par les quatre facteurs. C'est-à-dire que les réponses données par une personne qui étudie à temps plein seront considérées avec un poids de 83 %, que celles d'une personne qui étudie à temps partiel seront considérées avec un poids de 213 %, que celles des personnes en rédaction seront considérées avec un poids de 164 % et que celles des personnes en correction ou en évaluation le seront avec un poids de 240 %. Ceci permet de corriger pour la surreprésentation de personnes qui étudient à temps plein dans l'échantillon par rapport à la population et de corriger pour la sous-représentation des trois autres statuts d'études dans l'échantillon par rapport à la population.

Par la suite, il faut évaluer si la pondération pour le statut d'études suffit pour rendre l'échantillon représentatif de la population. Il faut donc vérifier si les deux autres caractéristiques qui étaient surreprésentées deviennent proportionnellement représentées dans l'échantillon pondéré. Pour ce faire, il faut recalculer la proportion pondérée de personnes dans l'échantillon se trouvant dans chaque catégorie et la comparer avec la proportion de personnes dans la population dans ces mêmes catégories. Comme il s'agit de proportions, la comparaison s'effectue avec des pourcentages.

La proportion de personnes de chaque genre selon le statut d'études est présentée au tableau 31. On remarque que la pondération pour le statut d'études tend également à corriger pour la surreprésentation féminine dans l'échantillon. Il ne sera donc pas nécessaire de pondérer pour le genre en plus du statut d'études.

Tableau 31. Proportion de personnes de chaque genre selon le statut d'études.

	Variable à pondérer selon le statut d'inscription					
	Proportion de femmes			Proportion d'hommes		
	Échantillon		Population	Échantillon		Population
	% observé	% pondéré	% dans la population	% observé	% pondéré	% dans la population
Temps plein	85,8	71,7	72,0	84,5	70,1	69,8
Temps partiel	9,5	20,2	18,4	8,8	18,6	19,3
En rédaction	4,2	6,9	6,7	6,2	10,1	9,6
En correction / En évaluation	0,5	1,2	1,1	0,5	1,2	1,3
Total	100,0	100,0	100	100,0	100,0	100,0



La proportion de personnes de chaque catégorie d'âge selon le statut d'études est présentée au tableau 32. On remarque que la pondération pour le statut d'études tend également à corriger pour la surreprésentation de personnes jeunes dans l'échantillon. Il ne sera donc pas nécessaire de pondérer pour l'âge.

Tableau 32. Proportion de personnes de chaque catégorie d'âge selon le statut d'études.

	Proportion de 17-19 ans			Proportion de 20-23 ans			Proportion de 24-30 ans		
	Échantillon		Pop	Échantillon		Pop	Échantillon		Pop
	% observé	% pondéré	%	% observé	% pondéré	%	% observé	% pondéré	%
Temps plein	96,7	92,0	93,6	94,9	88,2	90,3	79,5	62,9	68,9
Temps partiel	3,3	8,0	6,4	4,5	10,6	9,5	10,3	20,7	19,6
En rédaction	0,0	0,0	0,0	0,7	1,2	0,2	9,3	14,5	10,1
En correction/ En évaluation	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	2,0	1,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,1	100,0	100,0	100	100,1	100,1

	Proportion de 31-49 ans			Proportion de 50 ans et plus		
	Échantillon		Pop	Échantillon		Pop
	% observé	% pondéré	%	% observé	% pondéré	%
Temps plein	59,4	37,9	41,6	41,7	22,1	19,8
Temps partiel	27,2	44,2	38,0	52,8	71,7	59,3
En rédaction	11,6	14,5	17,6	4,2	4,4	17,9
En correction/ En évaluation	1,8	3,4	2,8	1,4	1,8	3,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,1	100,0	100,0

### Choix de la pondération

La pondération pour le statut d'études permet de corriger la surreprésentation des femmes et des personnes jeunes dans l'échantillon par rapport à la population. Les données de l'enquête seront donc pondérées par le statut d'études dans la section des résultats descriptifs.

## ANNEXE D – DÉTAILS DES BIAIS ET MISES EN GARDE

Les questionnaires utilisés dans l'enquête ont des portées temporels différentes. Certains mesurent comment la personne se sentait il y a peu de temps (de « maintenant » à « au cours du dernier mois ») et d'autres mesurent comment elle se sentait il y a plus longtemps (« au cours des 12 derniers mois »). Afin de vérifier si les données collectées lors de l'enquête contiennent des biais liés à la mi-session ou liés à un attrait pour l'enquête plus grand chez les personnes ayant une santé psychologique précaire, il faut comparer les réponses données à différents moments de l'enquête.

### Définition des groupes

#### 1. Semaine 1

Les personnes qui ont répondu à la première semaine se réfèrent aux deux semaines précédant la mi-session pour l'échelle de symptômes dépressifs, au mois précédant la mi-session pour la détresse psychologique, et à la première semaine d'examen pour le *burnout*. Toutes et tous se sont référés à la dernière année pour les trois questions portant sur les idéations suicidaires sérieuses, la tentative de s'enlever la vie et le besoin de consulter un professionnel ou une professionnelle de la santé psychologique.

Février	1	2	3	4	5	6	7	Symptômes dépressif	Détresse psychologique
	8	9	10	11	12	13	14		
	15	16	17	18	19	<b>[20</b> <i>Début</i>	21		
	22	23	24	25	26	27	28	<i>Burnout</i>	
Mars	29	1	2	3	4	5	6		
	7	8	9	10	11	12	13		
	14	15	16	17	18	19	20		
	21	22	23	24	25	26	27		
	<b>28]</b> <i>Fin</i>	29	30	31					
	Semaines d'examens								

## 2. Semaine 2

Les personnes qui ont répondu à la deuxième semaine se réfèrent à la semaine précédant la mi-session et à la première semaine d'examens pour les symptômes dépressifs, aux trois semaines précédant la mi-session et à la première semaine d'examen pour la détresse psychologique et à la semaine de lecture pour le *burnout*. Toutes et tous se sont référés à la dernière année pour les trois questions portant sur les idéations suicidaires sérieuses, la tentative de s'enlever la vie et le besoin de consulter un professionnel ou une professionnelle de la santé psychologique.

Février	1	2	3	4	5	6	7	Symptômes dépressif	Détresse psychologique
	8	9	10	11	12	13	14		
	15	16	17	18	19	<b>[20</b> <i>Début</i>	21		
	22	23	24	25	26	27	28		
Mars	29	1	2	3	4	5	6	Burnout	
	7	8	9	10	11	12	13		
	14	15	16	17	18	19	20		
	21	22	23	24	25	26	27		
	<b>28]</b> <i>Fin</i>	29	30	31					
	Semaines d'examens								

### 3. Semaine 3

Les personnes qui ont répondu à la troisième semaine se réfèrent à la première semaine d'examens et à la semaine de relâche pour l'échelle des symptômes dépressifs, aux deux semaines précédant la mi-session, à la première semaine d'examen et à la semaine de relâche pour la détresse psychologique et à la deuxième semaine d'examens pour le *burnout*. Toutes et tous se sont référés à la dernière année pour les trois questions portant sur les idéations suicidaires sérieuses, la tentative de s'enlever la vie et le besoin de consulter un professionnel ou une professionnelle de la santé psychologique.

Février	1	2	3	4	5	6	7	Symptômes dépressif	Détresse psychologique
	8	9	10	11	12	13	14		
	15	16	17	18	19	<b>[20</b>	21		
	22	23	24	25	26	<i>Début</i>	27		
Mars	29	1	2	3	4	5	6	Burnout	Détresse psychologique
	7	8	9	10	11	12	13		
	14	15	16	17	18	19	20		
	21	22	23	24	25	26	27		
	<b>28]</b>	29	30	31					
	<i>Fin</i>								
	Semaines d'examens								

#### 4. Semaine 4

Les personnes qui ont répondu à la quatrième semaine se réfèrent à la semaine de relâche et à la deuxième semaine d'examen pour l'échelle des symptômes dépressifs, à la mi-session pour l'échelle sur la détresse psychologique et à la semaine après la mi-session pour le *burnout*. Toutes et tous se sont référés à la dernière année pour les trois questions portant sur les idéations suicidaires sérieuses, la tentative de s'enlever la vie et le besoin de consulter un professionnel ou une professionnelle de la santé psychologique.

Février	1	2	3	4	5	6	7		
	8	9	10	11	12	13	14		
	15	16	17	18	19	<b>[20</b>	21		
						<i>Début</i>			
	22	23	24	25	26	27	28		
Mars	29	1	2	3	4	5	6	Symptômes dépressif	Détresse psychologique
	7	8	9	10	11	12	13		
	14	15	16	17	18	19	20	Burnout	
	21	22	23	24	25	26	27		
	<b>28]</b>	29	30	31					
<i>Fin</i>									
	Semaines d'examens								

#### Analyse des patrons de réponse

La prochaine étape consiste à vérifier les différences de réponses entre les groupes formés ci-haut.

##### 1. Les analyses utilisées dans le cas des symptômes dépressifs, de la détresse psychologique et du *burnout*

L'échelle de réponse des questionnaires mesurant ces variables est à intervalle régulier, ce qui permet d'obtenir un score pour chaque individu et un score moyen pour chaque groupe. Les moyennes ont donc été comparées par une ANOVA, qui est l'équivalent du test-t, mais dans une situation où plus de deux groupes doivent être comparés puisque nous en avons quatre. Par la suite, lorsque l'ANOVA indiquait une différence statistiquement significative entre des moyennes de deux ou plusieurs groupes, le test post-hoc de Tuckey était utilisé pour détecter les groupes concernés.

## 2. L'analyse utilisée dans le cas des idéations suicidaires, des tentatives de suicide ainsi que pour le besoin de consulter

L'échelle de réponse des questions mesurant ces trois variables est catégorielle (oui/non) et ne permet donc pas de calculer un score moyen pour chaque groupe. Dans cette situation, la différence de réponse entre les groupes est analysée avec le test du Khi-Carré. Cette analyse compare seulement deux groupes à la fois sur deux réponses. Par exemple elle peut vérifier s'il y a une différence entre le taux de « oui » et le taux de « non » entre la semaine un et la semaine deux. Ainsi, si on veut connaître s'il y a une différence entre le taux de « oui » et de « non » entre les quatre semaines, il faut comparer deux semaines à la fois et faire plusieurs comparaisons.

## 3. Symptômes dépressifs

La figure 24 illustre la différence entre les moyennes des symptômes dépressifs rapportés aux différentes semaines. On observe une légère diminution de semaine en semaine. Cependant, comme on rapporte une moyenne à chaque semaine, il est possible que les réponses rapportées par les différentes personnes varient autour de cette moyenne. 99 %<sup>39</sup> des réponses se situent entre les barres horizontales, alors que 1 % les dépassent se situent à l'extérieur, en haut ou en bas. Lorsqu'il y a un chevauchement entre les barres horizontales de deux moyennes, on dit qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les moyennes. Lorsque les barres horizontales ne se chevauchent pas, on dit que la différence est statistiquement significative.

