

## *Portrait de l'intervention psychosociale dans le réseau collégial québécois*

**Point de vue des intervenants sur leur pratique, leurs  
collaborations et sur les programmes d'accompagnement  
psychologique existants**

**Par :**  
**Benjamin Gallais**  
**Nadège Bikie Bi Nguema**  
**Alex Turcotte**



**ÉCOBES**  
RECHERCHE ET TRANSFERT  
CÉGEP DE JONQUIÈRE



CÉGEP DE JONQUIÈRE



*Portrait de l'intervention psychosociale  
dans le réseau collégial québécois*

**Point de vue des intervenants sur leur pratique, leurs  
collaborations et sur les programmes d'accompagnement  
psychologique existants**

**Par :  
Benjamin Gallais  
Nadège Bikie Bi Nguema  
Alex Turcotte**

La réalisation de ce rapport a été assurée par ÉCOBES – Recherche et transfert du Cégep de Jonquière

**CONCEPTION ET DÉVELOPPEMENT DU PROJET**

***Benjamin Gallais***

Chercheur, ÉCOBES, Cégep de Jonquière

***Senso Senso***

Coordonnateur aux affaires sociopolitiques,  
Fédération étudiante collégiale du Québec

**RÉALISATION DES ENTREVUES AUPRÈS DES PARTICIPANTS**

***Benjamin Gallais***

Chercheur, ÉCOBES, Cégep de Jonquière

**RETRANSCRIPTION, ANALYSE ET RÉDACTION DES DONNÉES QUALITATIVES**

***Nadège Bikie Bi Nguema***

Chercheuse, ÉCOBES, Cégep de Jonquière

***Alex Turcotte***

Étudiante en anthropologie, Université Laval

**INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS ET ÉCRITURE DU RAPPORT**

***Benjamin Gallais***

Chercheur, ÉCOBES, Cégep de Jonquière

**SOUTIEN À LA RECENSION DES ÉCRITS**

***Pamela Power-Gilbert***

Étudiante en psychologie, Université du Québec à Chicoutimi

**MISE EN PAGE ET ÉDITIQUE**

***Julie Tremblay***

Secrétaire administrative, ÉCOBES, Cégep de Jonquière

**Référence suggérée :** Gallais, B., Bikie Bi Nguema, N. et Turcotte, A. (2021). *Portrait de l'intervention psychosociale dans le réseau collégial québécois - Point de vue des intervenants sur leur pratique, leurs collaborations et sur les programmes d'accompagnement psychologique existants*. Jonquière, ÉCOBES – Recherche et transfert, 52 pages.

**Dépôt légal :** Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2020.  
Bibliothèque et Archives Canada, 2020.

ISBN : 978-2-924612-12-5

© 2021 ÉCOBES – Recherche et transfert - tous droits réservés

**Pour obtenir des renseignements supplémentaires, veuillez vous adresser à :**

ÉCOBES – Recherche et transfert

Pavillon Manicouagan, 6<sup>e</sup> étage

Cégep de Jonquière

2505, rue Saint-Hubert

Jonquière (Québec) G7X 7W2

Téléphone : 418-547-2191, poste 6401

Courriel : ecobes@cegepjonquiere.ca

**Projet partiellement soutenu financièrement par :**



## **REMERCIEMENTS**

La réalisation de ce rapport de recherche a été rendue possible grâce à la collaboration de nombreuses personnes. Nous tenons à remercier messieurs Senso Senso, James Boudreau et madame Victoria Pineda, à la coordination aux affaires sociopolitiques de la Fédération étudiante collégiale du Québec (FECQ), pour leur participation au comité de suivi du présent projet.

Nos remerciements s'adressent également à tous les intervenants psychosociaux qui ont accepté de participer au projet. Ils nous ont consacré de leur précieux temps et ont joué le jeu de l'honnêteté en répondant à nos questions sur leur pratique, un exercice jamais aisé.

Enfin, il faut mentionner le travail minutieux de Julie Tremblay à l'édition.



# TABLE DES MATIÈRES

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>11</b>
<b>1 MISE EN CONTEXTE.....</b>	<b>13</b>
1.1 La santé mentale chez les jeunes adultes et les étudiants du collégial.....	13
1.1.1 Détresse et anxiété chez les étudiants des cégeps québécois.....	14
1.1.2 Données primaires et secondaires du SPEC.....	15
1.1.3 L'aide obtenue pour la gestion des difficultés psychosociales.....	17
1.2 Les programmes dédiés au soutien psychosocial des étudiants.....	19
1.3 Objectifs de l'étude.....	20
<b>2 MÉTHODOLOGIE .....</b>	<b>21</b>
2.1 L'échantillon.....	21
2.1.1 Caractéristiques des établissements collégiaux participants.....	21
2.1.2 Caractéristiques des participants.....	21
2.2 La collecte de données.....	22
2.2.1 Technique de collecte.....	22
2.2.2 Recrutement des participants et déroulement des entrevues.....	23
2.2.3 Traitement des données.....	24
<b>3 RÉSULTATS .....</b>	<b>25</b>
3.1 Étudiants au cégep et santé mentale.....	25
3.1.1 Les principales raisons de consultation.....	25
3.1.2 Regard sur l'évolution des consultations au cours des dernières années.....	26
3.1.3 Facteurs positifs et défis pour une prise en charge optimale des étudiants.....	27
3.2 Les collaborations à l'interne et à l'externe.....	30
3.2.1 Relations et collaborations au sein du cégep.....	30
3.2.1.1 Au sein de l'équipe du service psychosocial.....	31
3.2.1.2 Entre les services d'aide aux étudiants.....	31
3.2.1.3 Rôle et place de l'enseignant en ce qui a trait à la santé mentale des étudiants.....	32
3.2.2 Relations et collaborations avec « la ville ».....	35
3.2.3 Relations et collaborations avec les intervenants psychosociaux du secondaire.....	38
3.3 Utilisation et appréciation des outils/ateliers/programmes existants favorisant la santé mentale des étudiants et initiatives locales.....	39

## TABLE DES MATIÈRES (SUITE)

3.3.1 Ateliers Korsa.....	40
3.3.1.1 Existence et fonctionnement des ateliers au sein de l'établissement du participant .....	40
3.3.1.2 Perception et impacts des ateliers .....	41
3.3.2 Programme Zenétudes .....	42
3.3.2.1 Les participants dont les établissements utilisent Zenétudes : fonctionnement et perceptions.....	42
3.3.2.2 Les participants dans les établissements qui n'utilisent pas Zenétudes : raisons et positions.....	43
3.3.3 Les programmes et ateliers issus d'initiatives locales.....	44
3.3.3.1 Les initiatives.....	44
3.3.3.2 Les défis.....	44
3.4 Point de vue sur les campagnes de prévention/promotion existantes sur la santé mentale.....	45
3.4.1 Au Québec.....	45
3.4.2 Au sein de l'établissement .....	46
<b>4 ÉLÉMENTS À RETENIR ET RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>48</b>
4.1.1 Éléments à retenir.....	48
4.1.2 Recommandations .....	49
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>51</b>

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau 1 Réponses à l'item : A éprouvé un besoin d'aide pour contrôler son stress – session 2 selon la situation de handicap.....	16
Tableau 2 Réponses à l'item : A éprouvé un besoin d'aide pour contrôler son stress – session 2 selon le mode de cohabitation .....	17

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1 Fonction des participants au sein de leur cégep .....	22
Figure 2 Schéma des collaborations explorées à l'interne .....	30
Figure 3 Le rôle de l'enseignement en lien avec la santé mentale des étudiants.....	35
Figure 4 Schéma des collaborations explorées avec la ville .....	35
Figure 5 Schéma des collaborations explorées avec les intervenants psychosociaux du secondaire .....	38
Figure 6 Schéma de l'ensemble des collaborations explorées dans la recherche .....	39
Figure 7 Continuum de promotion/prévention et de soin centré autour de l'étudiant .....	50



## INTRODUCTION

La présente recherche s'intéresse au regard que portent les intervenants psychosociaux œuvrant dans les cégeps québécois sur leur pratique, leurs collaborations, ainsi que sur leur utilisation des programmes de promotion, prévention et intervention développés ces dernières années spécifiquement pour des publics d'étudiants de cycle postsecondaire, tels que Korsa et Zenétudes.

Si 75 % des problèmes de santé mentale se manifestent avant l'âge de 24 ans (Kessler et al., 2007), ils sont aussi une des premières raisons pour l'hospitalisation des jeunes de 14 à 25 ans (Santé Canada, 2002). La population étudiante n'échappe donc pas à cette réalité, considérant le fait que sa majorité fait partie de ce groupe d'âge. Or, la santé mentale est intimement liée à la persévérance scolaire. Si l'on n'y prête pas attention quand elle est optimale, c'est lorsque les choses se compliquent, c'est-à-dire lorsqu'un trouble de santé mentale apparaît chez un étudiant, que l'on réalise l'ampleur de la difficulté pour le jeune de réussir en dépit de ses difficultés émotionnelles. Parfois, les difficultés de santé mentale sont directement associées à la sphère scolaire, comme c'est le cas dans l'anxiété de performance; ou plus simplement encore, dans le cas du stress des jeunes véhiculé par les études.

Plusieurs rapports du Center for Collegiate Mental Health (CCMH) démontrent une augmentation constante des symptômes d'anxiété et de dépression chez les étudiants collégiaux américains depuis au moins une décennie (Center for Collegiate Mental Health, 2015, 2019). Cette tendance est accompagnée d'une autre, celle de la constante augmentation du nombre de demandes d'aide psychosociale faites par les étudiants envers les professionnels. La proportion de la population étudiante postsecondaire québécoise qui souffre de problèmes psychologiques semble également fortement à la hausse. Malgré le fait que les cégeps disposent tous des services pour aider les élèves à surmonter des difficultés personnelles, leur uniformité est loin d'être assurée dans le réseau collégial. Plus particulièrement, la nature des services et leur fréquentation sont variables. Par exemple, certains établissements engagent certains types de professionnels en intervention (psychologues, travailleurs sociaux, infirmières, etc.) à temps plein tandis que d'autres n'en ont qu'à temps partiel ou tout simplement aucun (Gosselin & Ducharme, 2017). Lorsque ces professionnels ne sont pas disponibles, ce sont les aides pédagogiques individuels, le personnel de conseils en orientation ou d'autres spécialistes qui doivent être consultés par la personne en situation de besoin.

Dans ce contexte, le développement de stratégies de prévention et de promotion de la santé mentale, en amont, pour compléter les services d'aide psychologique, est de plus en plus considéré au postsecondaire. Celles-ci étant vues comme nécessaires par plusieurs, afin, à la fois d'atténuer les symptômes de troubles mentaux et d'en prévenir l'émergence, il est important d'en analyser le potentiel d'efficacité (CAPRES, 2018). Si certains établissements semblent avoir systématisé leur démarche de prévention ou ont embarqué dans certains programmes, d'autres non.

Comment les intervenants des services psychosociaux perçoivent leur pratique? Quels sont les défis et les obstacles à surmonter? Au contraire, quels sont leurs bons coups pour permettre une prise en charge la plus optimale possible des étudiants? Voici quelques thèmes qui ont été abordés avec des intervenants eux-mêmes et qui seront présentés dans ce rapport.

Ce document se divise en quatre parties. La première partie met en contexte les études et données relatives à la santé mentale des jeunes adultes et particulièrement des étudiants du collégial. La deuxième partie présente la méthodologie utilisée pour ce projet de recherche. La troisième partie expose les résultats du projet de recherche. Enfin, la quatrième partie se compose des principaux éléments à retenir de l'étude et des recommandations proposées susceptibles de favoriser l'aide psychosociale apportée aux étudiants des établissements collégiaux au Québec.

*N.B. : En 2021, au moment où nous rédigeons ce rapport, il est impossible de parler de santé mentale – ou de quoi que ce soit d'autre – sans évoquer la pandémie de COVID-19 qui fait encore rage dans le monde. Dans l'histoire, il y aura véritablement un avant et un après la pandémie. Il est donc primordial de préciser que tous les éléments qui constituent cette étude (recension des écrits et entrevues auprès des participants) précèdent la crise sanitaire de 2020. Cependant, nous considérons que les résultats, conclusions et recommandations qui ressortent de cette étude demeurent intéressants, même pour appréhender la situation de crise actuelle, puisqu'elle brosse un portrait de la situation, des défis et stratégies mises en place par les intervenants psychosociaux au collégial juste avant la crise.*

*N.B. : L'usage du masculin dans ce rapport a pour but d'alléger le texte et de préserver l'anonymat.*

## 1 MISE EN CONTEXTE

### 1.1 La santé mentale chez les jeunes adultes et les étudiants du collégial

Au Canada et dans toute l'Amérique du Nord, la prévalence des problèmes de santé mentale chez les jeunes et les jeunes adultes était déjà importante avant la pandémie de COVID-19 qui a secoué la planète en 2020. En effet, comme le rapporte le CCMH, en 2016 aux États-Unis, environ 1 étudiant sur 3 coterait positif pour un trouble de santé mentale présent ou pour avoir été diagnostiqué/traité pour un problème de santé mentale dans l'année précédente (Center for Collegiate Mental Health, 2019). De plus, les résultats d'une enquête réalisée auprès d'étudiants des collèges canadiens ( $n = 34\ 039$ ) démontrent que 56,5 % d'entre eux ont ressenti une anxiété envahissante au moins une fois dans les 12 derniers mois et 37,5 % se sont sentis si déprimés qu'il leur était difficile de fonctionner (American College Health Association, 2013). Fait d'autant plus inquiétant que, comme le soulignent Martineau et collaborateurs, « un problème de santé mentale vient affecter tous les aspects de la vie d'un étudiant, dont ses fonctions cognitives, son adaptation psychosociale, sa motivation et son rendement académique » (Martineau et al., 2017).

Néanmoins, « seulement » 12,3 % et 10 % ont été diagnostiqués ou traités pour des problèmes respectivement d'anxiété et de dépression. Est-ce dû au fait que les évaluations auto-rapportées chez les étudiants ont tendance à exagérer les taux de prévalence, comparativement aux évaluations faites par les cliniciens, comme le souligne le CCMH (Center for Collegiate Mental Health, 2019)? Ou est-ce plutôt dû à une offre limitée de services professionnels d'aide psychologique disponibles dans les établissements postsecondaires, comme le suggèrent Grégoire et collaborateurs (Grégoire S et al., 2016)? La même réflexion se pose quant aux résultats du Sondage provincial sur les étudiants des cégeps (SPEC) (Gaudreault et al., 2018) : sur le nombre d'étudiants ayant éprouvé des difficultés à contrôler leur stress (48,5 % des répondants), seulement 33,3 % d'entre eux ont trouvé de l'aide. Cependant, on peut aussi se demander si la difficulté à exprimer ses difficultés et à aller chercher de l'aide, phénomène bien connu de tous les professionnels de la santé mentale, n'entre pas en ligne de compte dans ces statistiques.

