



HAL
open science

La santé psychologique chez les étudiants tunisiens : entre accomplissement personnel et contraintes de la vie universitaire

Safia Azi

► To cite this version:

Safia Azi. La santé psychologique chez les étudiants tunisiens : entre accomplissement personnel et contraintes de la vie universitaire. Psychologie. HESAM Université; Université des lettres, arts et sciences sociales - Tunis I. Faculté des sciences humaines et sociales, 2020. Français. NNT : 2020HESAC021 . tel-04078678

HAL Id: tel-04078678

<https://theses.hal.science/tel-04078678v1>

Submitted on 24 Apr 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

ÉCOLE DOCTORALE Abbé Grégoire
Centre de Recherche sur le Travail et
le Développement (CRTD, EA 4132)
ÉCOLE DOCTORALE Structures, Systèmes, Modèles et
Pratiques en Lettres et Sciences Humaines et Sociales

THÈSE

présentée par : **Safia AZI KAMMOUN**

soutenue le : 30 septembre 2020

pour obtenir le grade de : **Docteur d'HESAM Université et de**
l'Université de Tunis

préparée au : **Conservatoire national des arts et métiers et à la Faculté**
des sciences humaines et sociales de Tunis

Discipline : **Psychologie, psychologie clinique, psychologie sociale**

Spécialité : **Psychologie**

**La santé psychologique chez les étudiants
tunisiens : entre accomplissement personnel
et contraintes de la vie universitaire.**

THÈSE co-dirigée par :

M. BERNAUD Jean-Luc, Professeur des universités, Cnam
M. NACEUR Abdelmajid, Professeur, Université virtuelle de Tunis
M. CHARTIER Philippe, Maître de conférences, Cnam

Jury

Mme. Isabelle OLRÉY-LOUIS, Professeur, Université Paris Nanterre, Présidente
Mme Naila BALI, Professeur, Université de La Manouba, Rapporteur
M. Dominique BERGER, Professeur, Université de Lyon, Rapporteur

Je dédie ce travail :

À mon père qui aurait aimé voir l'aboutissement de ce travail.

À ma mère pour son soutien moral infailible.

À ma famille.

À ceux qui ont cru que j'étais capable d'aller au bout de cette aventure.

Remerciements

La thèse est un parcours complexe parsemé de difficultés. La passion qui anime le chercheur pour son sujet de recherche, ainsi le courage et la persévérance sont les principales ressources sur lesquelles, il faut s'appuyer pour voir la lumière au bout du tunnel. À la fin de ces cinq ans de travail, me voilà arrivée à l'aboutissement de la thèse.

Je souhaite exprimer ma profonde reconnaissance et mes vifs remerciements aux personnes qui m'ont apporté leur aide et qui ont contribué à l'élaboration de cette thèse :

Tout d'abord, je tiens à remercier le professeur Abdelmadjid NACEUR pour sa patience, ses conseils et ses encouragements bienveillants. De même, je tiens à exprimer ma vive reconnaissance envers le professeur Philippe CHARTIER pour son écoute, sa confiance, sa rigueur scientifique et son accompagnement régulier et bienveillant tout au long de la rédaction de la thèse. J'exprime aussi ma gratitude au professeur Jean Luc BERNAUD pour sa patience, son intérêt pour mon travail de recherche et ses conseils judicieux qui ont permis à ce travail de mûrir. Également, je remercie les rapporteurs d'avoir accepté d'être membres du jury de soutenance pour examiner et évaluer mon travail.

Ensuite, je voudrais remercier tous mes amis qui m'ont soutenue avec patience aux moments opportuns : Je cite particulièrement, M^{me} Imen ANNABI, M^{me} Noëlle LALLEMAND et M. Mohamed MSALMI.

Pareillement, je tiens à adresser mes remerciements chaleureux à ma mère et à mon père pour tout ce que j'ai acquis d'eux ; à mes enfants, Othmen, Lilia et Yasmine pour la grande patience dont ils ont fait preuve au cours de cette recherche ; à mon mari qui a su me soutenir dans les moments les plus difficiles, ainsi qu'à ma grande famille, frère et sœurs, et aussi ma belle-famille.