Figure 24. Moyennes des symptômes dépressifs rapportés aux différentes semaines.

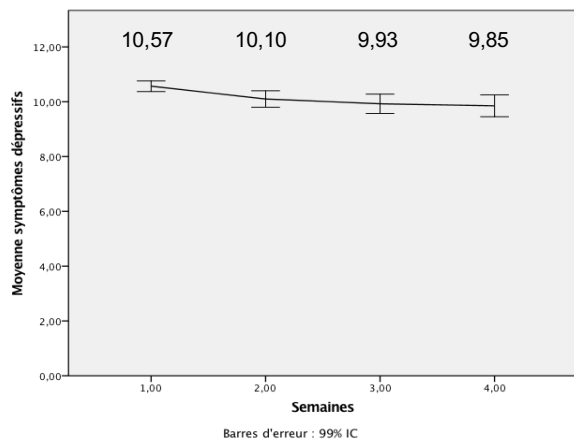


Tableau 33. Différences statistiquement significatives entre la moyenne des symptômes dépressifs rapportés chaque semaine.

		Semaines			
		1	2	3	4
Semaines	1		D	D	D
	2			=	=
	3				=
	4				

Les personnes qui ont rempli l'enquête à la première semaine ont rapporté des symptômes dépressifs plus élevés en moyenne que les personnes qui ont répondu à l'enquête lors des trois autres semaines. Il n'y a pas de différence dans l'ampleur des symptômes dépressifs rapportés en moyenne entre les personnes qui ont répondu aux semaines deux, trois et quatre. Le tableau 33 résume ces résultats.

<sup>39</sup> L'utilisation d'un intervalle de confiance à 99 % a été privilégié à celui de 95 % parce que le postulat d'homogénéité de la variance des symptômes dépressifs entre les groupes n'est pas respecté. Dans ce cas, il est recommandé d'avoir une attitude plus conservatrice et d'utiliser l'intervalle de confiance à 99 % (Tabachnick et Fidell 1996).

#### 4. Détresse psychologique

La figure 25 illustre la différence entre les moyennes des symptômes de détresse psychologique rapportés aux différentes semaines. On observe une légère diminution de semaine en semaine, mais les seules différences de moyennes qui sont statistiquement significatives sont entre la semaine un et les trois autres semaines<sup>40</sup>. Les moyennes rapportées aux semaines deux, trois et quatre ne diffèrent pas significativement entre elles.

Figure 25. Moyennes des symptômes de détresse psychologique rapportés aux différentes semaines.

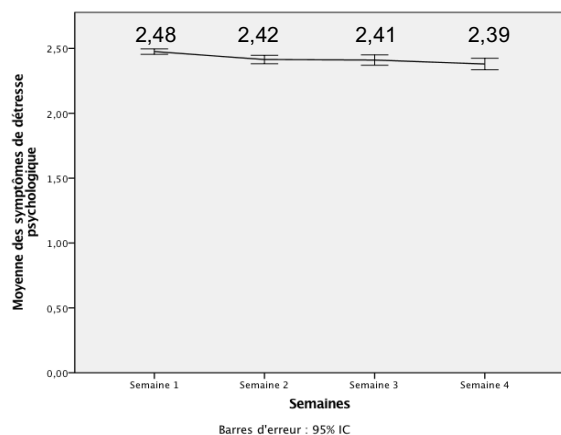


Tableau 34. Différences statistiquement significatives entre la moyenne des symptômes de détresse psychologique rapportés chaque semaine.

		Semaines			
		1	2	3	4
Semaines	1		D	D	D
	2			=	=
	3				=
	4				

Tout comme ce fut le cas pour les symptômes dépressifs, les personnes qui ont rempli l'enquête à la première semaine ont rapporté des symptômes de détresse psychologique plus élevés en moyenne que les personnes qui ont répondu à l'enquête lors des trois autres semaines. Il n'y a pas de différence dans l'ampleur des symptômes de détresse psychologique rapportés en moyenne entre les personnes qui ont répondu aux semaines deux, trois et quatre. Le tableau 34 résume cette information.

<sup>40</sup> L'intervalle de confiance utilisé ici est à 95 % car le postulat d'homogénéité de la variance de la détresse psychologique entre les groupe est respecté. Toutefois, si on avait utilisé un intervalle de confiance à 99 %, seules les moyennes de la semaine un et de la semaine quatre seraient significativement différentes. Malgré tout, ceci ne changerait pas le jugement apporté aux hypothèses.

## 5. Burnout

La figure 26 illustre la différence entre les moyennes des symptômes de *burnout* rapportés aux différentes semaines. On observe une légère diminution de semaine en semaine, mais la seule différence entre les moyennes qui est assez grande pour être qualifiée statistiquement significative se trouve entre la semaine un et la semaine quatre<sup>41</sup>. Le tableau 35 résume cette information.

Figure 26. Moyennes des symptômes de burnout rapportés aux différentes semaines.

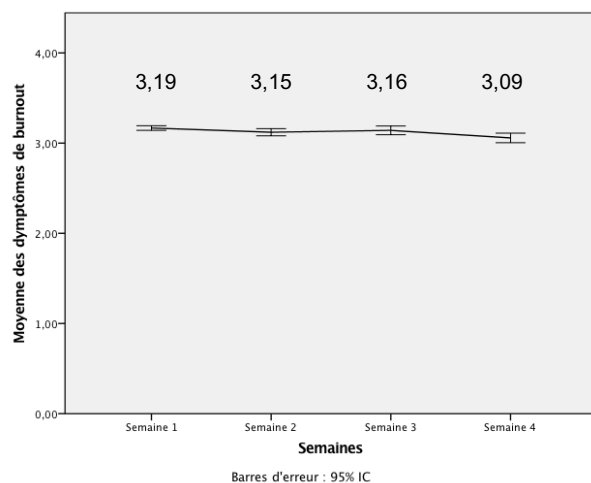


Tableau 35. Différence statistiquement significative entre la moyenne des symptômes de burnout rapportés chaque semaine.

		Semaines			
		1	2	3	4
Semaines	1		=	=	D
	2			=	=
	3				=
	4				

<sup>41</sup> L'intervalle de confiance utilisé ici est à 95 % car le postulat d'homogénéité de la variance des symptômes de *burnout* entre les groupes est respecté. De plus, si on avait utilisé un intervalle de confiance à 99 %, les moyennes de la semaine un et de la semaine quatre seraient encore significativement différentes. Ceci ne changerait donc pas le jugement apporté face aux hypothèses.



Les personnes qui ont répondu à la première semaine de l'enquête ont rapporté plus de symptômes de *burnout* que leurs collègues qui ont répondu à la semaine quatre. Pour les autres semaines, il n'y a pas de différence significative.

## 6. Idéations suicidaires au cours des 12 derniers mois

Le taux de réponse « oui » versus « non » à la question concernant les idéations suicidaires a été comparé pour tous les pairages de semaine 2 par 2. C'est-à-dire que ces taux de réponse ont été comparés entre la première semaine et la deuxième semaine, puis entre la première et la troisième semaine et ainsi de suite. Les résultats démontrent une constance dans le taux de réponse « oui » et « non » entre toutes les semaines sauf entre la première et la quatrième semaine. On observe alors que le taux de réponse « oui » est significativement plus élevé et que le taux de « non » est significativement plus faible chez les personnes qui ont répondu à la première semaine que chez les personnes qui ont répondu à la quatrième semaine. Le tableau 36 résume la situation.

Tableau 36. Différence entre des taux de réponse « oui » et « non » entre les différents groupes à la question sur les idéations suicidaires.

		Semaines			
		1	2	3	4
Semaines	1		=	=	D
	2			=	=
	3				=
	4				

## 7. Tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois

Le taux de réponse « oui » versus « non » à la question concernant les tentatives de suicide a été comparé pour tous les pairages de semaine 2 par 2. C'est-à-dire que ces taux de réponse ont été comparés entre la première semaine et la deuxième semaine, puis entre la première et la troisième semaine et ainsi de suite. Les résultats démontrent une constance dans le taux de réponse « oui » et « non » entre toutes les semaines. Les personnes ont donc répondu de la même façon, peu importe la semaine à laquelle elles participaient à l'enquête.

Tableau 37. Égalité entre le taux de « oui » et de « non » entre les différents groupes à la questions sur les tentatives de suicide.

		Semaines			
		1	2	3	4
Semaines	1		=	=	=
	2			=	=
	3				=
	4				

#### 8. [Avoir ressenti le besoin de consulter une aide professionnelle au cours des 12 derniers mois](#)

Le taux de réponse « oui » versus « non » à la question concernant le besoin de consulter une aide professionnelle a été comparé pour tous les pairages de semaine 2 par 2. C'est-à-dire que ces taux de réponse ont été comparés entre la première semaine et la deuxième semaine, puis entre la première et la troisième semaine et ainsi de suite. Les personnes qui ont répondu à l'enquête lors de la première semaine ont proportionnellement plus répondu « oui » que leurs collègues ayant répondu aux semaines deux, trois et quatre à cette question. Inversement, elles ont moins répondu « non » que leurs collègues ayant répondu aux semaines deux, trois et quatre. Le tableau 38 résume ces résultats.

Tableau 38. Différence entre le taux de « oui » et de « non » en réponse à la question sur le besoin de consulter une aide professionnelle pour sa santé psychologique.

		Semaines			
		1	2	3	4
Semaines	1		D	D	D
	2			=	=
	3				=
	4				

### Conclusions sur les biais et mise en garde

#### 1. [Biais de mi-session](#)

L'interprétation des résultats obtenus est que l'effet de la mi-session sur les réponses aux échelles de dépression, de détresse psychologique et de *burnout* est assez faible. Dans un premier temps, pour qu'un tel biais soit observable, le questionnaire portant sur la détresse psychologique aurait dû montrer une moyenne plus faible à la première semaine et de plus en plus élevée avec le temps. Or, l'inverse s'est

produit et la moyenne la plus élevée a été rapportée par le groupe ayant répondu à la première semaine, alors qu'il se référerait au mois précédant la mi-session pour répondre. Dans un deuxième temps, on observe un patron de réponse similaire pour les questionnaires dont la portée temporelle est à court terme et pour ceux dont la portée temporelle est à long terme. S'il y avait eu un biais associé à la mi-session, les personnes n'auraient pas répondu de manière aussi similaire à ces questionnaires. La possibilité que les résultats soient biaisés par le fait que l'enquête ait eu lieu pendant la période de mi-session ne semble pas très plausible.