En ce qui concerne les données publiées spécifiques aux étudiants des cégeps et collèges québécois, elles se font plus rares. Surtout si l'on considère des données de type épidémiologique, c'est-à-dire des études considérant un échantillon suffisamment important de participants pour être considéré comme représentatif de leur population cible.

### 1.1.1 Détresse et anxiété chez les étudiants des cégeps québécois

Parmi ces études, considérons en premier lieu celle de Gosselin et Ducharme (Gosselin & Ducharme, 2017). Cette étude a été réalisée auprès de 8 cégeps québécois, répartis entre centres urbains (Québec et Montréal, n = 3) et régions périphériques (n = 8), pour un total de 12 208 participants. Selon cette étude et sur la base d'une échelle de mesure développée par les auteurs, 17,4 % des étudiants présentaient des niveaux de **détresse psychologique** significatifs. Parmi les domaines associés à la détresse, la fatigue était la plus présente (présente beaucoup ou énormément chez 42,5 % des participants). Notons que bien que la fatigue puisse être un signe de détresse, voire de dépression, elle est multicausale – elle peut en effet être associée à un trouble organique – et peut également apparaître en dehors de toute problématique, notamment comme un signe d'épuisement « normal », en période d'examens par exemple. Parmi les autres domaines liés à la détresse fréquemment rapportés par les étudiants, nous en observons deux types : 1- les domaines associés à la sphère scolaire : la pression liée à la performance scolaire (33,3 %) et les difficultés scolaires (27,5 %); 2- les domaines associés à la sphère personnelle : conflit familial (29,3 %) et rupture amoureuse (28,7 %). Au regard de **l'anxiété**, évaluée également par une échelle de mesure développée par les auteurs, 35,1 % des étudiants éprouvent souvent ou tout le temps de l'anxiété liée à de nombreux indicateurs de l'échelle de mesure. Parmi ces indicateurs, les plus nombreux sont associés à la sphère scolaire et notamment à la performance/réussite : impression de ne pas être à la hauteur de ses idéaux de réussite (40 %), peur d'échouer (38,6 %), crainte de décevoir (36,6 %), doutes quant aux capacités de réussir (33,7 %), incapacité à tolérer l'échec (28,9 %). D'autres indicateurs sont plutôt des signes de l'expression de l'anxiété, tels que la difficulté à s'endormir (35,6 %) et la difficulté à se détendre (31,5 %). En revanche, en ce qui concerne les signes physiologiques classiques de l'anxiété, leur fréquence ressentie (« Souvent » et « tout le temps ») est plus relative : nervosité ou sensation de tremblements intérieurs (25,2 %), nausées, douleurs ou malaises d'estomac (17,5 %), palpitations (18,2 %), sensation soudaine de panique (15,9 %). Ainsi, la dimension cognitive de l'anxiété (pensées négatives, ruminations excessives...) serait plus fréquente que la dimension physiologique. Ceci pourrait expliquer, au moins en partie, le différentiel entre niveaux de troubles de santé mentale autorapportés par les étudiants et nombre de demandes d'aide professionnel. En effet, non pas qu'il y est une hiérarchie de gravité des symptômes établie<sup>1</sup>, mais un jeune aurait peut-être tendance à s'alerter et à demander de l'aide davantage pour des signes plus « concrets » tels que palpitations et tachycardie que pour des signes plus discrets (mais sournois) comme le sentiment de ne pas être à la hauteur.

Si les échelles développées par les chercheurs sont d'une grande richesse sur plan clinique, elles limitent néanmoins la portée épidémiologique potentielle de l'étude. En effet, en l'absence d'échelles de mesure normées, il est difficile de comparer les pourcentages obtenus dans cette étude avec ceux d'études antérieures ou de données issues de la population générale ou encore d'autres populations spécifiques. Cependant, dans l'ensemble, cette étude constitue à ce jour la référence en matière de description des principales difficultés liées à la santé mentale chez les étudiants du collégial dans les établissements québécois.

<sup>1</sup> Nous ne pensons pas que les symptômes physiologiques soient plus « graves » que les symptômes psychologiques. Bien au contraire, les pensées négatives et ruminations sont souvent associées à une faible estime de soi, laquelle peut entraîner des troubles psychologiques graves, notamment les pensées suicidaires.

Une autre étude intéressante dans cette optique de mieux connaître l'étendue des problèmes de santé mentale chez les étudiants des établissements collégiaux québécois est le Sondage provincial sur les étudiants des cégeps (SPEC).

### *1.1.2 Données primaires et secondaires du SPEC*

Le SPEC vise « à aider les collèges et le réseau collégial à : 1) Dresser le portrait des caractéristiques de la population étudiante collégiale par collège et pour l'ensemble du réseau public; 2) Personnaliser le suivi, l'encadrement et le soutien des étudiants qui consentent à l'utilisation de leurs réponses aux questionnaires; 3) Contribuer à l'amélioration constante des services (pédagogie, affaires étudiantes, etc.) afin de maximiser la réussite éducative des diverses populations collégiales (...); 4) Produire des données pour la recherche notamment sur l'évolution des populations étudiantes et la réussite des études collégiales » (Gaudreault et al., 2018). Ce sondage correspond à 2 temps d'évaluation : « le SPEC 1, administré aux étudiants nouvellement admis au cégep à l'automne, et le SPEC 2, administré à l'hiver aux étudiants inscrits à leur deuxième session consécutive au collégial » (Gaudreault et al., 2018). Dans la version de 2016, le SPEC 1 a obtenu une participation de 11 894 répondants. Parmi les nombreux thèmes explorés, nous retrouvons la gestion du stress et notamment le besoin d'aide anticipé en lien avec la gestion du stress. Quant au SPEC 2, ce sont 4 198 répondants qui ont été évalués sur leur niveau de difficulté à gérer leur stress pendant la session et l'aide obtenu à cet égard.

Les résultats montrent que, pour l'ensemble des répondants, 29,7 % prévoient avoir grand besoin d'aide pour contrôler leur stress en début de première session (SPEC 1); avec une différence significative entre les filles (40 %) et les garçons (16 %). À la session d'hiver (SPEC 2), ce sont 48,5 % qui expriment avoir éprouvé des difficultés liées au stress; avec encore une grande différence entre les filles (61 %) et les garçons (32 %). Ces résultats indiquent donc qu'il y a plus d'étudiants qui éprouvent des difficultés liées au stress par rapport à ce qu'ils anticipent en arrivant au cégep. De plus, cette réalité existe aussi bien chez les filles que chez les garçons. En effet, si la proportion de garçons qui expriment avoir éprouvé des difficultés liées au stress est inférieure à celle des filles, elle a néanmoins doublé entre les 2 temps de l'enquête. Ainsi, la réalité du cégep – tout au moins celle de la première année – semble plus difficile que ce qui est anticipé pour certains étudiants.

Après calcul statistique, les populations spécifiques d'étudiants qui présentent un risque significatif ( $p < 0,05$ ) d'éprouver des difficultés pour contrôler leur stress sont : les étudiants en situation de handicap, avec ou sans diagnostic (61,4 %), les étudiants de première génération (56,5 %) et les étudiants inscrits aux programmes préuniversitaires (51,8 %). De plus, notons que les étudiants de 17 ans et moins ont une tendance à éprouver plus de difficultés que l'ensemble des répondants (49,3 %,  $p = 0,061$ ). Pour approfondir cette question, nous avons réalisé plusieurs analyses secondaires<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> Un consentement préalable avait été donné par les participants du SPEC lors de la réalisation de l'enquête.

Les résultats (Tableau 1) révèlent que dans les 3 catégories de situation de handicap, le pourcentage d'étudiants ayant éprouvé un besoin d'aide pour contrôler leur stress est supérieur à celui de l'ensemble des répondants (48,5 %).

**Tableau 1**  
**Réponses à l'item : A éprouvé un besoin d'aide pour contrôler son stress – session 2 selon la situation de handicap**

Situation de handicap	OUI ( %)	NON ( %)
TDA/H	57,6	42,4
Trouble d'apprentissage	56,2	43,8
Trouble de santé mentale	87,6	12,4

De plus, en croisant plusieurs variables, nous observons que parmi les étudiants en situation de handicap (ESH) qui ont reçu des services au secondaire – donc une population qui connaît, à priori, l'existence et l'importance pour eux de tels services – seulement 15,5 % ont utilisé les services aux étudiants de leur cégep pour un soutien psychologique (après 2 sessions) alors que 55,5 % d'entre eux expriment avoir encore besoin d'aide au cégep pour contrôler leur stress. Une fois de plus, il serait intéressant de connaître les raisons qui font obstacle à une utilisation plus importante des services d'aide des cégeps; ne serait-ce que pour arriver à un couplage optimal entre pourcentage de besoin d'aide exprimé et pourcentage d'aide obtenue. En effet, où doivent être mises les forces pour parvenir à un tel couplage? Dans la promotion : faire connaître les services, faire passer le message qu'il est important de demander de l'aide, briser les tabous sur l'aide psychosociale, etc.? Dans les intervenants et les interventions : augmenter le nombre de ressources, adapter les approches d'interventions pour qu'elles soient plus attractives et plus adaptées aux emplois du temps des étudiants, etc.?

Parmi les autres résultats des analyses secondaires sur les données du SPEC 2, notons que la majorité (60,5 %) des étudiants qui vivent seuls ont éprouvé un important besoin d'aide pour son contrôler leur stress lors de leur première année au cégep (Tableau 2). Il s'agit du plus grand pourcentage parmi les différents modes de cohabitation (Tableau 2). En effet, les étudiants qui cohabitent avec leur famille ont exprimé avoir moins besoin d'aide que ceux qui vivaient avec des amis ou seuls. Il est vrai que vivre seul peut augmenter, surtout chez les jeunes, le nombre de besoins et de facteurs de stress, tels que les besoins financiers, les besoins liés à l'autonomie, etc. On peut également se demander si vivre avec sa famille constitue un facteur de protection? Ainsi, si les conflits familiaux semblent être un des principaux facteurs de détresse (Gosselin & Ducharme, 2017), quand les relations sont bonnes, alors vivre près de sa famille pourrait être source de soutien émotionnel proximal. Un tel soutien diminuerait, en conséquence, les besoins d'aide de ces étudiants en matière de contrôle du stress.

Tableau 2

**Réponses à l'item : A éprouvé un besoin d'aide pour contrôler son stress – session 2 selon le mode de cohabitation**

Cohabitation lors du Cégep	OUI (%)	NON (%)
Parents	48,2	51,8
Autres membres (famille)	50,9	49,1
Conjoint/Enfants	51,1	48,9
Amis/Autres étudiants	56,5	43,5
Seul	60,5	39,5

Pour mieux répondre à cette hypothèse, nous devons nous tourner vers les travaux de recherche qui ont étudié les phénomènes de la demande d'aide et de l'aide obtenue pour faire face aux difficultés d'ordre psychosocial.

### *1.1.3 L'aide obtenue pour la gestion des difficultés psychosociales*

Comme nous le soulignons précédemment, selon les résultats du SPEC (Gaudreault et al., 2018), sur les 48,5 % des répondants collégiaux de 1<sup>re</sup> année qui disent avoir éprouvé des difficultés pour contrôler leur stress, ce sont seulement 33,3 % d'entre eux qui ont trouvé de l'aide. Bien que cette aide ait été jugée utile pour 89 % d'entre eux, ce sont 63,2 % des étudiants qui ont éprouvé des difficultés qui disaient avoir encore besoin d'aide pendant la session d'hiver. Ainsi, pris dans la totalité des répondants au SPEC 2, environ 1 étudiant sur 4,5 éprouve des difficultés liées au stress pendant sa 1<sup>re</sup> année au cégep et n'est pas aidé. La question demeure à savoir si ces étudiants ont de la difficulté à aller chercher de l'aide, ou si ce sont les établissements qui peinent à répondre à la demande. Bien que la vérité se situe certainement un peu au milieu de ces deux propositions, l'enquête ne nous donne pas cette information; de même qu'elle n'informe pas non plus sur la nature de l'aide obtenue (externe ou interne? Professionnelle ou familiale/amicale? Etc.) pour ceux qui disent en avoir obtenu. Ainsi, pour mieux répondre à ces interrogations, il faut se tourner vers l'étude de Gosselin et Ducharme (Gosselin & Ducharme, 2017).

Selon les résultats de cette étude réalisée en 2014, 72,9 % des répondants disent avoir utilisé des **ressources d'aide à l'interne** de leur cégep pour des difficultés personnelles autres que celles liées à la dimension scolaire. Parmi les ressources utilisées, notons que les professeurs (58,4 %) sont les premières, puis les aides pédagogiques (51 %); en ce qui concerne les ordres professionnels spécifiquement formés et qualifiés pour venir en aide face à des problèmes psychosociaux, leur utilisation est beaucoup moins fréquente : psychologues (6,2 %), travailleurs sociaux (6,0 %), éducateurs spécialisés (3,5 %). Fait étonnant, le recours à l'aide d'un agent de sécurité (14,4 %) est plus fréquent que celle d'un psychologue ou travailleur

social! Il faut dire que bien que les auteurs citent les principaux motifs d'utilisation des ressources d'aide (tels que « J'avais déjà consulté un service d'aide auparavant et j'avais obtenu des résultats satisfaisants », « par curiosité », etc.) évoqués par les étudiants, ceux-ci ne décrivent pas vraiment les causes ou raisons pour lesquelles ces étudiants avaient besoin d'aide; en effet, le terme « difficulté personnelle » est large et ne circonscrit pas spécifiquement des problèmes d'ordre psychosocial.