Je suis finalement très reconnaissante vis-à-vis de mes étudiants qui ont accepté avec plaisir de contribuer à cette recherche.

Soutiens institutionnels et financiers

Le présent travail a été réalisé dans le cadre d'une convention de cotutelle internationale entre la Faculté des Sciences Humaines et Sociales de Tunis et le Conservatoire National des Art et Métiers de Paris, et d'une durée de cinq ans. Dans ce cadre, de nombreuses institutions tunisiennes et françaises nous ont apporté leur soutien.

Institutions tunisiennes

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique en Tunisie



L'Université de Tunis



La Faculté des Sciences Humaines et Sociales de Tunis



Ecole doctorale Structures, Systèmes, Modèles et Pratiques en Lettres et Sciences Humaines et Sociales



L'unité de recherche Ecotidi (Education Cognition, Tice et Didactique)



Institutions françaises

L'école Doctorale Abbé Grégoire du Conservatoire National des Arts et Métiers de Paris

Le Laboratoire Centre de Recherche pour le Travail et le Développement

le cnam

CRTD

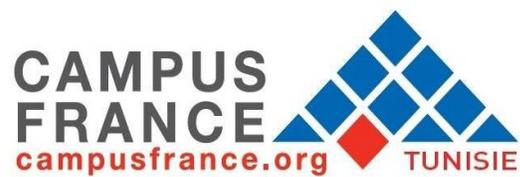
L'Ambassade de France en Tunisie



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

AMBASSADE DE FRANCE
EN TUNISIE

Campus France Tunisie



L'Institut Français de Tunisie

INSTITUT
FRANÇAIS
TUNISIE

Résumé

Notre thèse porte sur l'évaluation de la santé psychologique chez les étudiants tunisiens primo-inscrits et les facteurs psychosociaux qui peuvent impacter leur santé. Nous recensons une littérature scientifique abondante qui s'est intéressée à cette détresse psychologique. Toutefois, peu de recherches en Tunisie se sont penchées sur cette problématique. Notre étude s'est déroulée à Sfax auprès d'étudiants résidant dans les cités universitaires.

Notre échantillon est composé de 344 étudiants primo-inscrits dans des filières scientifiques et littéraires qui ont été sollicités au début et à la fin de l'année universitaire. Seulement 252 étudiants ont participé à la deuxième étape de la recherche. Des échelles ont été traduites en arabe pour répondre aux objectifs de la recherche et des entretiens semi-directifs ont été menés auprès d'une vingtaine d'étudiants pour saisir leur vécu psychologique et mieux comprendre leur détresse.

Notre étude longitudinale se veut descriptive et corrélationnelle. Les données indiquent que 42.7% des étudiants interrogés présentent des signes de détresse psychologique. Nos résultats révèlent que plusieurs facteurs sont associés à cette détresse d'une manière statistiquement significative, à savoir la satisfaction des conditions socioéconomiques, le choix de la filière (subi ou choisi) et la satisfaction du soutien social et des conditions de l'hébergement au campus universitaire. Certains facteurs transactionnels sont corrélés d'une manière significative à notre variable dépendante «la santé psychologique», à savoir le stress perçu et les stratégies d'ajustement et avec certains facteurs de personnalité comme l'estime de soi, le névrosisme et l'espoir. L'analyse de régression multiple indique que l'estime de soi et le névrosisme expliquent, respectivement à 31% et à 7%, la variance santé psychologique. Les résultats de l'étude longitudinale montrent l'amélioration générale de l'état de santé des étudiants interrogés lors du deuxième moment de l'étude avec un impact statistiquement significatif des facteurs de l'estime de soi et du coping centré sur la résolution des problèmes et l'espoir.

Un travail d'accompagnement psychologique centré sur les facteurs de protection s'avère plus que nécessaire pour éviter le basculement de cette détresse dans des troubles psychologiques.