## 2. Biais d'attrait

Le groupe des personnes ayant répondu pendant la première semaine se démarque des autres groupes pour cinq des six questionnaires vérifiés. Ce groupe présente des scores plus élevés aux questionnaires portant sur les symptômes de dépression, sur la détresse psychologique et sur le *burnout* en plus de répondre plus souvent « oui » que les autres groupes aux questions portant sur les idéations suicidaires et sur le besoin de consulter un professionnel ou une professionnelle de la santé psychologique au cours de la dernière année. Il est donc plausible que les personnes présentant une santé psychologique précaire ait été plus attirées que les personnes présentant une bonne santé psychologique à répondre à l'enquête.

Toutefois, les moyennes restent très similaires d'une semaine à l'autre. Les différences sont statistiquement significatives parce que beaucoup de personnes ont répondu à l'enquête (plus de 10 200). Il est donc possible de croire que si l'enquête avait continué pendant encore quelques semaines, les moyennes auraient continué à diminuer, mais elles l'auraient fait lentement, comme c'est le cas pour les moyennes observées.

## ANNEXE E – MÉTHODOLOGIE DE LA SECTION 3

Afin de vérifier l'effet de l'ensemble des variables prédictrices sur chaque indicateur de la santé psychologique et d'identifier les variables ayant le plus de pouvoir de prédiction, il a été privilégié de faire des régressions. Pour les indicateurs de la santé psychologique qui sont des variables continues (symptômes dépressifs, détresse psychologique et les trois sous-échelles de l'épuisement professionnel), les analyses ont été effectuées à l'aide d'une régression multivariée suivie d'une régression hiérarchique. Pour les indicateurs de la santé psychologique qui sont des variables catégorielles (idéations suicidaires et tentatives de suicide), une régression logistique a été effectuée selon la même logique. Pour inclure toutes les variables prédictrices dans les régressions, les variables prédictrices catégorielles qui n'avaient pas d'échelle de réponse binaire (1 ou 0) ont été séparées en différentes variables à échelle de réponse binaire. Les variables prédictrices incluses dans ces régressions sont les suivantes :

Tableau 39. Liste des variables prédictrices des indicateurs de la santé psychologique.

Type de variable	Nom	Échelle de réponse	Utilisation dans l'analyse	Cycles d'études
Continues	Satisfaction à l'égard de sa vie sociale	Intervalle de 1 à 4	Tel quelle	PC CS
	Perception d'être dans une situation de précarité financière	Intervalle de 1 à 5	Tel quelle	PC CS
	Évaluation de la qualité de son sommeil	Intervalle de 1 à 5	Tel quelle	PC CS
	Satisfaction de la qualité de son alimentation	Intervalle de 1 à 5	Tel quelle	PC CS
	Pratique régulière d'activité physique	Intervalle de 1 à 5	Tel quelle	PC CS
	Sentiment de solitude	Intervalle de 1 à 3	Tel quelle	PC CS
	Soutien de la part des collègues	Intervalle de 1 à 5	Tel quelle	PC CS
	Qualité de l'interaction avec l'unité académique	Intervalle de 1 à 5	Tel quelle	PC CS
	Climat de compétition	Intervalle de 1 à 5	Tel quelle	PC CS
	Nombre d'heures par semaine consacrées aux études	Question ouverte	Tel quelle	PC CS
	Climat au laboratoire de recherche	Intervalle de 1 à 5	Les six sous-dimensions ont été évaluées séparément : - Support ; - Clarté des tâches ; - Sentiment de contribution ; - Reconnaissance ; - Expression de soi ; - Niveau de difficulté.	CS
	Pression pour rester au laboratoire les soirs et fin de semaine	Intervalle de 1 à 5	Tel quelle	CS

	Stress créé par le projet de rédaction	Intervalle de 1 à 5	Tel quelle	CS
Catégorielles	Consommation de cannabis et de ses dérivés au cours des 12 derniers mois	6 niveaux de réponse : 1- Aucune 2- < 1 fois par mois 3- 1 à 3 fois par mois 4- 1 fois par semaine 5- > 1 fois par semaine 6- Tous les jours	Référence (1 et 2) : « Aucune ou occasionnelle »  Indicateur 1 (3 et 4) : « 1 à 4 fois par mois »  Indicateur 2 (5 et 6) : « plus d'une fois par semaine »	PC CS
	Consommation de drogues « dures » au cours des 12 derniers mois	6 niveaux de réponse : 1- Aucune 2- < 1 fois par mois 3- 1 à 3 fois par mois 4- 1 fois par semaine 5- > 1 fois par semaine 6- Tous les jours	Référence (1 et 2) : « Aucune ou occasionnelle »  Indicateur 1 (3 et 4) : « 1 à 4 fois par mois »  Indicateur 2 (5 et 6) : « plus d'une fois par semaine »	PC CS
	Consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois	6 niveaux de réponse : 1- Aucune 2- < 1 fois par mois 3- 1 à 3 fois par mois 4- 1 fois par semaine 5- > 1 fois par semaine 6- Tous les jours	Référence (1 et 2) : « Aucune ou occasionnelle »  Indicateur 1 (3 et 4) : « 1 à 4 fois par mois »  Indicateur 2 (5 et 6) : « plus d'une fois par semaine »	PC CS
	Consommation de psychostimulants sans prescription au cours des 12 derniers mois	6 niveaux de réponse : 1- Aucune 2- < 1 fois par mois 3- 1 à 3 fois par mois 4- 1 fois par semaine 5- > 1 fois par semaine 6- Tous les jours	Référence (1 et 2) : « Aucune ou occasionnelle »  Indicateur 1 (3 et 4) : « 1 à 4 fois par mois »  Indicateur 2 (5 et 6) : « plus d'une fois par semaine »	PC CS
	Niveau d'endettement	7 Niveaux 0- Aucun 1- 1 à 9 999\$ 2 – 10 000 à 19 999\$	Référence (0) : « Aucun »  Indicateur (1 et 2) : « Modéré »	PC CS

		3- 20 000 à 29 999\$ 4- 30 000 à 39 999\$ 5- 40 000 à 49 999\$ 6- 50 000 à 59 999\$ 7- Plus de 60 000\$	Indicateur (3 à 7) : « Sévère »	
	Appartenance à une minorité ethnique	Binaire 1- Oui 2- Non	Était déjà binaire	PC CS
	Orientation sexuelle	3 Niveaux 1- Hétérosexuelle 2- Homosexuelle 3- Bisexuelle	Référence (1) : « Hétérosexuelle »  Indicateur 1 (2) : « Hétérosexuelle »  Indicateur 2 (3) : « Homosexuelle »	PC CS

### Régressions pour les indicateurs de la santé psychologique continus

Ces indicateurs sont les symptômes dépressifs, la détresse psychologique et les trois sous-échelles de l'épuisement professionnel, soit l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et le sentiment de manque d'accomplissement.

#### 1- [La régression multivariée](#)

La première étape consistait à effectuer une régression multivariée exploratoire où toutes les variables étaient placées au bloc 1 avec une méthode « précédent ». Cette analyse permettait d'éliminer les variables qui n'expliquaient pas de variance en présence des autres variables. Parmi les variables retenues, les sept qui présentaient un coefficient beta le plus élevé étaient retenues pour la deuxième étape. Le nombre de sept variables a été retenu, car après quelques essais-erreur, il n'y avait aucun indicateur de la santé psychologique pour lequel le pourcentage de variance expliquée augmentait de manière importante avec une huitième variable.

#### 2- [La régression hiérarchique](#)

Parmi les sept variables identifiées pour cette étape, celles qui présentaient un bêta standardisé plus grand ou égal à 0,1 ont été placées au bloc 1 et les variables restantes au bloc 2. Une régression hiérarchique avec méthode « entrez » pour chaque bloc a été effectuée.

### Régression pour les indicateurs de la santé psychologique catégoriels

Les indicateurs de la santé psychologique qui sont des variables catégorielles sont les idéations suicidaires et les tentatives de suicide. Le choix de réponse aux questions portant sur les idéations et les tentatives de suicide était « oui – non – ne souhaite pas répondre ». La réponse « ne souhaite pas répondre » n'est pas interprétable étant donné que plusieurs raisons autre qu'une santé psychologique précaire peuvent expliquer le désir d'éviter la question. Cette question a donc été catégorisée comme « valeur manquante ».

indiquant qu'on ne connaît pas la réelle réponse que la personne aurait donnée. Au final, deux choix de réponses ont été considérés pour les analyses et la régression logistique binaire a été utilisée.

La régression logistique a donc été utilisée afin de trouver les variables prédictrices qui, mises ensemble, permettent de prédire le mieux possible la réponse des étudiants et des étudiantes à la question portant sur les idéations suicidaires. En d'autres mots, selon les réponses données à un groupe de variables prédictrices, le modèle permet de détecter un nombre de personnes qui « selon ce modèle, devraient dire oui » et qui ont effectivement répondu « oui » à la question, ainsi que le nombre de personnes qui « selon ce modèle, devraient dire non » et qui ont effectivement répondu « non » à la question. C'est ce qu'on appelle l'efficacité du modèle, c'est-à-dire sa capacité à bien prévoir la réponse à une question.

### 1. Régression logistique en un bloc et descendante

La première étape est l'équivalent de la régression multivariée pour les indicateurs de la santé psychologique continue, mais à l'intérieur d'une régression logistique. Pour se faire, toutes les variables prédictrices ont été intégrées dans le bloc un avec une méthode « descendante, rapport de vraisemblance ». Cette étape a permis d'éliminer les variables superflues et d'ordonner les variables qui prédisaient le mieux la probabilité qu'une personne réponde « oui » à la question.

Ce sont les rapports de cotes (Exp B) qui ont été utilisées pour ordonner les variables prédictrices selon leur force à prédire le « oui ». Comme les rapports de cotes ne sont pas standardisés, certaines manipulations doivent être faites afin de les rendre comparables. Les rapports de cotes sont plus grand que 1 lorsque la variable prédictrice augmente le risque de dire « oui » et plus petit que 1 lorsque la variable prédictrice diminue le risque de dire « oui ». Lorsque le rapport de cote était plus petit que 1, celui-ci était inversé ( $1/\text{Exp B}$ ) pour être comparable aux rapports de cotes plus grand que 1. Finalement, comme les échelles de réponse<sup>42</sup> n'étaient pas les mêmes pour chaque variable prédictrice, les variables avec une échelle de réponse catégorielle « oui – non » ont servi de référence. Ainsi, les variables prédictrices continues dont l'échelle de réponse allait de « 1 à 6 » ont vu leur rapport de cote subir un exposant 3, les variables prédictrices continues dont l'échelle de réponse allait de « 1 à 5 » ont vu leur rapport de cote subir un exposant 2,5 et les variables prédictrices continues dont l'échelle de réponse allait de « 1 à 3 » ont vu leur rapport de cote subir un exposant 1,5. Suite à ces manipulations, toutes les données étaient maintenant standardisées, donc comparables pour identifier les variables prédictrices avec le meilleur pouvoir de prédiction.