En ce qui concerne l'utilisation des **ressources d'aide à l'externe**, le portrait est « fort différent de celui des ressources internes » (Gosselin & Ducharme, 2017), aussi en termes de fréquence que de diversité des ressources utilisées. En effet, ce sont 85,1 % des répondants qui disent avoir utilisé une ressource d'aide à l'externe. Parmi les ressources utilisées, les amis et la famille l'ont été respectivement pour 72,8 % et 72,6 %. Le médecin serait la ressource professionnelle la plus utilisée (62,5 %) suivie par l'infirmière (36,7 %). En ce qui concerne les ordres professionnels spécifiquement formés et qualifiés pour venir en aide face à des problèmes psychosociaux, leur utilisation est certes moins fréquente que les professionnels précédemment cités, mais tout de même bien plus que dans les cégeps : psychologues (25 %), travailleurs sociaux (11,3 %), site d'aide en ligne (7,9 %) et ligne d'écoute (6,4 %).

Ainsi, à l'interne comme à l'externe, l'utilisation de ressources spécialisées dans la prise en charge des difficultés psychosociales demeure mineure, soit que les ressources les plus utilisées soient non professionnelles ou soit qu'elles soient non spécialistes de ce genre de problèmes. Dans les deux cas, les ressources principalement utilisées semblent être les plus accessibles et proximales (amis, famille, professeurs). Encore une fois, qu'est-ce qui explique de tels chiffres? Un manque de connaissances chez les étudiants de ces services dédiés? Un manque de moyens en termes de professionnels? Un manque de confiance ou des préjugés à propos d'une prise en charge étiquetée « santé mentale », comme le proposent Gosselin et Ducharme (Gosselin & Ducharme, 2017)? Néanmoins, comme nous le soulignons précédemment et selon le rapport annuel de 2014 du CCMH, l'utilisation des services psychologiques serait 7 fois plus importante en 2014 qu'en 1993 (Center for Collegiate Mental Health, 2015). Les problèmes grandissants en matière de santé mentale chez les jeunes du postsecondaire et son corollaire, les besoins de services psychosociaux, incitent certains acteurs à considérer les stratégies de prévention et de promotion comme LA solution à considérer (CSMC, voir CAPRES). En effet, selon l'Institut national de santé publique du Québec, « les experts s'entendent, que ce soit pour les milieux d'enseignement postsecondaire québécois ou internationaux, pour dire que les approches uniquement centrées sur le traitement de ceux qui ont des problèmes ne sont pas la façon la plus efficace ni la plus durable de favoriser la santé mentale » (Institut national de santé publique du Québec, 2017). Au contraire, pour certains auteurs, les initiatives de type prévention/promotion permettent « de rejoindre un plus grand nombre de jeunes » et « sont associées à une amélioration notable de la santé mentale et à une baisse du risque de développer des troubles. » (Martineau et al., 2017) Dans ce sens, Martineau et collaborateurs ont réalisé une recension des écrits sous forme de recension des méta-analyses et revue de littérature publiée en lien avec les interventions en prévention/promotion de la santé mentale (Martineau et al., 2017).

## 1.2 Les programmes dédiés au soutien psychosocial des étudiants<sup>3</sup>

Grâce à une recension et une analyse des méta-analyses et écrits scientifiques sur le domaine, Martineau et collaborateurs ont décrit deux grands types d'interventions qui sont les plus utilisées actuellement au niveau postsecondaire (Martineau et al., 2017) : les interventions axées sur la technologie et les interventions en face à face. Les auteurs spécifient que « ces interventions étaient surtout de nature préventive, mais comportaient néanmoins des éléments de promotion ». Concernant les interventions axées sur la technologie, ce sont les thérapies de type thérapies cognitives et comportementales (TCC) qui semblaient les plus efficaces. Bien que ce type d'interventions soient plus récentes et moins évaluées sur le plan de l'efficacité que les interventions plus « classiques », les résultats des études sont prometteurs. Du côté des interventions en face à face, une réduction significative des symptômes d'anxiété et de dépression a été observée pour les interventions de type TCC, ainsi qu'une réduction significative de l'anxiété grâce aux interventions reliées à la pleine conscience.

De plus, peu importe le type et la nature des interventions, la présence de supervision dans l'intervention est jugée importante. Ainsi, on pourrait interpréter que bien que prometteuses, les interventions basées sur la technologie seront d'autant plus efficaces si elles sont associées à une supervision, même ponctuelle. C'est le cas de certaines *web-thérapies* qui proposent des séances d'exercices et d'évaluation que l'utilisateur réalise seul sur Internet, supervisées par des séances intermittentes avec un thérapeute (en face à face ou en ligne). D'autre part, si les stratégies en psychoéducation, fréquemment utilisées dans les programmes de prévention/promotion, ne sont pas intéressantes, elles ne semblent pas apporter de véritables changements positifs chez leurs utilisateurs (Martineau et al., 2017). Pour conclure, les auteurs stipulent l'importance de « l'inclusion systématique d'exercices supervisés dans le curriculum d'un établissement pour prévenir des problèmes de santé mentale chez les étudiants » (Martineau et al., 2017). Notamment, ils soulignent « l'efficacité d'interventions reliées directement à la classe et aux programmes d'études pour accroître le bien-être et contribuer à optimiser la santé mentale des étudiants. Les interventions en classe, surtout lorsqu'elles sont supervisées, agiraient donc favorablement pour la promotion de la santé mentale, comme elles le font pour la prévention des troubles mentaux » (Martineau et al., 2017). Ces pistes basées sur des données probantes sont très prometteuses; cependant, elles soulèvent aussi certaines questions : si les interventions centrées sur la prévention et la promotion sont supposées, à moyen ou long terme, améliorer globalement la santé mentale et ainsi réduire le nombre de demandes de soutien, les intervenants psychosociaux en place actuellement dans les services d'aide sont-ils en mesure de les mettre en place? Si des stratégies en lien avec la santé mentale doivent être mises en place directement en classe, quelle est la place des professionnels *non-experts* dans leur application?

<sup>3</sup> \*Pour une liste quasi exhaustive et récente (2020) des différentes initiatives favorisant la santé psychologique au sein de la communauté étudiante collégiale et universitaire, nous renvoyons le lecteur vers le Catalogue des initiatives et des pratiques inspirantes « Cultiver la bienveillance », Centre RBC d'expertise universitaire en santé mentale (2<sup>e</sup> édition, Automne 2020). Ce catalogue recense, mais n'a pas pour objectif de critiquer les initiatives ni sur leur applicabilité ni sur leur efficacité.

### **1.3 Objectifs de l'étude**

La présente étude a pour objectif de répondre aux questions évoquées dans la mise en contexte, c'est-à-dire qu'elle donne la parole aux intervenants psychosociaux des services d'aide des établissements collégiaux en leur demandant de se positionner quant à leurs besoins, leurs défis, leurs bons coups et leur opinion sur les thèmes suivants : étudiants au cégep et santé mentale; les collaborations à l'interne et à l'externe; rôle et place de l'enseignant en ce qui a trait à la santé mentale des étudiants; utilisation et appréciation des outils/ateliers/programmes existants favorisant la santé mentale des étudiants et initiatives locales; point de vue sur les campagnes de prévention/promotion existantes.

## 2 MÉTHODOLOGIE

Cette recherche est de nature qualitative, car elle met en valeur le point de vue des personnes interrogées et aide à comprendre les choses telles qu'elles apparaissent à ces dernières (Fortin, 2010). Ce type de recherche permet de s'adapter au contexte particulier de chaque personne interrogée et de documenter des aspects inédits qui se révèlent importants.

### 2.1 L'échantillon

#### 2.1.1 Caractéristiques des établissements collégiaux participants

Pour répondre aux objectifs de l'étude, nous avons inclus des établissements collégiaux représentatifs du portrait québécois, en termes de taille et de localisation. En ce qui concerne la taille, nous nous sommes basés sur la classification proposée par Chabot, Déplanche et Maltais (2017) dans leur rapport de recherche de l'IRÉC<sup>4</sup>. Celle-ci propose de classer les cégeps en 3 catégories : petits, moyens et grands, selon le nombre de PES<sup>5</sup> brutes à l'enseignement régulier (PES ER) financées pour l'année 2015-2016. En ce qui concerne la représentativité en termes de localisation, nous avons respecté une distribution proximité/éloignement avec les grands centres (ville de Québec et Montréal).

Nous avons obtenu une certification éthique de la part de 6 cégeps. Cependant, à cause de problèmes de manque d'effectif au sein d'une équipe d'aide psychosociale, nous avons dû repousser l'inclusion de participants issus du 6<sup>e</sup> cégep. Malheureusement, la pandémie de COVID-19 ayant sévi à partir du mois de mars 2020, nous n'avons pas pu inclure de participants dans ce cégep. En effet, la situation des étudiants - et particulièrement en ce qui concerne leur santé mentale - a tellement changé à partir de ce moment que nous avons jugé bon de ne pas inclure de nouveaux participants à partir du mois de mars 2020. Ainsi, nous considérons que tous les participants ont pu faire part de leurs opinions en se basant sur une situation identique.

#### 2.1.2 Caractéristiques des participants

Ici sont présentées les principales caractéristiques des participants à l'étude ayant passé en entrevues, telles que le sexe, l'âge, la formation et l'ordre professionnel, le programme fréquenté, etc.

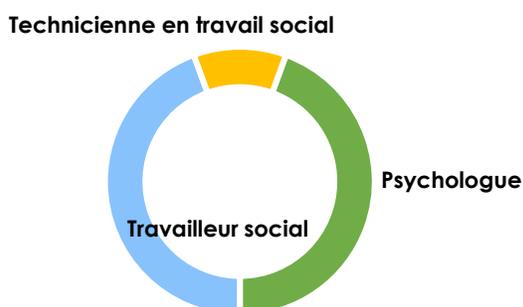
- ✓ La collecte de données a permis de recueillir des informations auprès de 9 professionnels des services d'aide psychosociale. Ils étaient majoritairement de sexe féminin (8) et minoritairement de sexe masculin (1).

<sup>4</sup> J.-P. Chabot, N. Déplanche et M. Maltais. (2017). *Le financement du réseau collégial québécois – Quelques pistes de solution*. Rapport de recherche de l'IRÉC.

<sup>5</sup> PES : La PES est une unité de calcul utilisée dans le Régime budgétaire et financier des cégeps. Elle désigne une période (1 heure), par élève, par semaine.

- ✓ La répartition entre les ordres professionnels était parfaite entre les psychologues (4) et les travailleurs sociaux (4); de plus, une (1) participante était technicienne en travail social (Figure 1). Notons que la diversité des ordres au sein de l'échantillon était volontaire et a orienté le recrutement.

**Figure 1**  
**Fonction des participants au sein de leur cégep**



- ✓ L'ancienneté des participants occupant la même fonction au sein d'un cégep (le même ou un autre cégep qui le cégep actuel) s'étendait entre 6 mois et 20 ans. La répartition de l'ancienneté était la suivante : moins d'un an (2), entre 2 et 4 ans (3), 7 ans (2), 10 ans (1) et 20 ans (1).
- ✓ En ce qui concerne le nombre total d'intervenants au service d'aide psychosociale par établissement, en équivalent temps complet (ETC), il se répartissait de la sorte : 0.6 ETC (2 cégeps), 3 ETC (1 cégep), 5.5 ETC (2 cégeps). Ceci confirme la représentativité des établissements inclus selon leur taille (petit/moyen/grand).

Il faut néanmoins spécifier que dans les services ayant 5,5 ETC d'intervenants psychosociaux, certains intervenants sont aussi responsables d'autres missions que celle du soutien psychosocial, telles que l'aide financière aux études et le volet communautaire.

## 2.2 La collecte de données

### 2.2.1 Technique de collecte

Nous avons utilisé l'entretien individuel semi-dirigé à titre d'outil de collecte de données. L'entretien individuel semi-dirigé permet aux participants de dire ce qu'ils pensent d'un phénomène, d'exprimer leur expérience, leurs convictions, leurs points de vue et leur définition des situations vécues (Demazière et Dubar, 2004).

Nous avons opté pour l'entretien semi-dirigé, car cet outil de collecte de données a permis non seulement d'orienter les discussions vers les thèmes élaborés par l'équipe de recherche, mais également de laisser la latitude nécessaire aux participants pour apporter des nuances et des explications à leurs dires si le besoin se faisait ressentir.

Le schéma d'entrevue suivait quatre axes principaux et leurs sous-thèmes: 1) étudiants au cégep et santé mentale : regard sur les principaux troubles/difficultés rencontrés par les étudiants, facteurs positifs et défis à la prise en charge optimale des étudiants et les diverses collaborations; 2) appréciation des outils/ateliers/programmes existants (Korsa et Zenétudes) et initiatives locales; 3) le rôle de l'enseignant en ce qui trait à la santé mentale des étudiants; 4) appréciation des stratégies de prévention : au Québec et dans l'établissement spécifique.

Notons que le présent projet a reçu une certification éthique pour une recherche avec des êtres humains auprès du Comité d'éthique de la recherche dans les établissements participant au présent projet.

### *2.2.2 Recrutement des participants et déroulement des entrevues*

Les participants ont été choisis sur une base volontaire en tenant compte du critère suivant : être un membre non enseignant du personnel intervenant auprès des étudiants au niveau du soutien en santé mentale. Après avoir obtenu le certificat d'approbation éthique de l'établissement, nous envoyions à l'équipe d'aide psychosocial aux étudiants une lettre de sollicitation accompagnée d'un document descriptif du projet. Sur ce document y étaient expliqués les objectifs de la recherche, les outils de collecte de données utilisés et le formulaire de consentement. Ceux qui étaient intéressés nous contactaient pour convenir d'une date et d'une heure pour les entrevues individuelles. Les entrevues individuelles étaient d'une durée approximative d'une heure. Certaines entrevues ont été réalisées entre novembre 2019 et février 2020. Certaines ont été réalisées en face à face (3) et d'autres en virtuel (6). Parmi les six entrevues réalisées en virtuel, deux (2) ont été réalisées avec l'utilisation de la caméra et quatre (4) au téléphone uniquement, selon la volonté des participants. Nous sommes conscients que la différence dans ces modalités a pu introduire un certain niveau de biais méthodologique. En revanche, la même personne (BG) a réalisé l'ensemble des entrevues, ce qui limite les biais potentiels sur cet aspect de la collecte de données. Toutes les entrevues ont été enregistrées à l'aide d'une enregistreuse audio, puis transcrite.