Mots-clés : Espoir – Estime de soi – Étudiant – Névrosisme – Personnalité – Psychologie positive – Psychologie de la santé – Stratégies d'ajustement – Stress perçu.

Abstract

Our thesis focuses on the assessment of the psychological health of first-time Tunisian students and the psychosocial factors that can impact their health. We have identified an abundant scientific literature that has been interested in this psychological distress. However, little research in Tunisia has addressed this issue. Our study took place in Sfax with students residing in university cities.

Our sample is made up of 344 first-time students enrolled in scientific and literary fields who have been solicited at the beginning of the academic year and at the end of the year. Only 252 students participated in the second phase of the research. A battery of tests was adapted in a Tunisian context and semi-directive interviews were conducted with about twenty students to grasp their psychological experience and better understand their harm-be. Our study is descriptive, prospective, correlational and regressive. The data indicates that 42.7% of students surveyed show signs of psychological distress.

Our longitudinal study is intended to be descriptive and correlational. The data indicate that 42.7% of the students questioned show signs of psychological distress. Our results reveal that several factors are associated with this distress in a statistically significant way, namely the socioeconomic level of the students, the choice of the research, undergone or chosen, the satisfaction of social support and the conditions of accommodation on Campus University. Certain transactional factors are significantly correlated with our dependent variable "psychological health", namely perceived stress and adjustment strategies and with certain personality factors such as self-esteem, neuroticism and hope. Multiple regression analyses indicate that self-esteem and neuroticism account for 31% and for 7% of the variance in psychological health, respectively. The results of this longitudinal study show improvement in the general state of health of the students questioned during the second moment of the study, with a statistically significant impact of the factors of self-esteem and coping centered on the resolution of problems and hope.

Psychological support work focusing on protective factors is more than necessary to prevent this distress from turning into psychiatric pathologies.

Keywords: Adjustment strategies - Health psychology – Hope – Neuroticism - Perceived stress - Positive psychology – Personality – Student - Self-esteem.

Liste des tableaux

Tableau 1 : L'évolution du nombre d'étudiants dans les secteurs public et privé.....	28
Tableau 2 : L'évolution du nombre d'étudiants par sexe et par domaine d'études dans le secteur public.....	28
Tableau 3 : Budget du Ministère de l'Enseignement Supérieur tunisien.....	29
Tableau 4 : Évolution des taux de réussite, de redoublement et d'abandon dans le secteur public.....	33
Tableau 5 : Principaux facteurs génériques de la santé mentale.....	70
Tableau 6 : Les vertus et les forces en psychologie positive	84
Tableau 7 : Prévalences déclarées des consommations de substances psychoactives.....	95
Tableau 8 : Dimensions principales mesurées par l'inventaire de personnalité révisé NEO.136	
Tableau 9 : Récapitulatif des objectifs et thématiques du guide d'entretien	179
Tableau 10 : Caractéristiques socio-démographiques de notre échantillon.....	195
Tableau 11 : Étude exploratoire : évaluation de la santé psychologique suivant le score obtenu au questionnaire de santé mentale (GHQ-12) selon la cotation bimodale avec comme critère un score seuil supérieur ou égal à 4	196
Tableau 12 : Étude exploratoire : indice de cohérence interne des questionnaires utilisés ..	198
Tableau 13 : Comparaison des moyennes selon la variable sexe et les résultats au questionnaire de santé mentale GHQ-12.....	198
Tableau 14 : Comparaison des moyennes selon la variable choix de la filière et aux résultats du GHQ12.....	199
Tableau 15 : Comparaison des moyennes selon la variable satisfaction du soutien social et aux résultats du GHQ12.....	199
Tableau 16 : Étude exploratoire : scores obtenus à l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg et scores obtenus à l'échelle de dépression de Beck.....	200
Tableau 17 : Étude exploratoire : scores obtenus à l'échelle du NEOPI-R pour évaluation des dimensions du névrosisme.....	201