### 2. Régression logistique en deux blocs

La deuxième étape consistait à faire une régression logistique en deux blocs selon la méthode « Entrez ». Les variables prédictrices dont le rapport de cote standardisé était plus grand que 2 ont été placées dans le premier bloc. Les variables prédictrices avec les plus grands rapports de cotes standardisés suivantes étaient placées dans le deuxième bloc jusqu'à ce que le modèle contienne sept variables prédictrices.

Le point de coupure correspond au pourcentage de risque « qu'une personne dise oui » nécessaire pour qu'elle soit classée « oui ». En d'autres mots, avec un point de coupure à 10 %, si le modèle considère qu'avec ses réponses aux variables prédictrices, une personne a 10 % de chance et plus de répondre « oui », elle sera classée « oui » par le modèle. Afin d'optimiser la proportion de vrais-positifs détectés par le modèle, sans toutefois avoir trop de faux-positifs, le pourcentage de prévalence trouvé à la section cinq a servi de point de coupure. Ainsi, pour les idéations suicidaires, le point de coupure était de 8,6 % au premier cycle et de 6,0 % aux cycles supérieurs. Pour les tentatives de suicide, le point de coupure était de

---

<sup>42</sup> Pour connaître les échelles de réponse de chaque variable, se référer à l'annexe A.

1,3 % au premier cycle et de 1,0 % aux cycles supérieurs. C'est avec ces points de coupure qu'on a trouvé l'importance standardisée de chaque variable prédictrice dans la section résultats (Annexe F) et à la section 5.1 où les résultats généraux sont présentés.



## ANNEXE F – RÉSULTATS DE LA SECTION 5

### Symptômes dépressifs au premier cycle

Sur les dix-sept variables prédictrices, la régression multivariée a permis d'éliminer trois variables, c'est-à-dire que le modèle à dix-sept variables prédit autant de variance des symptômes dépressifs que le modèle à quatorze variables lorsque ces trois-là sont exclues. Les variables exclues sont le nombre d'heures consacrées aux études, l'appartenance à une minorité ethnique et la consommation de drogues « dures ».

La variance expliquée avec les quatorze variables est de 41,8%. Les quatorze variables restantes ont été placées en ordre selon leur coefficient bêta standardisé. Les sept variables avec les plus grands coefficients bêta standardisé sont les suivantes : sentiment de solitude ( $b = 0,355$ ), satisfaction de la qualité de son sommeil ( $b = -0,266$ ), qualité de l'alimentation ( $b = -0,119$ ), sentiment d'être dans une situation de précarité financière ( $b = 0,089$ ), sentiment de compétition ( $b = 0,089$ ), sentiment de soutien de la part des collègues ( $b = 0,050$ ) et consommation de psychostimulants sans ordonnance ( $b = 0,042$ ).

Les trois premières variables, présentant un coefficient bêta standardisé plus grand que 0,1 ou plus petit que -0,1, ont été placées au premier bloc de la régression hiérarchique et les quatre variables suivantes ont été placées au deuxième bloc. Les nouveaux coefficients beta standardisé des sept variables utilisées pour ce modèle sont maintenant : sentiment de solitude ( $b = 0,373$ ), satisfaction de la qualité de son sommeil ( $b = -0,268$ ), qualité de l'alimentation ( $b = -0,146$ ), sentiment d'être dans une situation de précarité financière ( $b = 0,084$ ), sentiment de compétition ( $b = 0,079$ ), sentiment de soutien de la part des collègues ( $b = 0,065$ ) et finalement la consommation de psychostimulants sans ordonnance ( $b = 0,055$ ). Le modèle incluant les sept variables explique 40,7 % de la variance des symptômes dépressifs et les trois variables les plus importantes en expliquent à elles seules 38,5 %. Le sentiment de solitude, le sommeil et l'alimentation seraient donc les axes à prioriser lors d'une intervention visant à diminuer les symptômes dépressifs auprès de la population étudiante de premier cycle à l'Université de Montréal.

### Symptômes dépressifs aux cycles supérieurs

Sur les vingt-cinq<sup>43</sup> variables prédictrices, la régression multivariée a permis d'en éliminer huit, c'est-à-dire qu'un modèle à dix-sept variables prédit autant de variance des symptômes dépressifs que le modèle à vingt-cinq variables lorsque ces huit variables sont exclues. Les variables exclues sont les sous-dimensions support, clarté des tâches, sentiment de contribution et reconnaissance de la variable climat, l'origine ethnique, le niveau d'endettement, la consommation de cannabis et le nombre d'heures hebdomadaires consacrées aux études.

La variance expliquée des symptômes dépressifs aux cycles supérieurs par ces dix-sept variables est de 47,2 %. Ces dix-sept variables restantes ont été placées en ordre d'importance selon leur coefficient bêta standardisé. Les sept variables avec les plus grands coefficients bêta standardisé sont : le sentiment de solitude ( $b = 0,309$ ), la satisfaction quant à la qualité de son sommeil ( $b = -0,266$ ), le sentiment de pouvoir s'exprimer de manière authentique avec ses collègues ( $b = -0,165$ ), le sentiment d'être dans une situation de précarité financière ( $b = 0,092$ ), la qualité de son alimentation ( $b = -0,078$ ), le stress pour son projet de rédaction ( $b = 0,066$ ) et la consommation d'alcool ( $b = 0,062$ ).

Les trois premières variables, présentant un coefficient bêta standardisé plus grand que 0,1 ou plus petit que -0,1, ont été placées au premier bloc de la régression hiérarchique, les quatre variables suivantes ont été placées au deuxième bloc. Les nouveaux coefficients beta standardisé des sept variables utilisées pour ce modèle sont : le sentiment de solitude ( $b = 0,366$ ), la satisfaction quant à la qualité de son sommeil ( $b = -0,282$ ), le sentiment de pouvoir s'exprimer de manière authentique avec ses collègues ( $b = -0,160$ ), le

<sup>43</sup> Nous considérons ici les six sous-échelles du climat comme étant six variables distinctes.

sentiment d'être dans une situation de précarité financière ( $b = 0,105$ ), la qualité de son alimentation ( $b = -0,109$ ), le stress pour son projet de rédaction ( $b = 0,095$ ) et la consommation d'alcool ( $b = 0,056$ ). Le modèle incluant les sept variables explique 45,2 % de la variance des symptômes dépressifs, et les trois variables les plus importantes en expliquent à elles seules 41,5 %. Le sentiment de solitude, le sommeil et un climat dans les laboratoires de recherche qui permet de s'exprimer de manière authentique seraient donc les axes à prioriser lors d'une intervention visant à diminuer les symptômes dépressifs auprès de la population étudiante de cycles supérieurs à l'Université de Montréal.

Tableau 40. Présentation des variables à cibler dans une intervention institutionnelle visant à réduire les symptômes dépressifs.

Cycle	Variables	Relation hiérarchique (bêta standardisé)	% de variance expliquée	
Premier cycle	Sentiment de solitude	0,36	38,5 %	40,7 %
	Satisfaction de son sommeil	-0,27		
	Qualité de l'alimentation	-0,12		
	Situation de précarité financière	0,09	2,2 %	
	Sentiment de compétition avec les collègues du programme	0,09		
	Soutien de la part des collègues	0,05		
	Consommation de psychostimulants sans prescription	0,04		
Cycles supérieurs	Sentiment de solitude	0,31	41,5 %	45,2 %
	Satisfaction de son sommeil	-0,27		
	Sentiment de pouvoir être authentique à l'université et dans son groupe de recherche	-0,17		
	Situation de précarité financière	0,09	3,7 %	
	Qualité de l'alimentation	-0,08		
	Éprouver du stress pour son projet de rédaction	0,07		
	Consommation d'alcool	0,06		

Toutes les relations sont statistiquement significatives à  $p < 0,001$ .

### Détresse psychologique au premier cycle

Sur les dix-sept variables prédictives, la régression multivariée a permis d'en éliminer trois, c'est-à-dire qu'un modèle à quatorze variables prédit autant de variance de la détresse psychologique que le modèle à dix-sept variables lorsque ces trois variables sont exclues. Les variables exclues sont la consommation d'alcool, le niveau d'endettement et la consommation de drogues « dures ».

La variance expliquée de la détresse psychologique au premier cycle par ces quatorze variables est de 38,7 %. Ces quatorze variables restantes ont été placées en ordre d'importance selon leur coefficient bêta standardisé. Les sept variables avec les plus grands coefficients bêta standardisé sont : le sentiment de solitude ( $b = 0,397$ ), la satisfaction par rapport à son sommeil ( $b = -0,216$ ), la qualité de l'alimentation ( $b = -0,100$ ), le climat de compétition dans le programme ( $b = 0,099$ ), le sentiment d'être dans une situation de précarité financière ( $b = 0,096$ ), le soutien de la part des collègues ( $b = -0,051$ ) et l'orientation sexuelle ( $b = 0,042$ ).

Les trois premières variables, présentant un coefficient bêta standardisé plus grand que 0,1 ou plus petit que -0,1, ont été placées au premier bloc de la régression hiérarchique, les quatre variables suivantes ont été placées au deuxième bloc. Les nouveaux coefficients bêta standardisé des sept variables utilisées pour ce modèle sont : le sentiment de solitude ( $b = 0,399$ ), la satisfaction par rapport à son sommeil ( $b = -0,221$ ),

la qualité de l'alimentation ( $b = -0,110$ ), le climat de compétition dans le programme ( $b = 0,103$ ), le sentiment d'être dans une situation de précarité financière ( $b = 0,099$ ), le soutien de la part des collègues ( $b = -0,054$ ) et l'orientation sexuelle ( $b = 0,044$ ). Le modèle incluant les sept variables explique 38,1 % de la variance des symptômes dépressifs et les trois variables les plus importantes en expliquent à elles seules 35,6 %. Le sentiment de solitude, la satisfaction par rapport à la qualité de son sommeil et la qualité de l'alimentation seraient donc les axes à prioriser lors d'une intervention visant à diminuer la détresse psychologique auprès de la population étudiante de premier cycle à l'Université de Montréal.

### **Détresse psychologique aux cycles supérieurs**

Sur les vingt-cinq variables prédictrices, la régression multivariée a permis d'en éliminer huit, c'est-à-dire qu'un modèle à dix-sept variables prédit autant de variance de la détresse psychologique que le modèle à vingt-cinq variables lorsque ces huit variables sont exclues. Les variables exclues sont la reconnaissance reçue dans le laboratoire de recherche, la qualité de l'interaction avec l'unité académique, le niveau d'endettement, la clarté de ses tâches, l'appartenance ethnique, le sentiment de compétition avec ses collègues de laboratoire, l'activité physique et le nombre d'heures consacrées aux études par semaine.