### *2.2.3 Traitement des données*

Pour analyser les verbatims recueillis, nous avons opté pour l'analyse de contenu thématique telle que définie par Paillé et Mucchielli (Paillé & Mucchielli, 2016). L'analyse des données suit une double posture : restitutive et analytique (Schwartz et al., 1999). Les données collectées ont été soumises à une analyse de contenu à l'aide de NVivo (version 11), un logiciel d'analyse qualitative de données. Une catégorisation des propos recueillis a été élaborée pour chacun des thèmes et sous-thèmes abordés. Le contenu de chacun des rapports a été ensuite codifié en utilisant ces catégories. Ces deux opérations, la catégorisation et la codification s'inscrivent dans une démarche itérative, privilégiant des allers-retours constants entre l'analyse et les données. Cette opération a permis de dégager les éléments significatifs soulevés par les participants et d'alimenter un travail de synthèse de l'information effectué pour chacun des aspects et sous-aspects abordés en entrevue. L'interprétation a consisté en une analyse comparative de chaque entretien au sujet de chaque thème et sous-thème afin de faire ressortir les éléments d'identification et de différenciation, des correspondances, des oppositions, des nuances, etc.

## 3 RÉSULTATS

### 3.1 Étudiants au cégep et santé mentale

#### 3.1.1 Les principales raisons de consultation

Parmi les principaux troubles de santé mentale exprimés ou rencontrés par les étudiants, les répondants notent qu'il y a majoritairement :

- ✓ L'anxiété. Elle est nommée par tous les participants comme la première raison de consultation des étudiants, ainsi que comme la symptomatologie la plus fréquemment rencontrée chez les étudiants qui consultent. Cependant, l'anxiété comme trouble est en réalité moins fréquente que ce que les étudiants expriment. Il peut s'agir en effet d'un concept très à la mode chez les jeunes, qui l'utilisent pour exprimer une symptomatologie autre, ou un problème de stress qui pourra être réglé autrement que par des approches qui sont préconisées quand il est question d'anxiété.
- ✓ Les problèmes en lien avec l'école et les situations d'apprentissages. Cités par 8 des 9 (8/9) participants. Il s'agit ici du cœur des demandes de consultation. Les difficultés varient entre un stress lié aux conditions scolaires (peur d'échouer, surmenage...) et une anxiété de performance à proprement parler. Les participants mentionnent qu'il y a notamment une forte pression scolaire sur les étudiants des programmes préuniversitaires pour avoir une bonne cote R. L'échec n'est pas quelque chose d'envisageable et son appréhension peut être source d'anxiété qui pousse un étudiant à aller consulter; bien que, dans les faits, l'échec soit le plus souvent fantasmé, c'est-à-dire qu'il n'est pas toujours basé sur une expérience antérieure concrète :

*« Je demande souvent aux étudiants de me nommer un moment où ils ont échoué, un moment où ils ont eu des épreuves à surmonter. À ma grande surprise, ces étudiants ne sont pas capables de m'en nommer un. Ce sont des étudiants qui ont 19 ou 20 ans qui n'ont jamais échoué » (extrait d'entrevue).*

De plus, quelques intervenants soulignent l'impact de la transition (secondaire-cégep, adolescence-vie adulte) sur les étudiants. En effet, l'entrée au cégep est une période où il est demandé à l'étudiant d'être plus autonome, alors qu'il n'a pas toujours ni l'expérience ni la maturité pour prendre des décisions.

- ✓ Les symptômes dépressifs, avec ou sans diagnostic. La dépression est nommée par tous les participants comme la 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> cause de consultation. Si elle est moins fréquente que l'anxiété, elle est souvent jugée par les participants comme plus grave et plus difficile à traiter.
- ✓ Les relations interpersonnelles, citées par 7 des 9 répondants. Elles concernent les difficultés relationnelles vécues par les étudiants parmi lesquelles les conflits et ruptures amoureuses (7/9), les conflits familiaux (4/9) et les interactions conflictuelles avec les pairs (7/9).

### 3.1.2 Regard sur l'évolution des consultations au cours des dernières années

La majorité des participants s'accorde sur le fait qu'il y a une augmentation du nombre d'étudiants qui viennent consulter.

« Dans les années passées, il y avait moins de demandes par année. Ça a quand même pas doublé, mais le chiffre est vraiment, vraiment plus grand qu'avant » (extrait d'entrevue).

Cependant quelques questions demeurent. En effet, un participant se demande s'il y a moins de tabous ou plus de détresse que dans les années antérieures où pour les étudiants, c'était vraiment honteux d'aller chercher de l'aide. Un autre participant se questionne si c'est l'impact de la sensibilisation qui entraîne une augmentation des consultations observée chaque année ou si cette augmentation est due au fait que l'anxiété se fait davantage ressentir.

« Est-ce qu'il y a moins de tabous ou plus de détresse? Là je ne sais pas » (extrait d'entrevue).

De plus, certains participants nomment le problème actuel de surdiagnostic. Ils mentionnent notamment que les préjudices et les conséquences d'un diagnostic peuvent être mis de côté dans le but d'avoir accès à un service.

« Et le système est fait que si t'as pas de diagnostic, t'as pas de service, feck c'est encourageant d'avoir un diagnostic » (extrait d'entrevue).

Au-delà de l'augmentation du nombre d'étudiants vivant des problèmes d'ordre psychosocial ou de l'augmentation du nombre de demandes pour des raisons telles que la « démocratisation » de la consultation psy par exemple, plusieurs participants évoquent une complexification des cas. En effet, ils relatent des cas plus nombreux aujourd'hui de troubles de la personnalité ou d'épisodes délirants et donc un travail plus proche de celui de la psychiatrie que par le passé.

Enfin, soulignons que plusieurs participants ont noté une constante augmentation du nombre de demandes de soutien de la part des garçons. Ce phénomène irait de pair avec la tendance à ce que les tabous relatifs à la demande d'aide psychologique commencent à tomber. Les campagnes de promotion et de prévention en santé mentale contribuent potentiellement à ce phénomène; cette thématique sera traitée ultérieurement dans ce rapport.

### 3.1.3 Facteurs positifs et défis pour une prise en charge optimale des étudiants

À la question portant sur le sentiment d'être en mesure d'aider l'ensemble des étudiants qui en font la demande, les réponses des participants furent de deux ordres : les aspects quantitatifs et les aspects qualitatifs.

Du point de vue quantitatif, presque tous s'accordent sur **le manque de ressources professionnelles** (9 participants sur 9). Ceci constitue le principal défi exprimé par les intervenants. Un intervenant témoigne par exemple qu'il travaille tout seul et que cela rend la situation très difficile, puisque cela l'amène à jouer plusieurs rôles au sein de l'établissement. Un autre encore dit qu'il a plusieurs chapeaux et il trouve difficile de changer rapidement de chapeau : de voir un étudiant en situation de crise, d'aller faire une activité communautaire, puis d'aller faire des lectures pour un développement de projet.

« On joue pas mal tout le temps dans le vite vite vite » (extrait d'entrevue).

« Quand on est tout seul, on porte tous les mandats : la prévention du suicide, la journée collégiale sur la santé mentale, les activités de sensibilisation, violences sexuelles, Zenétudes... » (extrait d'entrevue).

Cela fait aussi en sorte que les intervenants ne soient pas en mesure de répondre à tous les étudiants. Un intervenant rappelle par exemple qu'il y a dans son service une liste d'attente de 50 demandes alors que chaque intervenant ne peut rencontrer qu'environ 5 à 6 étudiants.

« On est vraiment débordé et ça c'est sans penser aux situations de crise qui arrivent » (extrait d'entrevue).

« Je ne pense pas qu'on déborde, je pense plus qu'on manque de temps. » (extrait d'entrevue).

Parfois, cette situation amène à faire des choix vraiment difficiles entre écourter un suivi pour un étudiant qui aurait besoin d'un suivi plus long ou ne pas répondre à la liste d'attente. Cela peut rendre les intervenants très inconfortables :

« J'ai l'impression que si on ne répond pas à la liste d'attente les conséquences elles peuvent être graves » (extrait d'entrevue).

« On n'a pas le mandat de sauver les gens, mais quand même... » (extrait d'entrevue).

Tandis que parfois le choix revient plutôt à l'administration, même si, pour l'intervenant, la décision est d'autant plus difficile à accepter :

« L'automne de l'année dernière au mois de novembre, je n'avais plus de place et compte tenu de mon horaire je ne pouvais plus en prendre. Alors, soit l'administration augmentait mon taux horaire soit je ne prenais plus d'étudiant. L'administration a décidé que je ne prenais plus d'étudiants. Ils ont été référés au CLSC » (extrait d'entrevue).

Finalement, seul un participant a dit qu'il n'y avait pas de liste d'attente dans son service. Fait notable, il s'agit d'un intervenant qui est seul dans son service d'aide psychosociale, qui a pris ses fonctions il y a moins de deux ans et dont le service n'existait pas dans le cégep avant sa prise de fonction. Ainsi, le participant admet que le fait que le service n'est pas encore très connu des étudiants et des enseignants puisse expliquer pourquoi il n'y a pas encore de liste d'attente.

Il est important de souligner que cette surcharge peut susciter une certaine détresse chez les intervenants, surtout chez ceux qui sont seuls dans le service d'aide psychosocial.

« Hier il y a un étudiant qui s'est présenté, qui n'était pas vraiment bien. Moi je suis toute seule, j'étais en rencontre. Je ne peux pas absorber si je n'ai pas de place. Je trouve ça vraiment difficile » (extrait d'entrevue).

« L'année passée ce n'était vraiment pas drôle. J'ai eu peur de vivre un épuisement. J'arrivais le matin le stationnement était vide. Je repartais le soir le stationnement était vide. Et ça c'était à tous les jours » (extrait d'entrevue).

Mais, d'un autre côté, dans les plus « grosses équipes », si ce n'est pas le sentiment qui prévaut, l'équilibre peut sembler précaire et les conséquences émotionnelles pour l'intervenant peuvent être tout aussi présentes. Un participant mentionne qu'ils sont fatigués, puisqu'il arrive souvent qu'ils manquent de personnel, lorsque certains partent en congé pour épuisement professionnel ou que certaines collègues sont enceintes (et pas remplacées) et délaissent des tâches comme l'intervention de crise. Ce participant mentionne que ça devient anxiogène, comme les notes à prendre en vitesse en fin de journée après avoir rencontré les étudiants.

« Je me ramasse avec les tâches de plus d'intervention de crise à ce niveau-là, mais j'ai pas de diminution au niveau de mon communautaire, donc je le tasse. Mais en même temps ça devient démotivant pis dévalorisant » (extrait d'entrevue).

« Ça aussi [les collègues en congé, non remplacés] ça augmente notre charge de travail. Pis ça augmente aussi notre manque de motivation. Ça fait comme bof... c'est quoi... on n'est pas important ? Ça vient jouer au niveau de notre santé mentale à nous aussi. Ça vient jouer au niveau de la fatigue. Moi je suis brûlée dans ces temps-ci. Ça fait plusieurs fois que je me dis « oupelaille » je suis pas sûre je vais continuer de même jusqu'au mois de mai, je suis pas certaine » (extrait d'entrevue).

D'un point de vue plus qualitatif, un nombre important de participants (8\9) affirment ne pas être habitués à travailler avec certaines **nouvelles clientèles ou avec certains types de problématiques plus spécifiques**, tels que : les étudiants avec troubles du spectre de l'autisme, les étudiants de la formation continue, les étudiants internationaux, les étudiants qui font un retour aux études, des étudiants avec des cas diagnostiqués (TDA/H, troubles d'adaptation, troubles de personnalité, troubles de la personnalité limite, etc.).

« On a quand même cru remarquer au fil des années que les cas étaient comme un peu... de plus en plus lourds, donc diagnostic multiple, comorbidité, plus peut-être de diagnostic de TPL, par exemple » (extrait d'entrevue).

« Je pense qu'on est outillé comme généraliste, mais il y a des problématiques ou des éléments, vu qu'on est des généralistes, on n'est pas habitué de travailler avec un type de clientèle ou un type de problématique, et donc dans certaines situations on peut être un peu plus embêtés » (extrait d'entrevue).

Cette évolution des cas rencontrés, dans le sens d'une plus grande complexité (voir 3.1.2), amène parfois l'intervenant à considérer son travail comme un travail de première ligne de CLSC, c'est-à-dire de devoir porter un diagnostic sur des situations qui vont bien au-delà de problématiques de santé mentale en lien avec les études.

« Ce que je fais ressemble à un travail de 1<sup>re</sup> ligne au CLSC » (extrait d'entrevue).

Cependant, ce défi est relativement bien dépassé grâce à l'accès à la **formation continue**. En effet, l'ensemble des intervenants (9\9) souligne spontanément le fait d'avoir accès à la formation. Ces formations sont diverses : supervision payée par le cégep, formation avec l'Institut de thérapie cognitive comportementale, webdiffusions, formation obligatoire de l'ordre des travailleurs sociaux, formations sur l'autisme, le langage conceptuel, l'anxiété, les fonctions exécutives, l'autochtonie, formation sur la clientèle TSA, etc.

« Je trouve qu'on a quand même beaucoup de formations qui peuvent nous aider à justement être capables de mieux répondre à l'ensemble des besoins » (extrait d'entrevue).

D'autres types de soutien positif cités par les intervenants sont : le Réseau intercollégial des intervenants psychosociaux (RIIPSO) – qui permet autant la verbalisation des défis rencontrés auprès des pairs que l'accès à certaines formations, la supervision, des collaborations harmonieuses au sein du service psychosocial et entre les services (API, services adaptés, conseillers en orientation) et une personne-ressource qui fait de la coordination en s'assurant que les services donnés sont cohérents entre les différents services (3\9).

Fait notable, si **la communication et les collaborations** au sein et entre les services sont des éléments qui peuvent favoriser la prise en charge des étudiants, elles peuvent aussi être un frein important, quand elles sont déficientes. Il semble donc que cet élément soit central dans le fonctionnement d'un service psychosocial; c'est la raison pour laquelle nous y consacrons un chapitre.

### Éléments à retenir pour la section

- ✓ Le nombre de demandes semble en constante augmentation et les cas semblent se complexifier.
- ✓ Le manque de ressources est criant, autant pour les interventions que toutes les autres tâches, telles qu'établir des collaborations et le travail de promotion/prévention.
- ✓ Peu importe la taille du cégep, le ratio nombre d'étudiants/intervenants n'est jamais optimal.

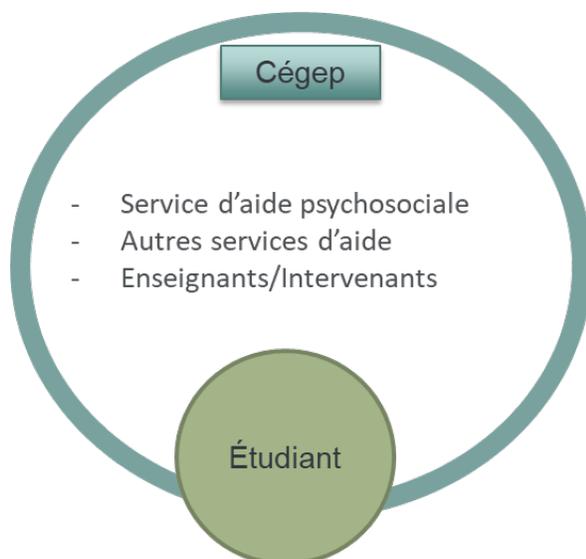
## 3.2 Les collaborations à l'interne et à l'externe

Comme souligné précédemment, les collaborations au sein de l'établissement d'enseignement ont été abordées par de nombreux intervenants et cela spontanément, lorsque la question sur les éléments favorisant ou faisant obstacle à une prise en charge optimale des étudiants fut abordée. Dans ce contexte de l'entrevue, la répartition fut parfaite entre les éléments favorables (3/9) et les obstacles (3/9).

Par la suite, nous posons explicitement des questions au regard des liens entretenus par les participants avec les intervenants psychosociaux de ville (public et privé), avec ceux des établissements scolaires du secondaire, ainsi que sur les liens et le rôle des enseignants en ce qui a trait à la santé mentale des étudiants.

### 3.2.1 Relations et collaborations au sein du cégep

**Figure 2**  
**Schéma des collaborations explorées à l'interne**



### 3.2.1.1 Au sein de l'équipe du service psychosocial

En ce qui concerne les relations au sein de l'équipe psychosociale (pour les cégeps où il y a plus d'un intervenant), il ressort un besoin de bonne communication, une nécessité de se consulter régulièrement et de faire du codéveloppement.

### 3.2.1.2 Entre les services d'aide aux étudiants

Pour ce qui est des relations avec les autres services d'aide aux étudiants (notamment API, services adaptés, conseillers en orientation), le plus important semble être de renforcer les liens pour aider au mieux les étudiants. Cela passe notamment par une **harmonisation des pratiques** pour ne pas dédoubler les pratiques. Un tel dédoublement peut à la fois faire perdre du temps aux intervenants - ce qui est négatif compte tenu de la charge de travail de chacun - et à l'étudiant - ce qui est négatif compte tenu aussi de sa charge de travail, mais aussi, car il peut se démotiver dans sa démarche de demande d'aide. Sur le plan *clinique*, un tel dysfonctionnement institutionnel pourrait rejouer des conflits latents vécus par l'étudiant au sein du couple parental, ce qui pourrait aggraver son mal-être; encore, un étudiant avec un trouble de la personnalité limite pourrait « profiter » d'un tel manque de communication pour mettre en échec les services d'aide déployés.

« Pour moi, c'est primordial qu'on soit multi, qu'on travaille en interdisciplinarité, qu'on se parle pour un même individu » (extrait d'entrevue).

« Les services adaptés réfèrent des étudiants aux services psychosociaux et vice versa. Par contre, il n'y a pas de rencontre avec les services adaptés, donc je ne sais pas si les services adaptés dépassent leurs tâches en intervenant au niveau psychosocial » (extrait d'entrevue).

« J'ai organisé des rencontres entre les services psychosociaux, les services adaptés et les API dans le but d'aider au mieux les étudiants, puisqu'il y en a qui consultent tous les services » (extrait d'entrevue).

Exemple de bonne pratique relatée par un participant : Pour un étudiant qui a un diagnostic et qui est inscrit aux services adaptés, si les causes de sa consultation aux services psychosociaux sont dans l'organisation de ses études, il pourrait être référé aux services adaptés pour l'aider à gérer les difficultés qui lui causent du stress, par exemple. Dans ces circonstances, le participant réfère les étudiants, tout en spécifiant que les services psychosociaux restent disponibles si les étudiants en ont besoin. Si le participant rencontre un étudiant qui fréquente déjà les services adaptés, il prend un rendez-vous avec l'autre intervenant pour prendre connaissance de ce qu'il fait et de ce qu'il peut faire pour la situation, pour voir jusqu'où il peut aller dans son intervention.

Dans ce contexte, un facteur facilitant nommé par plusieurs participants est la présence d'un professionnel qui assure la coordination et qui puisse faire le pont entre le service psychosocial et les services adaptés. Selon le contexte de chaque cégep, soit la présence d'un tel professionnel était soulignée comme un élément

important par le participant, soit son absence était déplorée. Un participant regrettait, cependant, que son coordinateur « s'occupe davantage des services adaptés que des services psychosociaux » (*extrait d'entrevue*). Selon certains intervenants, l'idée d'un.e coordinateur/trice est partie du constat qu'une problématique ne peut pas être divisée entre les services adaptés et les services psychosociaux. Si une personne a un diagnostic pour des accommodements scolaires, il risque également d'y avoir des difficultés psychosociales. Le poste de coordination sert à faire des évaluations multidisciplinaires, à ne pas diviser les services et à référer aux bons services.

*« Avec une nouvelle coordination, je pourrai m'assurer que les services donnés sont cohérents, que tous les intervenants sont dans la même perspective et que leur orientation est la même. J'ai l'impression que je vais pouvoir donner un meilleur service avec la nouvelle coordination. La coordination s'occupera également des services adaptés. Ça permettra de faciliter les interventions et d'assurer un suivi avec les étudiants qui fréquentent aussi les services adaptés. Le fait de voir ces étudiants peut créer des doublons. Le fait d'avoir une nouvelle coordination aidera à ce que cela ne se produise pas » (extrait d'entrevue).*

### *3.2.1.3 Rôle et place de l'enseignant en ce qui a trait à la santé mentale des étudiants*

Les enseignants ont été nommés spontanément par deux participants, en ce qui concerne les défis auxquels font face les intervenants psychosociaux pour aider l'ensemble des étudiants qui ont fait la demande. Dans ces deux cas, il s'agissait d'un problème de référence des étudiants vers les services psychosociaux. Dans la première situation, le participant soulignait qu'il y a beaucoup de références faites par des enseignants pour des motifs qui ne sont pas nécessairement en lien avec les motifs psychosociaux : les enseignants ciblent que les étudiants ont des besoins, ils leur suggèrent fortement d'aller consulter, avant la réalisation d'un stage, par exemple, mais « les services psychosociaux ne peuvent pas aider quelqu'un qui n'est pas là sur une base volontaire. Cela crée un engorgement, puisque la personne va à une rencontre, ne souhaite pas y être et n'y retourne pas » (*extrait d'entrevue*). Dans le deuxième cas, le participant exprimait l'idée que certains professeurs ont de la difficulté à s'adapter à l'évolution du mode de fonctionnement des services et réfèrent les étudiants directement à un professionnel. Cependant, l'étudiant doit tout de même passer par l'évaluation et ne sera pas nécessairement vu par le professionnel auquel il a été référé.

Dans ce dernier cas, on voit bien comment le problème pourrait être facilement levé par une meilleure communication du mode de fonctionnement vers les enseignants. Cependant, le problème n'est-il pas plus profond? Pour y répondre, nous avons interrogé les participants sur ce qu'ils pensent du rôle et de la place de l'enseignant en ce qui a trait à la santé mentale des étudiants.

Plusieurs participants (8\9) pensent que chacun doit rester dans son domaine d'expertise, en ce sens l'enseignant ne peut pas devenir l'intervenant. Autrement dit, la santé mentale des étudiants n'est pas le mandat spécifique des enseignants.

« Le rôle de l'intervention va à l'intervenant » (extrait d'entrevue).

Pour les participants il est important que les enseignants évitent de commencer une relation d'aide avec les étudiants.

« Là où c'est plus dangereux, ce sont les profs qui ne nous les réfèrent pas et qui se mettent à être des intervenants pour des situations de crise suicidaire » (extrait d'entrevue).

En effet, un participant souligne que, lorsqu'un enseignant s'engage dans une relation d'aide, il se met dans une situation dont il sera difficile de se défaire, puisque l'étudiant aura envie d'aller voir constamment un seul enseignant et de lui parler de sa vie intime. Un autre souligne que dans une situation d'aide, il arrive que les enseignants donnent leurs coordonnées aux étudiants et le regrettent par la suite, lorsque l'étudiant les contacte fréquemment. Aux dires des participants, les enseignants ont de la bonne volonté, ils donnent des conseils qui ont certainement du sens, mais leurs conseils ne sont pas nécessairement aidants. Cette façon de faire peut avoir, aux dires des participants, des conséquences négatives. Le rôle de l'enseignant serait plutôt d'avoir un bon climat dans leurs classes et de faire en sorte que tous les étudiants se sentent à l'aise, ce qui, en soi, est déjà une action de promotion de santé mentale.

Cependant, une grande majorité des participants (7/9) pense que le rôle de l'enseignant doit aller plus loin. En effet, ils pensent que le rôle des enseignants est celui de mentionner à l'étudiant qu'il a des doutes sur sa santé, de parler avec des intervenants spécialistes. Ce sont ces enseignants qui vont détecter les étudiants les plus à risque. Autrement dit, le rôle de l'enseignant est aussi celui de **repérer et référer** aux bonnes ressources un étudiant qui est inconfortable.

« Le rôle de l'enseignant est d'être vigilant, être à l'affût. S'il se rend compte qu'il y a quelque chose qui cloche, ne pas attendre, référer rapidement » (extrait d'entrevue).

« Un prof a à enseigner, mais aussi s'il détecte quelque chose chez l'étudiant, il doit pouvoir transmettre l'information à la personne-ressource » (extrait d'entrevue).

À ce sujet, plusieurs participants (4/9) notent que les enseignants pourraient être mieux formés pour le repérage, parce que certains enseignants n'ont pas les connaissances. Ce manque de formation peut être délétère pour les étudiants (détresse non repérée, ou, au contraire, sonnette d'alarme tirée au moindre signe des étudiants – certains participants parlent d'un état de panique chez les enseignants face à certains signes de détresse des étudiants) comme pour les enseignants eux-mêmes (se sentir désarmé face aux signes de détresse).

« Les enseignants pourraient être formés sur certains signes, certains symptômes, les façons d'approcher l'étudiant. Avoir des formations sur c'est quoi l'anxiété » (extrait d'entrevue).

« Certains enseignants sont un peu en état de panique et orientent un peu facilement ou rapidement » (extrait d'entrevue).

À ce propos, deux intervenants ont évoqué le programme Sentinelle en prévention du suicide et la formation qui va avec. Pour l'un d'entre eux, il doutait sur la formation que ces personnes pouvaient réellement recevoir. Pour le second, au contraire, les enseignants qui suivent cette formation sont souvent les mieux outillés. Il pense d'ailleurs que lorsque les nouveaux professeurs arrivent, quelque chose devrait être fait, comme une meilleure publicisation de la formation.

De manière moins fréquente certes (2/9), quelques participants ont toutefois stipulé que le rôle de l'enseignant est également **d'être un modèle**, un soutien à l'estime de soi des étudiants; c'est-à-dire des personnes qui font rayonner les étudiants et les aident à se découvrir. L'enseignant serait un modèle même dans sa façon d'être lui-même, de se comporter, dans sa façon de respecter les limites. En effet, les enseignants influencent la santé mentale des étudiants, positivement ou négativement en raison de leur rôle et leur position.

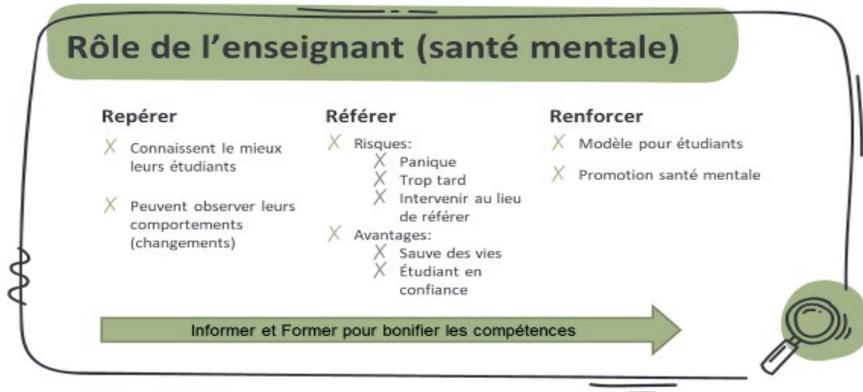
« L'enseignant peut renforcer ou détruire l'estime de soi de son étudiant » (extrait d'entrevue).

Pour d'autres encore (2/9), le rôle de l'enseignant est de **promouvoir** la santé mentale en en parlant au même titre qu'on parle de santé physique, pour briser le « tabou » qui règne autour de la santé mentale.

« [Entendre parler de santé mentale dans un cours], cela peut faire une différence dans vie d'un étudiant » (extrait d'entrevue).

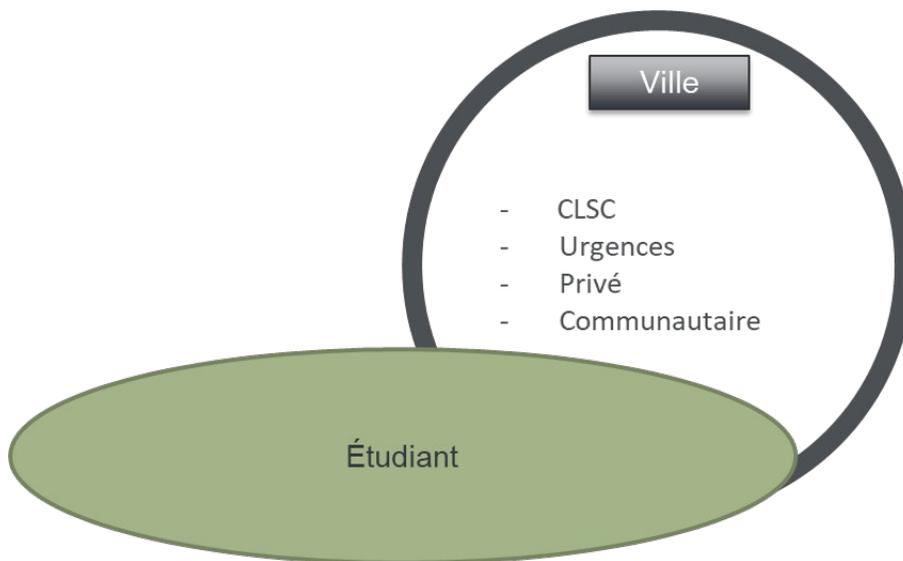
Sur la base de ce qui a été écrit précédemment, nous proposons de résumer les propos recueillis chez les participants par le modèle des 3 R : Repérer – Référer – Renforcer (Figure 3).