La variance expliquée de la détresse psychologique aux cycles supérieurs par les dix-sept variables retenues est de 44,1 %. Ces dix-sept variables restantes ont été placées en ordre d'importance selon leur coefficient bêta standardisé. Les sept variables avec les plus grands coefficients bêta standardisé sont : le sentiment de solitude ( $b = 0,351$ ), la satisfaction par rapport à la qualité de son sommeil ( $b = 0,208$ ), le sentiment de pouvoir être authentique avec ses collègues de laboratoire ( $b = -0,175$ ), la qualité de l'alimentation ( $b = -0,099$ ), le sentiment d'être dans une situation de précarité financière ( $b = 0,082$ ), le stress relié au projet de rédaction ( $0,076$ ) et le sentiment que ses travaux sont trop difficiles à accomplir ( $b = 0,071$ ).

Les trois premières variables, présentant un coefficient bêta standardisé plus grand que 0,1 ou plus petit que -0,1, ont été placées au premier bloc de la régression hiérarchique, les quatre variables suivantes ont été placées au deuxième bloc. Les nouveaux coefficients beta standardisé des sept variables utilisées pour ce modèle sont : le sentiment de solitude ( $b = 0,366$ ), la satisfaction par rapport à la qualité de son sommeil ( $b = -0,212$ ), le sentiment de pouvoir être authentique avec ses collègues de laboratoire ( $b = -0,185$ ), la qualité de l'alimentation ( $b = -0,113$ ), le sentiment d'être dans une situation de précarité financière ( $b = 0,092$ ), le stress relié au projet de rédaction ( $b = 0,105$ ) et le sentiment que ses travaux sont trop difficiles à accomplir ( $b = 0,069$ ). Le modèle incluant les sept variables explique 42,1 % de la variance de la détresse psychologique et les trois variables les plus importantes en expliquent à elles seules 38,0 %. Le sentiment de solitude, le sommeil et la possibilité d'être authentique dans les groupes de recherche et au laboratoire seraient donc les axes à prioriser lors d'une intervention visant à diminuer la détresse psychologique auprès de la population étudiante de cycles supérieurs à l'Université de Montréal.

Tableau 41. Présentation des variables à cibler dans une intervention institutionnelle visant à réduire la détresse psychologique et de leur relation avec cette dernière.

Cycle	Variables	Relation hiérarchique (bêta standardisé)	% de variance expliquée	
Premier cycle	Sentiment de solitude	0,399	35,6 %	38,1 %
	Satisfaction de son sommeil	-0,221		
	Qualité de l'alimentation	-0,110		
	Sentiment de compétition avec les collègues du programme	0,103	2,5 %	
	Situation de précarité financière	0,099		
	Soutien de la part des collègues	-0,054		
	Orientation sexuelle	0,044		
Cycles supérieurs	Sentiment de solitude	0,366	38,0 %	42,1 %
	Satisfaction de son sommeil	-0,212		
	Sentiment de pouvoir être authentique à l'université et dans son groupe de recherche	-0,185		
	Qualité de l'alimentation	-0,113	4,1 %	
	Situation de précarité financière	0,092		
	Éprouver du stress pour son projet de rédaction	0,105		
	Sentiment de difficulté des travaux à accomplir	0,069		

Toutes les relations sont statistiquement significatives à  $p < 0,001$ .

### Épuisement émotionnel au premier cycle

Sur les dix-sept variables prédictrices, la régression multivariée a permis d'en éliminer quatre, c'est-à-dire qu'un modèle à treize variables prédit autant de variance de l'épuisement émotionnel que le modèle à dix-sept variables lorsque ces quatre variables sont exclues. Les variables exclues sont la consommation de cannabis, la consommation de drogues « dures », l'orientation sexuelle et l'appartenance ethnique.

La variance expliquée de l'épuisement émotionnel au premier cycle par ces treize variables est de 35,0 %. Ces treize variables restantes ont été placées en ordre d'importance selon leur coefficient bêta standardisé. Les sept variables avec les plus grands coefficients bêta standardisé sont : le sentiment de solitude ( $b = 0,262$ ), la satisfaction par rapport à la qualité de son sommeil ( $b = -0,249$ ), le nombre d'heures par semaine consacrées aux études ( $b = 0,190$ ), le sentiment de compétition avec les collègues du programme ( $b = 0,161$ ), le sentiment d'être dans une situation de précarité financière ( $b = 0,091$ ), la satisfaction par rapport à la qualité de son alimentation ( $b = 0,068$ ) et la qualité des interaction avec l'unité académique ( $b = -0,064$ ).

Les quatre premières variables, présentant un coefficient bêta standardisé plus grand que 0,1 ou plus petit que -0,1, ont été placées au premier bloc de la régression hiérarchique, les trois variables suivantes ont été placées au deuxième bloc. Les nouveaux coefficients beta standardisé des sept variables utilisées pour ce modèle sont : le sentiment de solitude ( $b = 0,278$ ), la satisfaction par rapport à la qualité de son sommeil ( $b = -0,251$ ), le nombre d'heures par semaine consacrées aux études ( $b = 0,191$ ), le sentiment de compétition avec les collègues du programme ( $b = 0,164$ ), le sentiment d'être dans une situation de précarité financière ( $b = 0,088$ ), la satisfaction par rapport à la qualité de son alimentation ( $b = 0,091$ ) et la qualité des interaction avec l'unité académique ( $b = -0,064$ ). Le modèle incluant les sept variables explique 34,2 % de la variance de l'épuisement émotionnel, et les quatre variables les plus importantes en expliquent à elles seules 32,1 %. Le sentiment de solitude, le sommeil, le nombre d'heures par semaine consacrées

aux études et la compétition dans les programmes seraient donc les axes à prioriser lors d'une intervention visant à diminuer l'épuisement émotionnel auprès de la population étudiante de premier cycle à l'Université de Montréal.

### **Épuisement émotionnel aux cycles supérieurs**

Sur les vingt-cinq variables prédictrices, la régression multivariée a permis d'en éliminer huit, c'est-à-dire qu'un modèle à dix-sept variables prédit autant de variance de l'épuisement émotionnel que le modèle à vingt-cinq variables lorsque ces huit variables sont exclues. Les variables exclues sont la consommation de psychostimulants, la consommation de cannabis, le soutien par les pairs, l'appartenance à une minorité ethnique, le sentiment de subir de la pression pour rester à l'université les soirs et fin de semaine, ainsi que trois des sous-échelles du climat au laboratoire de recherche, soit la clarté de la tâche, le sentiment d'être reconnu pour son travail et le sentiment de contribuer à un projet de laboratoire.

La variance expliquée de l'épuisement émotionnel aux cycles supérieurs par ces dix-sept variables est de 42,7 %. Ces dix-sept variables restantes ont été placées en ordre d'importance selon leur coefficient bêta standardisé. Les sept variables avec les plus grands coefficients bêta standardisé sont : le sentiment de pouvoir s'exprimer de manière authentique avec ses collègues de laboratoire ou du groupe de recherche ( $b = -0,238$ ), le sentiment de solitude ( $b = 0,210$ ), la satisfaction par rapport à la qualité de son sommeil ( $b = -0,179$ ), le sentiment que ses tâches sont très difficiles ( $b = 0,176$ ), le stress relié à son projet de rédaction ( $b = 0,149$ ), le nombre d'heures consacrées aux études par semaine ( $b = 0,098$ ) et le sentiment d'être en compétition avec ses collègues ( $b = 0,061$ ).

Les cinq premières variables, présentant un coefficient bêta standardisé plus grand que 0,1 ou plus petit que -0,1, ont été placées au premier bloc de la régression hiérarchique, les deux variables suivantes ont été placées au deuxième bloc. Les nouveaux coefficients beta standardisé des sept variables utilisées pour ce modèle sont : le sentiment de pouvoir s'exprimer de manière authentique avec ses collègues de laboratoire ou du groupe de recherche ( $b = -0,275$ ), le sentiment de solitude ( $b = 0,251$ ), la satisfaction par rapport à la qualité de son sommeil ( $b = -0,216$ ), le sentiment que ses tâches sont très difficiles ( $b = 0,177$ ), le stress relié à son projet de rédaction ( $b = 0,160$ ), le nombre d'heures consacrées aux études par semaine ( $b = 0,098$ ) et le sentiment d'être en compétition avec ses collègues ( $b = 0,054$ ). Le modèle incluant les sept variables explique 39,8 % de la variance de l'épuisement émotionnel, et les cinq variables les plus importantes en expliquent à elles seules 38,6 %. La possibilité d'être authentique avec ses collègues, le sentiment de solitude le sommeil, le niveau de difficulté des tâches et le stress par rapport au projet de rédaction seraient donc les axes à prioriser lors d'une intervention visant à diminuer l'épuisement émotionnel auprès de la population étudiante de cycles supérieurs à l'Université de Montréal.

Tableau 42. Présentation des variables les plus reliées à l'épuisement émotionnel.

Cycle	Variables	Relation hiérarchique (bêta standardisé)	% de variance expliquée	
Premier cycle	Sentiment de solitude	0,278	32,1 %	34,2 %
	Satisfaction de son sommeil	-0,251		
	Nombre d'heures par semaine consacrées aux études	0,190		
	Sentiment de compétition avec les collègues du programme	0,164		
	Sentiment d'être dans une situation de précarité financière	0,088	2,1 %	
	Qualité de l'alimentation	-0,091		
	Qualité de l'interaction avec l'unité académique	-0,068		
Cycles supérieurs	Sentiment de pouvoir être authentique à l'université et dans son groupe de recherche	-0,275	38,6 %	39,8 %
	Sentiment de solitude	0,251		
	Satisfaction de son sommeil	-0,216		
	Niveau de difficulté très élevé dans son projet de recherche et de ses études	0,177		
	Éprouver du stress pour son projet de rédaction	0,160	1,3 %	
	Nombre d'heures par semaine consacrées aux études	0,098		
	Sentiment de compétition avec ses collègues	0,054		

Toutes les relations sont statistiquement significatives à  $p < 0,001$ .

### Dépersonnalisation au premier cycle

Sur les dix-sept variables prédictives, la régression multivariée a permis d'en éliminer deux, c'est-à-dire qu'un modèle à quinze variables prédit autant de variance de la dépersonnalisation que le modèle à dix-sept variables lorsque ces deux variables sont exclues. Les variables exclues sont l'activité physique et la consommation de drogues « dures ».