**Figure 3**  
Le rôle de l'enseignement en lien avec la santé mentale des étudiants



### 3.2.2 Relations et collaborations avec « la ville »

**Figure 4**  
Schéma des collaborations explorées avec la ville



Concernant les relations entre les intervenants psychosociaux des cégeps et ceux de ville, la plupart des participants (7/9) évoquent des difficultés. Parmi ces difficultés on retrouve notamment les problématiques avec les **CLSC** (6) :

- ✓ Le manque de communication entre le CLSC et le cégep en ce qui a trait au bon suivi de l'étudiant. Ici, certains participants notent qu'il est difficile de faire un bon suivi lorsque l'étudiant consulte un autre professionnel qui ne leur transmet pas les informations qui pourraient aider leur intervention.

- ✓ Difficultés à joindre quelqu'un pour une référence.

« Il y a beaucoup de points de service. On s'adresse aux numéros et là on nous renvoie à d'autres services. C'est comme la maison des fous d'Astérix. C'est vraiment plus compliqué » (extrait d'entrevue).

- ✓ Absence de pérennité dans les relations établies entre le cégep et le CLSC. Ces relations sont dues au bon vouloir des individus et sont sujettes à disparaître lorsque les personnes quittent leur poste.
- ✓ Pas de retour de la part du CLSC quand un étudiant fait une tentative de suicide, même quand celui-ci est suivi par le service psychosocial du cégep.
- ✓ Tendance du CLSC et des médecins à orienter vers le cégep en première intention, même quand il s'agit de difficultés lourdes qui nécessitent un suivi à long terme.

« J'ai entendu des étudiants dire : je suis allé au CLSC, on n'a pas gardé ma demande parce que j'avais accès à un suivi ici au Cégep. Mais, souvent, c'est moi qui les ai référés là-bas parce que je disais qu'ils avaient besoin de plus. On se renvoie la balle, là » (extrait d'entrevue).

- ✓ Délais de traitement du CLSC qui peuvent être très longs.

Possibilités de suivis insatisfaisantes du CLSC. À ce sujet, un participant témoigne du cas d'une étudiante qui a fait une tentative de suicide et qui a été amenée à l'urgence. Elle a été vue 4 rencontres par l'intervenant de l'hôpital. À la fin de ces 4 rencontres, l'étudiante ne pouvait plus avoir de suivi et était sur une liste d'attente aux urgences. Et elle ne pouvait avoir de rendez-vous avant les 6 à 8 prochains mois.

« Bonne chance si c'est pour une question de santé mentale, ça n'a pas de bon sens. Et si t'as besoin d'une médication t'es vraiment mal pris » (extrait d'entrevue).

Du point de vue du ressenti des participants, c'est le sentiment d'être une seconde ligne du réseau de la santé mentale qui prône; c'est-à-dire que les difficultés à orienter les étudiants dans le réseau peuvent amener un intervenant de cégep à prendre en charge des étudiants avec des problématiques de type psychiatrique, au moins pendant un certain temps.

« Là où je me sens démunie, c'est quand cela dépasse mes compétences et que ça prend un psychologue ou un psychiatre et je ne peux pas référer, car [dans ma région] il n'y a pas de service » (extrait d'entrevue).

Cependant, une bonne proportion de participants (6\9)<sup>6</sup> affirme aussi qu'il existe une bonne collaboration avec les intervenants psychosociaux de la ville.

<sup>6</sup> Il est normal que la somme des participants évoquant des difficultés et de bonnes collaborations dépasse celui du nombre total des participants à l'étude. En effet, certains participants ont évoqué qu'ils pouvaient vivre des relations à la fois de type positif et négatif.

Pour eux, il y a beaucoup de possibilités de services à l'externe : par exemple le centre de crise au CLSC, qui facilite le suivi avec l'étudiant; les centres de réadaptation en dépendance; les GMF.

« Quand j'ai un étudiant qui est suicidaire, j'appelle toujours pour valider mon estimation, la dangerosité suicidaire. En même temps, ils vont parler à la personne. Ils font habituellement une relance : "je te rappelle ce soir à telle heure pour voir comment ça va" » (extrait d'entrevue).

Certains participants (2\9) mettent de l'avant l'existence d'un partenariat avec le CLSC à travers l'existence d'un réseau intégré de services avec le CLSC. Il s'agit d'un endroit où l'on s'adresse directement à l'infirmière de liaison en santé mentale. De plus, il y a un médecin qui peut voir les étudiants. Ceci n'a pas été nommé par le participant, mais nous pensons qu'il puisse s'agir des Aires ouvertes, un modèle qui commence à susciter l'intérêt.

Que des collaborations existent ou non, les participants sont conscients que la situation est également difficile dans le réseau hospitalier.

« Tant que tout le monde va être débordé et que le système de santé va fonctionner de même, ça va être difficile de changer quelque chose » (extrait d'entrevue).

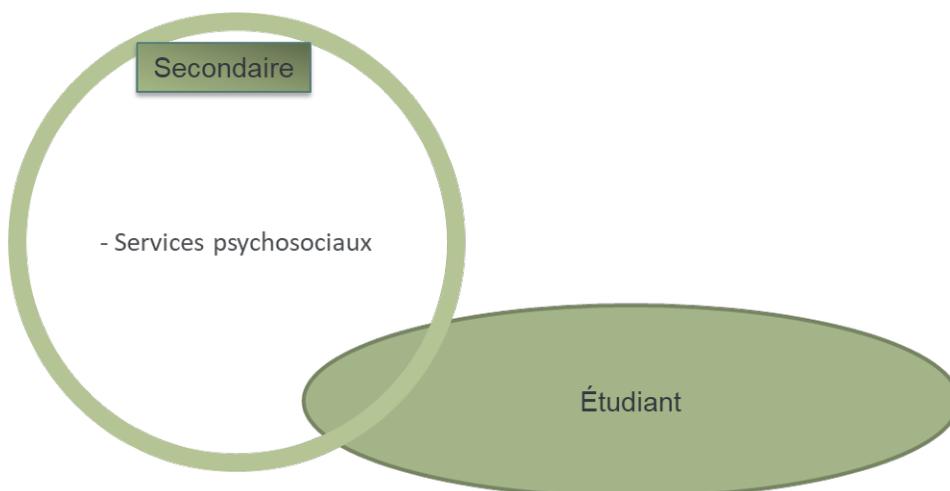
D'autre part, les collaborations avec les **services communautaires** sont toujours nommées positivement par les participants. Dans les secteurs urbains, le principal défi concernant cette relation est de tous les connaître. Inversement, dans les régions plus éloignées, des relations de proximité peuvent exister, mais tous les services ne sont pas couverts. Certains participants estiment d'ailleurs qu'il serait bon de mettre l'emphase sur la découverte des organismes communautaires existants et le développement de leurs collaborations.

« On s'assure d'avoir un filet social qui est solide parce que comme on peut pas assurer sur tous les plans, on réfère régulièrement » (extrait d'entrevue).  
« Il y a beaucoup de services et le défi est de les connaître et de s'y démêler. On est dans une grande ville entourée de services communautaires, publics et privés. Ce qui est complexe, c'est qu'il y a de l'attente partout » (extrait d'entrevue).

Finalement, peu de participants ont évoqué spontanément les liens avec le **secteur privé** (notamment les psychologues). Peut-être parce que les questions portaient davantage sur les collaborations que sur l'utilisation des services? Cependant, sur sollicitation, presque tous les participants sont unanimes pour dire qu'ils peuvent référer des étudiants ou conseiller à leurs étudiants d'aller consulter dans le privé. Néanmoins, des problèmes de délai sont rapportés également dans ce milieu. Pour ce qui est des régions éloignées, certains participants ont évoqué la pénurie de psychologues au privé; dans les grands centres, ils seraient débordés; ainsi, dans les deux cas les listes d'attente peuvent être de plusieurs mois.

### 3.2.3 Relations et collaborations avec les intervenants psychosociaux du secondaire

**Figure 5**  
**Schéma des collaborations explorées avec les intervenants psychosociaux du secondaire**

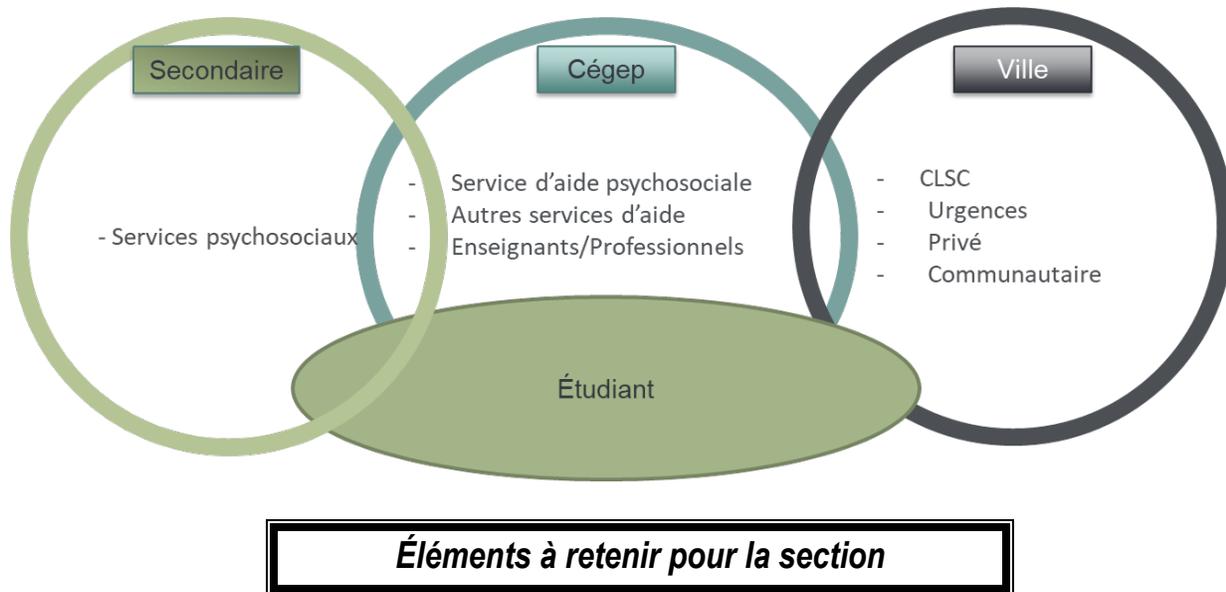


Ici, notons que cette thématique fut soumise aux participants par une question directe : « Quels sont vos liens avec les intervenants du secondaire »?

Quatre (4/9) participants ont répondu **ne pas avoir de lien** et n'ont pas élaboré davantage. Certains participants (4/9) ont déclaré ne pas avoir de lien avec les intervenants du secondaire, mais font remarquer qu'il n'y a pas de transmission de dossier des étudiants du secondaire qui continuent leurs études au cégep. Pour ces intervenants, il serait intéressant que les informations des élèves ayant été suivi au secondaire leur soient transmises dans le but de faciliter leur arrivée au cégep, de savoir aussi ce qui a été fait avant par les intervenants dans le but de mieux adapter leur intervention. Ces participants souhaiteraient également que, depuis le secondaire 5, les élèves soient informés de l'existence des intervenants au cégep. Un (1/9) participant affirme communiquer régulièrement avec les intervenants du secondaire au sujet des dossiers, des antécédents et des outils déjà donnés à l'étudiant. Il souligne l'importance et le bienfondé de cette démarche sur sa pratique. Ce participant note tout de même que certains étudiants refusent que l'intervenant ait accès à leur dossier antérieur.

Ainsi, plusieurs participants affirment n'avoir tout simplement jamais pensé à la possibilité d'une telle démarche. D'autres affirment y avoir songé, mais s'être freinés à cause de la confidentialité. Pourtant, après réflexion, demander l'accord de l'étudiant pour prendre contact avec l'intervenant du secondaire ne serait pas si complexe. Bien que cela requiert encore du temps, les bénéfices pourraient être significatifs; les propos du participant qui est en collaboration avec les intervenants du Secondaire semblent le présager.

**Figure 6**  
**Schéma de l'ensemble des collaborations explorées dans la recherche**



- Les relations et collaborations semblent être un élément central de la capacité d'aide apportée aux étudiants. Quand elles sont existantes et harmonieuses, elles permettent de diminuer les listes d'attente et de proposer aux étudiants des prises en charge de longue durée et spécifiques (troubles spécifiques et complexes). Ainsi, elles contribuent à une prise en charge optimale.
- La mise en place de corridors de soins, clairs et pérennes, notamment pour référer rapidement des étudiants vers les services hospitaliers (urgence et CLSC) semble être une priorité pour permettre une prise en charge plus optimale de la santé mentale des étudiants et une réduction des listes d'attente dans les cégeps.

### **3.3 Utilisation et appréciation des outils/ateliers/programmes existants favorisant la santé mentale des étudiants et initiatives locales**

Actuellement, le développement de stratégies de prévention et de promotion de la santé mentale, en amont, pour compléter les services d'aide psychologique, est de plus en plus considéré au postsecondaire. Ces stratégies considèrent la mise en place d'interventions précoces (CSMC, 2012) visant aussi bien les étudiants qui souffrent de troubles de santé mentale ou non. D'autres programmes, comme le programme Zenétudes (Marcotte et al., 2018), proposent une stratégie complémentaire : un volet de prévention universelle et un volet de prévention ciblée pour les étudiants qui perçoivent des difficultés en lien avec l'anxiété et la dépression. Le programme Zenétudes est dédié aux étudiants de première année de cégep.

Il a pour objectifs de **prévenir l'émergence de dépression et d'anxiété** chez les nouveaux collégiens et **d'offrir des outils pédagogiques et d'interventions** pour les enseignants et les professionnels qui interviennent auprès des populations d'étudiants en transition.