La variance expliquée de la dépersonnalisation au premier cycle par ces quinze variables est de 22,2 %. Ces quinze variables restantes ont été placées en ordre d'importance selon leur coefficient bêta standardisé. Les sept variables avec les plus grands coefficients bêta standardisé sont : le sentiment de solitude ( $b = 0,233$ ), le soutien par les pairs ( $b = -0,164$ ), le sentiment d'être en compétition avec ses collègues ( $b = 0,135$ ), la satisfaction quant à la qualité de son sommeil ( $b = -0,076$ ), le nombre d'heures par semaine consacrées aux études ( $b = 0,071$ ), la consommation d'alcool ( $b = 0,070$ ) et la qualité de l'alimentation ( $b = -0,069$ ).

Les trois premières variables, présentant un coefficient bêta standardisé plus grand que 0,1 ou plus petit que -0,1, ont été placées au premier bloc de la régression hiérarchique, les quatre variables suivantes ont été placées au deuxième bloc. Les nouveaux coefficients bêta standardisé des sept variables utilisées pour

ce modèle sont : le sentiment de solitude ( $b = 0,235$ ), le soutien par les pairs ( $b = -0,176$ ), le sentiment d'être en compétition avec ses collègues ( $b = 0,145$ ), la satisfaction quant à la qualité de son sommeil ( $b = -0,079$ ), le nombre d'heures par semaine consacrées aux études ( $b = 0,072$ ), la consommation d'alcool ( $b = 0,078$ ) et la qualité de l'alimentation ( $b = -0,084$ ). Le modèle incluant les sept variables explique 20,9 % de la variance de la dépersonnalisation et les trois variables les plus importantes en expliquent à elles seules 18,4 %. Le sentiment de solitude, le soutien par les pairs et la compétition dans les programmes seraient donc les axes à prioriser lors d'une intervention visant à diminuer la dépersonnalisation auprès de la population étudiante de premier cycle à l'Université de Montréal.

### Dépersonnalisation au premier cycle

Sur les vingt-cinq variables prédictrices, la régression multivariée a permis d'en éliminer sept, c'est-à-dire qu'un modèle à dix-huit variables prédit autant de variance de la dépersonnalisation que le modèle à vingt-cinq variables lorsque ces sept variables sont exclues. Les variables exclues sont la consommation de cannabis, l'activité physique, l'appartenance ethnique et quatre sous-échelles du climat, soit la clarté des tâches, la reconnaissance par les pairs, le support reçu de la part des pairs et le sentiment de contribuer aux projets de l'équipe de recherche.

La variance expliquée de la dépersonnalisation aux cycles supérieurs par ces dix-huit variables est de 25,7 %. Ces dix-huit variables restantes ont été placées en ordre d'importance selon leur coefficient bêta standardisé. Les sept variables avec les plus grands coefficients bêta standardisé sont : le sentiment de pouvoir être authentique avec ses collègues ( $b = -0,225$ ), le sentiment de solitude ( $b = 0,163$ ), le soutien de la part des collègues ( $b = -0,101$ ), le sentiment d'être en compétition avec les collègues ( $b = 0,113$ ), le sentiment de subir de la pression pour rester à l'Université les soirs et fin de semaine ( $b = 0,073$ ), la qualité de l'alimentation ( $b = -0,069$ ) et le sentiment que ses tâches sont très difficiles ( $b = 0,068$ ).

Les quatre premières variables, présentant un coefficient bêta standardisé plus grand que 0,1 ou plus petit que -0,1, ont été placées au premier bloc de la régression hiérarchique, les trois variables suivantes ont été placées au deuxième bloc. Les nouveaux coefficients beta standardisé des sept variables utilisées pour ce modèle sont : le sentiment de pouvoir être authentique avec ses collègues ( $b = -0,246$ ), le sentiment de solitude ( $b = 0,168$ ), le soutien de la part des collègues ( $b = -0,121$ ), le sentiment d'être en compétition avec les collègues ( $b = 0,113$ ), le sentiment de subir de la pression pour rester à l'Université les soirs et fin de semaine ( $b = 0,050$ ), la qualité de l'alimentation ( $b = -0,084$ ) et le sentiment que ses tâches sont très difficiles ( $b = 0,084$ ). Le modèle incluant les sept variables explique 23,7 % de la variance des de la dépersonnalisation et les quatre variables les plus importantes en expliquent à elles seules 22,2 %. La possibilité d'être authentique avec ses collègues, le sentiment de solitude, le soutien par les pairs et la compétition entre collègues seraient donc les axes à prioriser lors d'une intervention visant à diminuer les la dépersonnalisation auprès de la population étudiante de cycles supérieurs à l'Université de Montréal.

Tableau 43. Présentation des variables les plus reliées à la dépersonnalisation.

Cycle	Variables	Relation hiérarchique (bêta standardisé)	% de variance expliquée	
Premier cycle	Sentiment de solitude	0,235	18,4 %	20,9 %
	Perception d'être soutenu par ses pairs	-0,176		
	Sentiment de compétition avec les collègues du programme	0,145		
	Satisfaction de son sommeil	-0,079	2,5 %	
	Nombre d'heures consacrées aux études par semaine	0,072		
	Consommation d'alcool	0,078		
	Qualité de l'alimentation	0,084		
Cycles supérieurs	Sentiment de pouvoir être authentique à l'université et dans son groupe de recherche	-0,246	22,2 %	23,7 %
	Sentiment de solitude	0,168		
	Perception d'être soutenu par ses pairs	-0,121		
	Sentiment de compétition avec les collègues du programme	0,113	1,5 %	
	Sentiment de subir de la pression pour rester à l'Université les soirs et fin de semaine	0,050		
	Qualité de l'alimentation	-0,084		
	Niveau de difficulté très élevé dans son projet de recherche et de ses études	0,084		

Toutes les relations sont statistiquement significatives à  $p < 0,001$ .

### Sentiment de manque d'accomplissement au premier cycle

Sur les dix-sept variables prédictives, la régression multivariée a permis d'en éliminer quatre, c'est-à-dire qu'un modèle à treize variables prédit autant de variance du sentiment de manque d'accomplissement que le modèle à dix-sept variables lorsque ces quatre variables sont exclues. Les variables exclues sont le sentiment de compétition avec les collègues, le niveau d'endettement, la consommation de drogues « dures » et l'appartenance ethnique.

La variance expliquée du sentiment de manque d'accomplissement au premier cycle par ces treize variables est de 32,5 %. Ces treize variables restantes ont été placées en ordre d'importance selon leur coefficient bêta standardisé. Les sept variables avec les plus grands coefficients bêta standardisé sont : le soutien de la part des pairs ( $b = -0,246$ ), le sentiment de solitude ( $b = 0,188$ ), la qualité des interactions avec l'unité académique ( $b = -0,170$ ), le sommeil ( $b = 0,143$ ), l'alimentation ( $b = -0,113$ ), l'activité physique ( $b = -0,076$ ) et le nombre d'heures consacrées aux études par semaine ( $b = -0,069$ ).

Les cinq premières variables, présentant un coefficient bêta standardisé plus grand que 0,1 ou plus petit que -0,1, ont été placées au premier bloc de la régression hiérarchique, les deux variables suivantes ont été placées au deuxième bloc. Les nouveaux coefficients bêta standardisé des sept variables utilisées pour ce modèle sont : le soutien de la part des pairs ( $b = -0,255$ ), le sentiment de solitude ( $b = 0,188$ ), la qualité des interactions avec l'unité académique ( $b = -0,167$ ), le sommeil ( $b = 0,147$ ), l'alimentation ( $b = -0,119$ ), l'activité physique ( $b = -0,078$ ) et le nombre d'heures consacrées aux études par semaine ( $b = -0,067$ ). Le modèle incluant les sept variables explique 32,2 % de la variance du sentiment de manque



d'accomplissement et les cinq variables les plus importantes en expliquant à elles seules 31,3 %. Le soutien de la part des pairs, le sentiment de solitude, la qualité des interactions avec l'unité académique, le sommeil et l'alimentation seraient donc les axes à prioriser lors d'une intervention visant à diminuer le sentiment de manque d'accomplissement auprès de la population étudiante de premier cycle à l'Université de Montréal.

### **Sentiment de manque d'accomplissement aux cycles supérieurs**

Sur les vingt-cinq variables prédictrices, la régression multivariée a permis d'en éliminer douze, c'est-à-dire qu'un modèle à treize variables prédit autant de variance du sentiment de manque d'accomplissement que le modèle à vingt-cinq variables lorsque ces douze variables sont exclues. Les variables exclues sont le sentiment d'être en compétition avec ses pairs, la consommation de cannabis, d'alcool et de drogues « dures », l'orientation sexuelle, le sentiment de subir de la pression pour rester à l'Université les soirs et fin de semaine, l'appartenance ethnique, l'activité physique et finalement, quatre sous-échelles du climat, soit la clarté des tâches, la reconnaissance par les pairs, le support apporté par les pairs et le niveau de difficulté de ses tâches.

La variance expliquée du sentiment de manque d'accomplissement aux cycles supérieurs par ces treize variables est de 35,1 %. Ces treize variables restantes ont été placées en ordre d'importance selon leur coefficient bêta standardisé. Les sept variables avec les plus grands coefficients bêta standardisé sont : le sentiment de solitude ( $b = 0,193$ ), le soutien par les pairs ( $b = -0,192$ ), la qualité de l'interaction avec l'unité académique ( $b = -0,184$ ), la qualité de l'alimentation ( $b = -0,117$ ), la satisfaction quant à la qualité de son sommeil ( $b = -0,115$ ), le sentiment de pouvoir s'exprimer de manière authentique avec ses collègues ( $b = -0,104$ ) et le stress quant à son projet de rédaction ( $b = 0,099$ ).

Les six premières variables, présentant un coefficient bêta standardisé plus grand que 0,1 ou plus petit que -0,1, ont été placées au premier bloc de la régression hiérarchique et la variable suivante a été placée au deuxième bloc. Les nouveaux coefficients bêta standardisé des sept variables utilisées pour ce modèle sont : le sentiment de solitude ( $b = 0,190$ ), le soutien par les pairs ( $b = -0,209$ ), la qualité de l'interaction avec l'unité académique ( $b = -0,181$ ), la qualité de l'alimentation ( $b = -0,124$ ), la satisfaction quant à la qualité de son sommeil ( $b = -0,111$ ), le sentiment de pouvoir s'exprimer de manière authentique avec ses collègues ( $b = -0,125$ ) et le stress quant à son projet de rédaction ( $b = 0,093$ ). Le modèle incluant les sept variables explique 33,5 % de la variance du sentiment de manque d'accomplissement et les six variables les plus importantes en expliquant à elles seules 32,7 %. Le sentiment de solitude, le soutien par les pairs, la qualité de l'interaction avec l'unité académique, la qualité de l'alimentation, la satisfaction quant à la qualité de son sommeil et le sentiment de pouvoir s'exprimer de manière authentique avec ses collègues seraient donc les axes à prioriser lors d'une intervention visant à diminuer le sentiment de manque d'accomplissement auprès de la population étudiante de cycles supérieurs à l'Université de Montréal.