Au-delà de la prévention, certains programmes ont été développés dans l'objectif de **favoriser la santé mentale du plus grand nombre d'étudiants**. Parmi ceux-ci, le programme Korsa semble le plus abouti (Grégoire et al., 2016). Ayant bénéficié de l'appui financier de plusieurs organismes provinciaux et nationaux, il est aussi un des rares programmes à avoir mené à des publications scientifiques pouvant soutenir son efficacité. Plusieurs études démontrent en effet des effets positifs et significatifs en termes de **souplesse psychologique**<sup>7</sup> et **d'engagement scolaire**, ainsi qu'une **réduction de la symptomatologie anxieuse** (Grégoire et al., 2018; Grégoire et al., 2016) chez des étudiants universitaires. Cependant, une de ces études démontre des taux très élevés de **désistement** et **d'abandon** en début et au cours du programme (respectivement 48 % et 36 %) (Grégoire et al., 2016). Ceci pose la question de la faisabilité et de l'accessibilité du programme. En effet, compte tenu de l'investissement que le jeune doit mettre dans les séances, en dehors des heures de cours, combien d'entre eux réalisent concrètement le programme? De plus, sur le terrain, quelle en est l'appréciation de la part des intervenants psychosociaux? Perçoivent-ils des changements significatifs sur leurs effectifs? Comment travaillent-ils avec les professionnels qui prennent part à ces programmes?

Autant de questions que nous avons abordées avec les participants de notre étude. Nous les avons questionnés directement sur ces 2 programmes, qui, en 2018-2019 (au moment où ce projet fut développé), étaient les principaux programmes mis en place pour les étudiants du postsecondaire. Puis, nous avons interrogé les participants sur l'éventuelle mise en place d'autres programmes ou initiatives locales.

### 3.3.1 Ateliers Korsa

#### 3.3.1.1 Existence et fonctionnement des ateliers au sein de l'établissement du participant

Parmi l'ensemble des participants, trois (3/9) déclarent que les ateliers sont bien mis en place dans leur établissement. Il s'agit des ateliers de groupe dans tous les cas. À noter que 2 de ces participants sont du même établissement, donc les ateliers sont mis en place dans deux établissements sur cinq participants. Dans un des 2 établissements, le fonctionnement a été modifié pour réduire le programme à 4 ateliers (au lieu de 5).

La promotion de ces ateliers se fait de façon active dans un des deux établissements, avec, notamment, l'envoi de messages publicitaires à l'ensemble des étudiants. Ici, l'intervenante psychosociale anime elle-même les ateliers avec une co-animatrice professionnelle non enseignante. Ils essayent de trouver du temps

<sup>7</sup> Souplesse psychologique : faire référence aux capacités d'observer et décrire ses expériences internes, d'agir avec vigilance plutôt que par automatisme, de suspendre son jugement critique à l'égard de ce que l'on ressent ou pense.

dans l'horaire des cours pour donner les ateliers (le midi par exemple), mais il est arrivé que cela se donne en soirée. Une fois la difficulté de recrutement dépassée, trouver une plage commune pour le plus grand nombre reste le plus grand défi. Dans l'autre établissement, ce sont deux enseignants en Sciences humaines qui sont psychologues qui donnent les ateliers.

Six (6/9) participants affirment que les ateliers ne sont pas mis en place au sein de leur établissement. Parmi les raisons évoquées, citons le fait que certains participants ne connaissent pas le programme (3\6), qu'il est difficile de trouver une plage horaire qui convient à tout le monde (2\6), ou encore que les ateliers Korsas sont mieux adaptés pour les populations plus âgées comme dans les universités, car c'est un programme qui était destiné au départ pour la population universitaire (2\6).

« C'est dur sur le recrutement et la rétention » (extrait d'entrevue).

### 3.3.1.2 Perception et impacts des ateliers

D'après les intervenants des établissements où les ateliers sont mis en place, les étudiants mentionnent qu'ils vivent du positif à travers ces ateliers. Les étudiants leur rapportent qu'il s'agit d'une manière différente de voir les choses.

Du point de vue des intervenants, tous les participants pour lesquels les ateliers sont mis en place dans leur établissement affirment que ces ateliers peuvent aider les étudiants et que cela a un impact sur leur vie. Un participant témoigne par exemple que, lors des ateliers, certains étudiants réalisent qu'ils ont une problématique dont ils n'étaient pas conscients au départ. À ce propos, un participant estime que les ateliers peuvent augmenter la charge d'étudiants faisant des demandes d'aide au service d'aide psychosociale.

« On a une augmentation [des demandes d'aide individuelles]. D'ailleurs, au départ ça a été problématique. On ne connaissait pas le service, on savait pas [que les ateliers Korsas étaient mis en place dans notre établissement]. Pis quand les gens sont stressés, ils vivent de l'anxiété ou ils ne savent pas trop, ils se présentent à des ateliers, ils font de la pleine conscience. Mais des fois, quand t'es pas prêt à faire de la pleine conscience, là t'es très conscient que ça va pas » (extrait d'entrevue).

De cet extrait ressort la très grande importance de communication entre les animateurs des ateliers et les intervenants psychosociaux, quand ce ne sont pas les mêmes. Non seulement cela pourra éviter les dysfonctionnements institutionnels décrits précédemment, mais cela pourra même apporter des éléments favorables à la prise en charge de chacun. En effet, le participant en question décrit comment, une fois la surprise au sujet des ateliers dépassée, il a été s'informer sur le contenu des ateliers. Ainsi, lorsqu'il intervient auprès d'un étudiant participant à ces ateliers, il peut réutiliser le vocabulaire et les méthodes. À ce sujet, un des participants va encore plus loin et utilise les ateliers Korsas comme un outil secondaire de sa propre pratique : il explique qu'il reçoit fréquemment de nombreuses demandes d'aide autour des mêmes problématiques (notamment la gestion du stress et de l'anxiété).

Par le passé, il avait tendance à proposer les séances de psychoéducation et de formation aux outils d'autogestion à chaque étudiant individuellement, ce qui est une « perte de temps » incroyable (au regard de l'intervenant bien sûr). Aujourd'hui, en collaboration avec les organisateurs des ateliers Korsas, il réfère les étudiants qui acceptent vers les ateliers Korsas, en leur proposant de revenir vers le service psychosocial à la suite des ateliers s'ils en ressentent toujours le besoin. Ainsi, il réduit sa liste d'attente et peut se concentrer sur les autres besoins des étudiants. Voici, à notre avis, un bon exemple de collaboration harmonieuse et de bonne pratique favorisant l'aide apportée aux étudiants.

Pour les autres participants dont les ateliers sont mis en place dans leur établissement, les ateliers Korsas contribueraient à diminuer les demandes pour anxiété et stress. En effet, grâce au partage d'expérience (les étudiants apprennent à se soutenir), les ateliers auraient pour fonction d'alléger les charges émotionnelles des étudiants de manière satisfaisante. Ainsi, ces étudiants ne feraient pas de demande d'aide individuelle alors que sans les ateliers ils l'auraient peut-être fait.

### 3.3.2 Programme Zenétudes

#### 3.3.2.1 Les participants dont les établissements utilisent Zenétudes : fonctionnement et perceptions

Un participant déclare utiliser (1\9) les ateliers Zenétudes. Ce participant note que son établissement l'utilise depuis 4 ans et le programme s'adresse aux étudiants de première session, tous programmes confondus. Les ateliers se passent en trois volets. Le volet 1 est dédié à toutes les classes de première année. À la fin de la rencontre, il y a un questionnaire pour les symptômes; par la suite ils rappellent les étudiants dont le score est au-dessus du seuil au niveau de l'anxiété ou de la dépression ou les deux. D'après le participant, le volet 2 de Zenétudes a été remplacé par des ateliers sur : apprendre à être un bon étudiant, comment organiser sa session, comment gérer son stress, faire des exposés oraux. Aux dires de ce participant, les étudiants sont hésitants parfois d'aller suivre un atelier sur la dépression, ils n'ont pas envie d'être identifiés par des personnes qui peuvent participer à une telle rencontre. Ce volet 2 est ouvert à tous les étudiants. Pour ce qui a trait au volet 3, la prévention ciblée *indiquée*, il y aurait entre 6 et 8 étudiants, selon les années.

Le participant note que la prévention est importante, car elle permet aux étudiants de prendre conscience qu'ils peuvent aller chercher de l'aide. Cependant, il insiste sur la nécessité de sensibiliser davantage le milieu collégial et les membres du personnel, plutôt que d'agir toujours sur l'étudiant. En effet, il évoque les programmes toujours plus condensés, la pression exercée sur les étudiants pour qu'ils performant, ou encore le comportement de certains enseignants qui peuvent être des facteurs de stress pour l'étudiant.

« On met de beaux programmes en place, mais on se rend compte que la source du problème est la même. Les étudiants vont méditer, ils vont peut-être faire du sport, ils vont bien manger, mais la dépression et l'anxiété sont toujours présentes » (extrait d'entrevue).

Enfin, le participant explique que, par le passé, seuls les enseignants assuraient le programme dans son établissement et qu'il a remédié à cette situation. Selon lui le programme doit être donné par des professionnels, car ce n'est pas le rôle des enseignants d'appliquer le programme.

« Un enseignant qui applique le programme n'est pas en mesure de faire une thérapie cognitivo-comportementale. Il était nécessaire qu'un intervenant y participe » (extrait d'entrevue).

### 3.3.2.2 Les participants dans les établissements qui n'utilisent pas Zenétudes : raisons et positions

Huit (8/9) participants affirment que le programme Zenétudes n'est pas utilisé dans leur établissement.

Pour beaucoup de participants (6\8), les ateliers Zenétudes demandent beaucoup de temps et investissement, ce qui rend difficile son intégration dans les cours.

« Les profs c'est comme...la cour est pleine, ne nous en rajouter plus, on n'en peut plus » (extrait d'entrevue individuelle) (extrait d'entrevue).

« Vu qu'on est tellement sollicité par plein de dossiers dont les suivis psychosociaux, les prêts/bourses, la gestion de crise, le communautaire, c'est dur pour nous de s'investir dans des gros projets comme ça » (extrait d'entrevue).

Dans le même ordre d'idées, certains trouvent la structure trop rigide et nécessitant trop de rencontres, ce qui n'est pas réaliste dans leur contexte.

Certains participants (2\8) considèrent que le programme ne répond pas aux besoins des étudiants et qu'il ne colle pas à leur réalité.

« Je trouve que le dépistage, c'est dangereux. Je trouve que dépister pour dépister, au niveau de l'anxiété, ça ne devrait pas être fait parce que premièrement on est dans une période de transition pour les étudiants. Nécessairement c'est stressant et anxiogène et on leur donne dans le programme des petits formulaires pour cocher à quel point tu te sens anxieux et toutes ces affaires-là. Feck clairement que tout le monde est anxieux dans la période où c'est fait à l'automne » (extrait d'entrevue).

### 3.3.3 Les programmes et ateliers issus d'initiatives locales

#### 3.3.3.1 Les initiatives

La grande majorité des participants ont évoqué des initiatives de prévention ou promotion mises en place dans leurs établissements, qu'ils en soient les instigateurs, les collaborateurs ou simplement les témoins.

Parmi ces initiatives, on retrouve des journées thématiques, des ateliers thématiques, des conférences (offertes par des professionnels de l'établissement ou des personnes invitées). Les ateliers peuvent être offerts sur les temps libres et sont donc sur une base volontaire, ou offerts en classe et donc rendus obligatoires. Autant les journées, conférences et ateliers offerts sur les moments libres sont concertés et organisés, autant les ateliers offerts en cours semblent dépendre du bon vouloir des enseignants ou de certains départements de « laisser entrer » la santé mentale dans leurs cours et, surtout, dans leur contenu de programme. Il ne s'agit pas d'initiatives à l'échelle de l'établissement.

Parmi ces initiatives, il en est une qui ressort par le fait qu'elle se situe entre les initiatives citées précédemment et un programme très organisé de type Korsa ou Zenétudes. Il s'agit en fait d'un programme complet de quatre rencontres de deux heures, ouvert à toute la population étudiante, inspiré des ateliers Korsa et centré principalement sur la gestion du stress. Cependant, le programme est aussi appliqué, en plus, dans des départements qui en font la demande. Il est alors adapté à la population spécifique et une partie de la première rencontre est utilisée à comprendre les attentes et les objectifs que se fixent les étudiants. Ainsi, à partir d'un cadre général, le programme évolue selon les groupes et les individus qui le composent. L'intervenant psychosocial (participant de notre étude) participe à ce programme et peut donc juger de son impact sur les étudiants, mais aussi sur sa pratique. Par exemple, les étudiants en soins infirmiers consultaient beaucoup le service d'aide psychosociale avant la mise en place du programme dans ce département. Depuis, il en résulte que, d'après le participant, les étudiants participants au programme consultent beaucoup moins, ou, quand ils reviennent consulter, ils le font pour d'autres raisons que le stress.

#### 3.3.3.2 Les défis

Parmi les défis nommés par les participants à l'égard des différentes initiatives citées précédemment, on retrouve :

- ✓ La difficulté à recruter les étudiants pour constituer les groupes.
- ✓ La difficulté de maintenir l'engagement des étudiants.

« Il y a eu des groupes sur les TDA/H, l'anxiété, les TSA, mais l'engagement des étudiants n'a jamais permis de continuer les groupes au-delà de 3 rencontres »  
(extrait d'entrevue).

- ✓ La difficulté à mettre en place les initiatives compte-tenu du manque de ressources et donc de temps.

- ✓ Le manque d'évaluation de l'impact des initiatives.

« L'impact sur les étudiants n'est pas évalué, c'est pourquoi je ne fais pas trop d'activités de sensibilisation. Il y en a qui font plein de nouvelles choses, mais c'est quoi l'impact pour les étudiants. Ça me questionne beaucoup » (extrait d'entrevue).

### Éléments à retenir pour la section

- Les programmes ou ateliers incluant de la prévention et des outils d'autogestion semblent intéressants, comme stratégies à mener en complément du service d'aide psychosociale.
- Les intervenants jugent qu'en tant qu'experts ils doivent être partie prenante de ces initiatives; c'est-à-dire soit à titre de collaborateurs, si les programmes ne sont pas considérés *thérapeutiques*, soit en tant qu'animateurs ou co-animateurs si les ateliers nécessitent une expertise psychologique.
- La mise en place de ces programmes est coûteuse en temps et énergie; plus de moyens professionnels sont jugés nécessaires pour y parvenir.
- Les intervenants semblent intéressés par des programmes et ateliers inspirants, mais souhaitent que ceux-là ne soient pas rigides ou « prêts à consommer ». Pouvoir s'inspirer de modèles et les adapter à leur réalité semble être une stratégie à privilégier.