Tableau 44. Présentation des variables les plus reliées au manque d'accomplissement.

Cycle	Variabes	Relation hiérarchique (bêta standardisé)	% de variance expliquée	
Premier cycle	Perception d'être soutenu par ses pairs	-0,255	31,3 %	32,2 %
	Sentiment de solitude	0,188		
	Qualité des interactions avec le personnel de l'unité académique	-0,167		
	Satisfaction de son sommeil	0,147		
	Qualité de l'alimentation	0,119		
	Activité physique	-0,078	0,9 %	
	Nombre d'heures consacré aux études par semaine	-0,067		
Cycles supérieurs	Sentiment de solitude	0,190	32,7 %	33,5 %
	Perception d'être soutenu par ses pairs	-0,209		
	Qualité de l'interaction avec l'unité académique	-0,181		
	Qualité de l'alimentation	-0,124		
	Satisfaction de son sommeil	-0,111		
	Sentiment de pouvoir être authentique à l'université et dans son groupe de recherche	-0,125		
	Éprouver du stress pour son projet de rédaction	0,093	0,8 %	

Toutes les relations sont statistiquement significatives à  $p < 0,001$ .

### **Burnout**

Afin de rendre l'information des sections précédentes plus sommaire, il est possible de vérifier quelles sont les variables qui reviennent le plus fréquemment dans les tableaux des sous-échelles du *burnout*. Comme on peut dire qu'une personne est à risque de présenter un *burnout* au moment où elle obtient un score élevé sur deux sous-dimensions, il est pertinent d'identifier les variables qui sont liées à deux ou trois sous-dimensions du *burnout*.

Tableau 45. Les variables les plus fréquemment liées aux sous-dimensions du *burnout*.

Variables	Nombre d'occurrences	Nombre d'occurrences comme « variable prioritaire »
Sentiment de solitude	6	6
Satisfaction de son sommeil	5	4
Qualité de l'alimentation	5	2
Perception d'être soutenu par ses pairs	4	4
Sentiment de compétition avec les collègues du programme	4	3
Sentiment de pouvoir être authentique à l'université et dans son groupe de recherche (CS seulement)	3	3
Niveau de difficulté très élevé dans son projet de recherche et de ses études (CS seulement)	2	2
Éprouver du stress pour son projet de rédaction (CS seulement)	2	1

Les huit variables présentées au tableau seraient des avenues intéressantes pour agir sur l'épuisement professionnel au premier cycle et aux cycles supérieurs. Il est à noter que les trois dernières variables n'ont été mesurées que chez la population étudiante de cycles supérieurs, donc avaient un maximum d'occurrence de trois.

### Idéations suicidaires au premier cycle

Sur les dix-sept variables prédictrices, la régression en un bloc a permis d'identifier les sept variables qui ont le plus grand pouvoir de prédiction global de la réponse à la question sur les idéations suicidaires. Ces sept variables sont les suivantes : le sentiment de solitude (Exp(B) std<sup>44</sup> = 5,783), le fait d'avoir une orientation sexuelle bisexuelle (Exp(B) std = 2,390), la consommation de drogues « dures » (Exp(B) std = 1,991), la satisfaction quant à la qualité de son sommeil (Exp(B) std = 1,614), la consommation de cannabis (Exp(B) std = 1,557), le soutien des collègues (Exp(B) std = 1,493) et la qualité de l'alimentation (Exp(B) std = 1,409).

Les deux variables prédictrices présentant un rapport de cote standardisé<sup>45</sup> supérieur à deux ont été insérées dans le premier bloc de la régression. Les cinq variables prédictrices suivantes ont été placées dans le deuxième bloc. La régression à deux bloc a permis de constater que l'ensemble des sept variables prédictrices permettent de prédire 75,6 % des réponses correctement. Les variables prédictrices du bloc 1 (solitude et orientation sexuelle) permettent à elles seules de prédire ce pourcentage et celles du bloc deux n'ajoutent rien de plus à la prédiction.

Ainsi, le sentiment de solitude et les problématiques vécues par les personnes d'une orientation sexuelle bisexuelle seraient les axes à prioriser lors d'une intervention visant à diminuer le risque de pensées suicidaires auprès de la population étudiante de premier cycle à l'Université de Montréal.

<sup>45</sup> Voir la section 2 de l'annexe E.

### **Idéations suicidaires aux cycles supérieurs**

Sur les vingt-cinq variables prédictrices, la régression en un bloc a permis d'identifier les sept variables qui ont le plus grand pouvoir de prédiction global de la réponse à la question sur les idéations suicidaires. Ces sept variables sont les suivantes : la consommation de drogues « dures » (Exp(B) std = 25,10), la clarté de ses tâches (Exp(B) std = 5,068), le sentiment de solitude (Exp(B) std = 3,122), le soutien par les pairs (Exp(B) std = 2,257), le sentiment de pouvoir être authentique avec ses pairs (Exp(B) std = 2,145), la consommation d'alcool (Exp(B) std = 2,083) et le fait d'avoir une orientation sexuelle bisexuelle (Exp(B) std = 1,929).

Les six variables prédictrices présentant un rapport de cote standardisé<sup>46</sup> supérieur à deux ont été insérées dans le premier bloc de la régression. La variable prédictrice suivante a été placée dans le deuxième bloc. La régression à deux blocs a permis de constater que l'ensemble des sept variables prédictrices permettent de prédire 69,6 % des réponses correctement. Les variables prédictrices du premier bloc permettent à elles seules de prédire 68,8 % de ce pourcentage et celle du deuxième bloc ajoutent 0,8 % à la prédiction.

Ainsi, la consommation de drogues « dures », la clarté de ses tâches, le sentiment de solitude, le soutien par les pairs, le sentiment de pouvoir être authentique avec ses pairs et la consommation d'alcool seraient les axes à prioriser lors d'une intervention visant à diminuer le risque de pensées suicidaires auprès de la population étudiante de cycles supérieurs à l'Université de Montréal.

### **Tentatives de suicide au premier cycle**

Sur les dix-sept variables prédictrices, la régression en un bloc a permis d'identifier que seulement six variables avaient un pouvoir de prédiction global de la réponse à la question sur les tentatives de suicide. Ces six variables sont les suivantes : la consommation de drogues « dures » (Exp(B) std = 6,440), le sentiment de solitude (Exp(B) std = 6,022), le fait d'avoir une orientation sexuelle bisexuelle (Exp(B) std = 2,696), la qualité de l'alimentation (Exp(B) std = 1,998), l'appartenance à une minorité ethnique (Exp(B) std = 1,598) et le sentiment de se trouver dans une situation de précarité financière (Exp(B) std = 1,509).

Les trois variables prédictrices présentant un rapport de cote standardisé<sup>47</sup> supérieur à deux ont été insérées dans le premier bloc. Les trois variables prédictrices suivantes ont été placées dans le deuxième bloc. La régression à deux blocs a permis de constater que l'ensemble des six variables prédictrices permet de prédire 73,5 % des réponses correctement. Les variables prédictrices du premier bloc (la consommation de drogues « dures », le sentiment de solitude et l'orientation bisexuelle) permettent à elles seules de prédire ce pourcentage puisque celles du deuxième bloc n'ajoutent rien de plus à la prédiction.

Ainsi, la consommation de drogues « dures », le sentiment de solitude, et les problèmes vécus par les personnes bisexuelles seraient des axes à prioriser lors d'une intervention visant à diminuer le risque de tentatives de suicide auprès de la population étudiante de premier cycle à l'Université de Montréal.

### **Tentatives de suicide aux cycles supérieurs**

Sur les vingt-cinq variables prédictrices, la régression en un bloc a permis d'identifier les sept variables qui ont le plus grand pouvoir de prédiction global à la question sur les tentatives suicidaires. Ces sept variables sont les suivantes : le fait d'avoir une orientation sexuelle bisexuelle (Exp(B) std = 4,179), le sentiment de contribuer aux projets de son laboratoire de recherche (Exp(B) std = 3,289), l'appartenance à une minorité

<sup>46</sup> Voir la section 2 de l'annexe E.

<sup>47</sup> Voir la section 2 de l'annexe E.

ethnique (Exp(B) std = 2,938), le sentiment de solitude (Exp(B) std = 2,759), la consommation d'alcool (Exp(B) std = 2,634), le support psychologique apporté par les collègues du groupe de recherche (Exp(B) std = 2,386) et la satisfaction quant à la qualité de son sommeil (Exp(B) std = 2,213).

Les sept variables prédictrices présentent un rapport de cote standardisé<sup>48</sup> supérieur à deux. Elles ont donc toutes été insérées dans un seul bloc. La régression a permis de constater que l'ensemble des sept variables prédictrices permettent de prédire 76,6 % des personnes réponses correctement.

Ainsi, les problématiques vécues par les personnes ayant une orientation sexuelle bisexuelle et par celles appartenant à une minorité ethnique, le sentiment de contribution aux projets de son laboratoire de recherche et le support qui y est trouvé, le sentiment de solitude, la consommation d'alcool et le sommeil seraient les axes à prioriser lors d'une intervention visant à diminuer le risque de tentatives de suicide auprès de la population étudiante de cycles supérieurs à l'Université de Montréal.

Tableau 46. Variables liées aux idéations suicidaires et aux tentatives de s'enlever la vie.

Cycles d'études	Variables	Relation avec idéations	Relation avec tentatives
Tous les cycles	Sentiment de solitude	PC + CS	PC
	Orientation bisexuelle	PC	PC + CS
	Qualité de l'alimentation	PC	PC
	Satisfaction de son sommeil	PC	CS
	Perception d'être soutenu par ses pairs	PC + CS	
	Être dans une situation de précarité financière		PC
	Consommation de drogues « dures »	PC + CS	PC
	Consommation de cannabis	PC	
	Consommation d'alcool	CS	CS
	Appartenance à une minorité ethnique		PC + CS
Cycles supérieurs	Sentiment de pouvoir être authentique à l'université et dans son groupe de recherche	CS	
	Sentir qu'il ou qu'elle contribue significativement aux projets de son laboratoire ou de son équipe de recherche		CS
	Clarté de ses tâches	CS	
	Trouver du support dans son groupe de recherche		CS

<sup>48</sup> Voir la section 2 de l'annexe E.