« Les espèces de package deal c'est tout ou rien. Ça fait qu'en bout de ligne c'est rien. Ça fait qu'en bout de ligne on le prend pas et qu'on bénéficie pas de ces recherches-là » (extrait d'entrevue).

## 3.4 Point de vue sur les campagnes de prévention/promotion existantes sur la santé mentale

### 3.4.1 Au Québec

À la question « Quelle est votre appréciation du travail de prévention sur les troubles de santé mentale réalisé au Québec? », plusieurs participants (4/9) soulignent qu'il y a **beaucoup de bonnes préventions**, notamment des d'artistes qui parlent de la santé mentale. Certains participants (3/9) constatent en particulier qu'il y a un impact plus visible de la prévention du suicide et considèrent qu'il y a eu une baisse du taux de suicide dans les dernières années.

« Il me semble qu'en prévention du suicide on a fait un chemin incroyable » (extrait d'entrevue).

En revanche, d'autres participants (2/9) mentionnent qu'il n'y a pas assez de prévention et qu'il y a encore beaucoup à faire en raison de la **stigmatisation** et du **manque de connaissances** des étudiants face à la

santé mentale. Selon eux, il serait important de faire de la prévention beaucoup plus tôt, c'est-à-dire de sensibiliser les individus beaucoup plus jeunes.

« J'ai l'impression que du primaire au secondaire il y aurait beaucoup de choses à changer, par rapport à la construction de l'humain, à la conscience de soi, de son identité. C'est quoi les émotions ? Qu'est-ce que c'est une émotion ? J'ai l'impression que c'est pas abordé suffisamment » (extrait d'entrevue).

« Dans notre société on attend que le feu se déclenche avant d'envoyer les pompiers » (extrait d'entrevue).

De plus, certains participants (2/9) critiquent le message qui est véhiculé lors des campagnes de sensibilisation. Par exemple, l'un mentionne que la manière dont la prévention est faite est très québécoise et que les communautés interculturelles sont moins touchées par la prévention que les Québécois. Un autre mentionne que le message semble être dilué et que le public ciblé peut se perdre facilement.

« L'enjeu, peut-être des fois, opinion très personnelle, il y en a beaucoup de campagnes feck on s'y perd des fois un peu » (extrait d'entrevue).

« Leurs petits messages de prévention qui passent à la télé au niveau du cannabis ou autre, quand je regarde ça je me dis : qu'est-ce que ça ? Les affiches qu'ils nous envoient Educ'alcool, ce n'est pas ça qui va faire que la personne ne consommera pas ou qu'elle va prendre conscience qu'elle a un problème ou qu'elle va dire : écoute, moi je ne consommerai pas. C'est n'importe quoi » (extrait d'entrevue).

Enfin, un participant considère que ces campagnes ne sont pas suffisantes; il voit que le gouvernement y réfléchit, mais que les actions ne sont pas toujours concrètes, en particulier le manque de financement au niveau de la santé mentale.

« Je trouve que de plus en plus on le nomme que la santé mentale c'est important et qu'on doit faire de la prévention [...], mais les actions sont pas toujours concrètes » (extrait d'entrevue).

### 3.4.2 Au sein de l'établissement

Parmi les participants qui ont répondu à cette question (4/9), on note de façon générale que les étudiants sont plus à l'aise de venir consulter. Ils sont davantage conscients qu'il faut prendre soin de la santé mentale comme de la santé physique.

« Je vois que les jeunes sont plus conscients qu'on est présents pour eux et que c'est une bonne chose de consulter. C'est moins tabou qu'avant » (extrait d'entrevue).

Cependant, la plupart élaborent plutôt des propositions afin d'améliorer le travail de prévention sur les troubles de santé mentale. Par exemple :

- ✓ Mieux sensibiliser les directions et les enseignants, car il y a beaucoup de sensibilisation auprès des étudiants, mais les étudiants sont toujours aussi anxieux.

*« Je trouve qu'on a une génération qui sont sur les bancs d'école présentement qui sont excessivement anxieux. Est-ce qu'on doit sensibiliser les étudiants à être moins anxieux ou on doit sensibiliser les institutions et toute l'échelle macrosociale à dire : calmez vos ardeurs, accompagnons davantage, relativisons. Oui la cote R c'est important, mais à un moment donné il y a d'autres choses dans la vie » (extrait d'entrevue).*

- ✓ Mieux rejoindre les communautés culturelles, car on observe qu'il y a beaucoup de communautés culturelles présentes au cégep qui ne viennent pas demander de l'aide. L'aspect interculturel est en cause, car la santé mentale dans ces communautés n'est pas traitée de la même manière qu'au Québec.
- ✓ Donner des récompenses aux étudiants pour qu'ils participent aux activités en lien avec la santé mentale, car il est difficile de les accrocher à cette thématique.

### **Éléments à retenir pour la section**

- Globalement, si les campagnes de prévention semblent avoir fait avancer les mentalités et avoir eu un certain impact sur la prise de conscience des étudiants qu'ils doivent consulter en cas de problèmes, il resterait encore beaucoup à faire.

## 4 ÉLÉMENTS À RETENIR ET RECOMMANDATIONS

### 4.1.1 Éléments à retenir

- ✓ Le nombre de demandes semble en constante augmentation et les cas se complexifier.
- ✓ Le manque de ressources est criant, autant pour les interventions que toutes les autres tâches, telles qu'établir des collaborations et le travail de promotion/prévention.
- ✓ Peu importe la taille du cégep, le ratio nombre d'étudiants/intervenants n'est jamais optimal.
- ✓ Les relations et collaborations semblent être un élément central de la capacité d'aide apportée aux étudiants. Quand elles sont existantes et harmonieuses, elles permettent de diminuer les listes d'attente et de proposer aux étudiants des prises en charge de longue durée et spécifiques (troubles spécifiques et complexes). Ainsi, elles contribuent à une prise en charge optimale.
- ✓ La mise en place de corridors de soins, clairs et pérennes, notamment pour référer rapidement des étudiants vers les services hospitaliers (urgence et CLSC) semble être une priorité pour permettre une prise en charge plus optimale de la santé mentale des étudiants et une réduction des listes d'attente dans les cégeps.
- ✓ Les programmes ou ateliers incluant de la prévention et des outils d'autogestion semblent intéressants, comme stratégies à mener en complément du service d'aide psychosociale.
- ✓ Les intervenants jugent qu'en tant qu'experts ils doivent être partie prenante de ces initiatives; c'est-à-dire soit à titre de collaborateurs, si les programmes ne sont pas considérés thérapeutiques, soit en tant qu'animateurs ou co-animateurs si les ateliers nécessitent une expertise psychologique.
- ✓ La mise en place de ces programmes est coûteuse en temps et énergie; plus de moyens professionnels sont jugés nécessaires pour y parvenir.
- ✓ Les intervenants semblent intéressés par des programmes et ateliers inspirants, mais souhaitent que ceux-là ne soient pas rigides ou « prêts à consommer ». Pouvoir s'inspirer de modèles et les adapter à leur réalité semble être une stratégie à privilégier.
- ✓ Globalement, si les campagnes de prévention semblent avoir fait avancer les mentalités et avoir eu un certain impact sur la prise de conscience des étudiants qu'ils doivent consulter en cas de problèmes, il resterait encore beaucoup à faire.

#### 4.1.2 Recommandations

- ✓ Dégager des budgets supplémentaires dédiés aux services psychosociaux des cégeps.

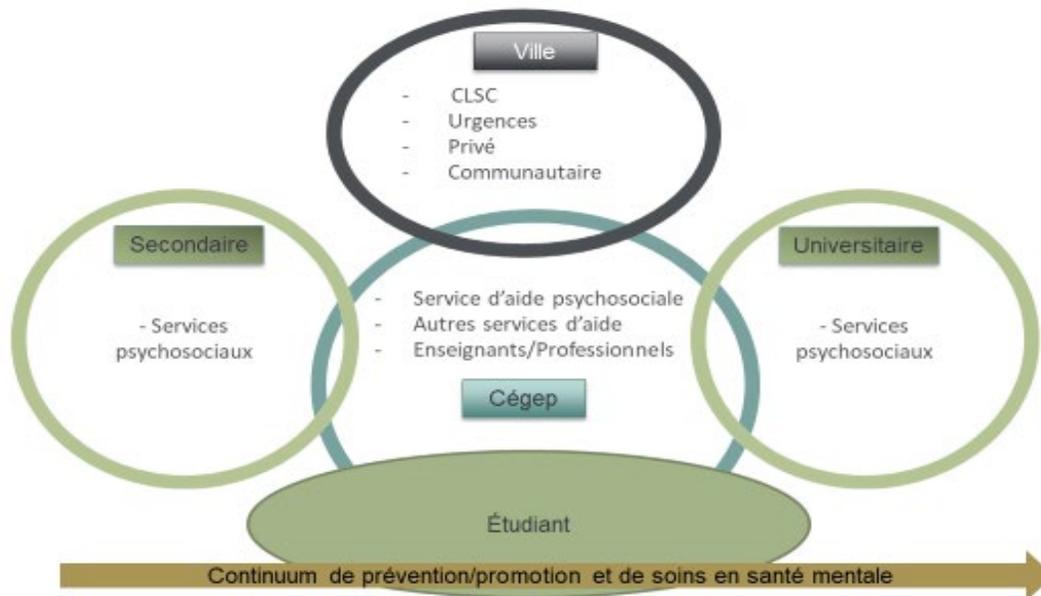
*« Je pense que de débloquer un budget pour avoir plus de ressources c'est le nerf de la guerre ».*

*« Un moment donné, il faut trancher, il faut prendre des décisions. Quand ça a pu de bons sens, ça déborde de partout, on fait quoi ? On coupe où ? ».*

*« Quand on parle que la santé mentale doit être priorisée, il faut qu'il y ait des actions concrètes, des fonds donnés au cégep, aux universités, pour être capable de subvenir. Même si notre cégep sont très conscients et qu'ils veulent, s'ils ont pas les fonds, on sera pas plus avancés » (extraits d'entrevues).*

- ✓ Il faudrait, au minimum, dans chaque équipe de service d'aide psychosociale :
  - 2 intervenants;
  - 1 coordinateur (services d'aides aux étudiants);
  - 1 responsable des partenariats (interordres et cégep-ville);
  - 1 responsable formations, prévention/promotion;Le nombre d'ETC serait à définir selon la taille de l'établissement (défini sur le nombre d'inscrits).
- ✓ Collaboration Ministère Enseignement supérieur et Ministère de la Santé et des Services sociaux pour le développement de corridors de services efficaces et pérennes (Figure 7).
- ✓ Développer un continuum interordres de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles de santé mentale (Figure 7).

**Figure 7**  
**Continuum de promotion/prévention et de soin centré autour de l'étudiant**



## BIBLIOGRAPHIE

- American College Health Association. (2013). *American College Health Association-National College Health Assessment II: Canadian Reference Group Executive Summary Spring 2013*.
- CAPRES. (2018). *Santé mentale des étudiants collégiaux et universitaires*.
- Center for Collegiate Mental Health. (2015). *2014 Annual Report*.
- Center for Collegiate Mental Health. (2019). *Annual Report*.
- Gaudreault, M., Normandeau, S.-K., Jean-Venturoli, H., & St-Amour, J. (2018). *Caractéristiques de la population étudiante collégiale : valeurs, besoins, intérêts, occupations, aspirations, choix de carrière. Données provenant du Sondage provincial sur les étudiants des cégeps (SPEC) administré aux étudiants nouvellement admis aux études collégiales à l'automne 2016*. ÉCOBES-Centre d'Étude des COnditions de vie et des BESoins de la population.
- Gosselin, M., & Ducharme, R. (2017). Détresse et anxiété chez les étudiants du collégial et recours aux services d'aide socioaffectifs. *Service social*, 63(1), 92-104. <https://doi.org/10.7202/1040048ar>
- Grégoire S, Lachance L, Bouffard T, Hontoy L-M, & L., D. M. (2016). L'efficacité de l'approche d'acceptation et d'engagement en regard de la santé psychologique et de l'engagement scolaire des étudiants universitaires. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement* 48(3), 222-231.
- Grégoire, S., Lachance, L., Bouffard, T., & Dionne, F. (2018). The use of acceptance and commitment therapy to promote mental health and school engagement in university students: A multisite randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 49(3), 360-372.
- Grégoire, S., Lachance, L., Bouffard, T., Hontoy, L., & De Mondehère, L. (2016). L'efficacité de l'approche d'acceptation et d'engagement en regard de la santé psychologique et de l'engagement scolaire des étudiants universitaires = The effectiveness of the approach of acceptance and commitment with regard to the psychological health and academic engagement of university students. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 48(3), 222-231. <https://doi.org/10.1037/cbs0000040>
- Institut national de santé publique du Québec. (2017). *Synthèse des connaissances sur les champs d'action pertinents en promotion de la santé chez les jeunes adultes*.
- Kessler, R. C., Angermeyer, M., Anthony, J. C., R, D. E. G., Demyttenaere, K., Gasquet, I., G, D. E. G., Gluzman, S., Gureje, O., Haro, J. M., Kawakami, N., Karam, A., Levinson, D., Medina Mora, M. E., Oakley Browne, M. A., Posada-Villa, J., Stein, D. J., Adley Tsang, C. H., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., Heeringa, S., Pennell, B. E., Berglund, P., Gruber, M. J., Petukhova, M., Chatterji, S., & Ustun, T. B. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, 6(3), 168-176. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18188442>
- Marcotte, D., Paré, M.-L., & Lamarre, C. (2018). A pilot study of a preventive program for depressive and anxious symptoms during the postsecondary transition. *Journal of American College Health*, 68(1), 32-38.
- Martineau, M., Beauchamp, G., & Marcotte, D. (2017). Efficacité des interventions en prévention et en promotion de la santé mentale dans les établissements d'enseignement postsecondaire. *Santé mentale au Québec*, 42(1), 165-182. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1040249ar>
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales-4e éd.* Armand Colin.
- Santé Canada. (2002). *Rapport sur les maladies mentales au Canada*.
- Schwartz, O., Paradeise, C., Demazière, D., & Dubar, C. (1999). Analyser les entretiens biographiques. L'exemple des récits d'insertion. *Sociologie du travail*, 453-479.