## ANNEXE G – RELATIONS INDIVIDUELLES DE CHAQUE VARIABLE PRÉDICTRICE AVEC LES INDICATEURS DE LA SANTÉ PSYCHOLOGIQUE

Dans cette enquête, il y avait quatre types de relations individuelles à observer :

- 1) Des variables prédictrices continues qui prédisent des indicateurs de santé psychologique mesurés par des variables continues (symptômes dépressifs, détresse psychologique et *burnout*) ;
- 2) Des variables prédictrices continues qui prédisent des indicateurs de santé psychologique mesurés par des variables catégorielles (idéations suicidaires et tentatives de suicide) ;
- 3) Des variables prédictrices catégorielles qui prédisent des indicateurs de santé psychologique mesurés par des variables continues (symptômes dépressifs, détresse psychologique et *burnout*) ;
- 4) Des variables prédictrices catégorielles qui prédisent des indicateurs de santé psychologique mesurés par des variables catégorielles (idéations suicidaires et tentatives de suicide).

Les sections suivantes montrent les relations individuelles entre chaque variable prédictrice et les indicateurs de santé psychologique. Chaque type de relation requérait une analyse particulière. Ces analyses sont également présentées.

### **1) Des variables prédictrices continues qui prédisent des indicateurs de santé psychologique mesurés par des variables continues (symptômes dépressifs, détresse psychologique et *burnout*).**

Dans un premier temps, il est possible de vérifier la relation individuelle entre les variables prédictrices continues pour tous les cycles d'études (solitude, qualité de l'alimentation, satisfaction quant à son sommeil, sentiment d'être dans une situation de précarité financière, soutien des collègues), celles qui concernent uniquement les cycles supérieurs (sentiment de compétition dans le programme, stress lié à son projet de rédaction, sentiment de pouvoir être authentique avec ses pairs, niveau de difficulté de ses tâches académiques, sentiment de pression de devoir rester au laboratoire les soirs et la fin de semaine ainsi que le sentiment de contribuer aux projet de son groupe de recherche) et les indicateurs de la santé psychologique mesurés par des variables continues (symptômes dépressifs, détresse psychologique et les trois sous-échelles de l'épuisement professionnel). Pour ce faire, il suffit de regarder les corrélations individuelles et de les élever au carré pour constater le pourcentage de variance expliquée d'un indicateur de santé psychologique par une variable prédictrice. Le tableau 47 présente ces corrélations et le pourcentage de variance expliquée.

Tableau 47. Relations individuelles entre les variables prédictives et les différents indicateurs de santé psychologique mesurés par des variables continues.

Variables prédictives	Symptômes dépressifs	Détresse psychologique	Épuisement professionnel			
			Épuisement émotionnel	Dépressionnalisation	Manque d'accomplissement	
<b>Premier cycle</b>						
Solitude	$r_{xy}^{49}$ $R^2_{50}$	0,511** 26,1 %	0,520** 27,0 %	0,395** 15,6 %	0,358** 12,8 %	0,389** 15,1 %
Alimentation	$r_{xy}$ $R^2$	-0,334** 11,2 %	-0,293** 8,6 %	-0,246** 6,1 %	-0,194** 3,8 %	-0,298** 8,8 %
Sommeil	$r_{xy}$ $R^2$	-0,418** 17,5 %	-0,372** 13,8 %	-0,385** 14,8 %	-0,197** 3,9 %	-0,280** 7,8 %
Précarité financière	$r_{xy}$ $R^2$	0,213** 4,5 %	0,219** 4,8 %	0,195** 3,8 %	0,158** 2,5 %	0,158** 2,5 %
Soutien des pairs	$r_{xy}$ $R^2$	-0,320** 10,2 %	-0,311** 9,7 %	-0,227** 5,2 %	-0,307** 9,4 %	-0,422** 17,8 %
Sentiment de compétition	$r_{xy}$ $R^2$	0,154** 2,4 %	0,171** 2,9 %	0,256** 6,6 %	0,198** 3,9 %	0,012 0,0 %
<b>Cycles supérieurs</b>						
Solitude	$r_{xy}$ $R^2$	0,534** 28,1 %	0,536** 28,1 %	0,433** 18,5 %	0,345** 12,3 %	0,407** 16,8 %
Alimentation	$r_{xy}$ $R^2$	-0,316** 10,0 %	-0,308** 9,5 %	-0,267** 7,1 %	-0,201** 4,0 %	-0,282** 8,0 %
Sommeil	$r_{xy}$ $R^2$	-0,423** 17,9 %	-0,358** 12,8 %	-0,337** 11,4 %	-0,161** 2,6 %	-0,252** 6,4 %
Précarité financière	$r_{xy}$ $R^2$	0,267** 7,1 %	0,256** 6,6 %	0,252** 6,4 %	0,180** 3,2 %	0,181** 3,3 %
Soutien des pairs	$r_{xy}$ $R^2$	-0,333** 11,1 %	-0,331** 11,0 %	-0,257** 6,6 %	-0,298** 8,9 %	-0,414** 17,1 %
Sentiment de compétition	$r_{xy}$ $R^2$	0,187** 3,5 %	0,195** 3,8 %	0,235** 5,5 %	0,245** 6,0 %	0,100** 1,0 %
Possibilité d'être authentique	$r_{xy}$ $R^2$	-0,346** 12,0 %	-0,352** 12,4 %	-0,399** 15,9 %	-0,364** 13,2 %	-0,278** 7,7 %
Stress lié au projet de rédaction	$r_{xy}$ $R^2$	0,197** 3,9 %	0,204** 4,2 %	0,230** 5,3 %	0,051** 0,3 %	0,186** 3,5 %
Niveau de difficulté trop élevé	$r_{xy}$ $R^2$	0,089** 0,8 %	0,103** 1,1 %	0,213** 4,5 %	0,082** 0,7 %	0,012** 0,0 %
Pression pour rester soirs et fin de semaine	$r_{xy}$ $R^2$	0,113** 1,3 %	0,121** 1,5 %	0,106** 1,1 %	0,068** 0,5 %	0,107** 1,2 %
Sentiment de contribuer aux projets du groupe de recherche	$r_{xy}$ $R^2$	-0,119** 1,4 %	-0,140** 2,0 %	-0,187** 3,5 %	-0,184** 3,4 %	-0,131** 1,7 %

\*\* (p &lt; 0,01)

<sup>49</sup>  $r_{xy}$  signifie la corrélation entre la variable prédictive et les indicateurs de la santé psychologique.<sup>50</sup>  $R^2$  signifie le pourcentage de variance expliqué des indicateurs de la santé psychologique par la variable prédictive.

## 2) Des variables prédictrices continues qui prédisent des indicateurs de santé psychologique mesurés par des variables catégorielles (idéations suicidaires et tentatives de suicide).

Le concept de pourcentage de variance expliqué n'est pas applicable aux indicateurs de la santé psychologique mesurés par des variables catégorielles (idéations suicidaires et tentatives de suicide), car l'échelle de réponse ne varie pas de « 1 à 6 », mais se catégorise par « oui ou non ». L'équivalent serait le pourcentage de cas positif détectés, entre d'autres mots, parmi les personnes qui ont répondu « oui », quel est le pourcentage de personnes qu'on aurait pu détecter si on avait connu leur réponse au questionnaire mesurant la variable prédictrice. Pour connaître ce pourcentage, il faut faire une régression logistique et vérifier le pourcentage de cas bien prédits. Les points de coupure utilisés pour les régressions logistiques sont les pourcentages de « oui » obtenus dans l'échantillon pour les raisons expliquées à l'annexe E. Ainsi, au premier cycle, le point de coupure pour les idéations suicidaires était 8,6 % et de 1,3 % pour les tentatives de suicide. Aux cycles supérieurs, le point de coupure pour les idéations suicidaires était de 6,0 % et de 1,0 % pour les tentatives de suicide. Les pourcentages de cas positifs détectés sont présentés au tableau 48.

Tableau 48. Pourcentage de cas positifs détectés par chaque variable prédictrice prise individuellement.

Variables prédictrices	Premier cycle		Cycles supérieurs	
	Idéations	Tentatives	Idéations	Tentatives
Solitude	73,5 %	57,8 %	70,7 %	62,2 %
Qualité de l'alimentation	67,1 %	47,4 %	61,7 %	26,0 %
Satisfaction de la qualité de son sommeil	70,3 %	71,8 %	56,4 %	66,5 %
Sentiment d'être dans une situation de précarité financière	73,8 %	55,0 %	60,0 %	59,2 %
Soutien par les pairs	59,9 %	64,4 %	59,5 %	47,8 %
Sentiment d'être en compétition avec ses pairs	74,2 %	58,6 %	64,2 %	28,4 %
Sentiment de pouvoir être authentique avec ses collègues du groupe de recherche	-	-	67,7 %	62,3 %
Stress lié au projet de rédaction	-	-	60,1 %	7,6 %
Niveau de difficulté trop élevé des tâches académiques	-	-	92,0 %	46,0 %
Sentiment de subir de la pression pour rester les soirs et fin de semaine à l'Université	-	-	59,8 %	33,1 %
Sentiment de contribuer aux projets du groupe de recherche	-	-	61,7 %	53,5 %

## 3) Des variables prédictrices catégorielles qui prédisent des indicateurs de santé psychologique mesurés par des variables continues (symptômes dépressifs, détresse psychologique et *burnout*).

La vérification se fait ici en vérifiant la moyenne obtenue à chaque indicateur de la santé psychologique mesuré par une variable continue pour tous les groupes créés par les réponses données à la variables prédictrice catégorielle. Il est possible de vérifier ensuite si les différences sont statistiquement significatives.

Afin de faire ces vérifications, une ANOVA avec le test post-hoc de scheffé a permis de comparer les moyennes rapportées de tous les groupes un par un sur les indicateurs suivants : symptômes dépressifs, détresse psychologique et épuisement professionnel. Le test post-hoc de scheffé a été sélectionné puisque le nombre de personnes dans chaque groupe est très variable. Ce test étant le plus conservateur, il risque moins de commettre une erreur de type un, c'est-à-dire de signifier que la différence entre deux groupes est significative alors qu'en réalité, elle ne l'est pas.



**4) Des variables prédictrices catégorielles qui prédisent des indicateurs de santé psychologique mesurés par des variables catégorielles (idéations suicidaires et tentatives de suicide).**

En ce qui concerne ces relations, il faut regarder ici la proportion d'occurrence dans chaque catégorie créée par la variables prédictrice. Cette proportion renseigne sur le pourcentage de risque qu'une personne se trouvant dans cette catégorie réponde « oui » à la question sur les idéations suicidaires ou à la question sur les tentatives de suicide. Lorsque la proportion d'occurrence d'une catégorie est le double que celle d'une autre catégorie, on peut dire que les personnes de la première catégorie sont deux fois plus à risque que celles de la deuxième catégorie de répondre « oui ».