Tableau 18 : Étude exploratoire : scores obtenus à l'échelle de PSS-14 de Cohen et les dimensions du stress perçu chez les étudiants à l'échelle de Boujut	202
Tableau 19 : Étude exploratoire : analyse des corrélations.....	203
Tableau 20 : Caractéristiques socio-démographiques selon âge et sexe.....	205
Tableau 21 : L'étude longitudinale : indice des cohérences internes des échelles	210
Tableau 22 : Comparaison des moyennes selon la variable « satisfaction des conditions socio-économiques » et les résultats du questionnaire de santé mentale (GHQ-12)..	211
Tableau 23 : Comparaison des moyennes selon la variable « sexe » et les résultats du questionnaire de santé mentale (GHQ-12)	212
Tableau 24 : Comparaison des moyennes selon la variable « choix de la filière » et les résultats du questionnaire de santé mentale (GHQ-12)	212
Tableau 25 : Comparaison des moyennes selon la variable soutien social et les résultats du questionnaire de santé mentale (GHQ-12).....	213
Tableau 26 : Comparaison des moyennes selon variable satisfaction des conditions d'hébergement et les résultats du questionnaire de santé mentale (GHQ-12)	213
Tableau 27 : Comparaison des moyennes selon la variable « filière poursuivie » (scientifique ou littéraire) et les résultats du questionnaire de santé mentale (GHQ-12)	214
Tableau 28 : Évaluation de la santé psychologique au GHQ-12	215
Tableau 29 : Les scores obtenus à l'échelle de Rosenberg de l'estime de soi.....	217
Tableau 30 : Les scores obtenus à l'échelle de Beck de dépression	217
Tableau 31 : Les scores obtenus à l'échelle de Snyder de l'espoir.....	219
Tableau 32 : Les scores obtenus à l'échelle du NEOPI-R du névrosisme et les scores obtenus aux dimensions de l'échelle.....	219
Tableau 33 : Les scores obtenus à l'échelle de Boujut du stress perçu	220
Tableau 34 : Les scores obtenus au questionnaire des stratégies d'ajustement avec le WCC-R.....	222
Tableau 35 : Étude longitudinale : analyse des corrélations.....	222
Tableau 36 : Analyse de régression multiple pas à pas des résultats du premier temps de la recherche	224

Tableau 37 : Comparaison des moyennes avec test t Student pour échantillon apparié (comparaison entre T1 et T2).....	226
Tableau 38 : Les résultats obtenus au temps 2 à l'échelle du GHQ-12	228
Tableau 39 : Les résultats obtenus au temps 2 à l'échelle de l'espoir	228
Tableau 40 : Les résultats obtenus au temps 2 à l'échelle de l'estime de soi	229
Tableau 41 : Les résultats obtenus au temps 2 à l'échelle des stratégies d'ajustement « coping ».....	229
Tableau 42 : Analyse de régression multiple pas à pas des résultats du temps 2	230

Liste des figures

Figure 1 : Paliers de formation dans le système LMD.....	20
Figure 2 : Évolution du budget de l'enseignement supérieur tunisien.....	30
Figure 3 : Pyramide de la population tunisienne en 2004 et en 2014.....	32
Figure 4 : Évolution de la population étudiante tunisienne de 1993 à 2014.....	34
Figure 5 : Le champ de la santé mentale.....	68
Figure 6 : Le modèle intégratif et multifactoriel en psychologie de la santé.....	79
Figure 7 : Représentation du continuum de -5 à +5.....	82
Figure 8 : Les phases du syndrome général d'adaptation.....	108
Figure 9 : Schéma de l'évaluation primaire et secondaire du stress.....	119
Figure 10 : Les répartitions selon les types de baccalauréat.....	207
Figure 11 : Les répartitions selon le choix de la filière.....	207
Figure 12 : Les répartitions selon satisfaction des conditions socio-économique.....	208.
Figure 13 : Les répartitions selon le niveau d'instruction de la mère.....	218
Figure 14 : Les répartitions selon le niveau d'instruction du père.....	209
Figure 15 : Évaluation de la santé psychologique suivant le score obtenu au questionnaire de santé mentale (GHQ-12) selon la cotation bimodale avec comme critère un score seuil supérieur ou égal à 4.....	215
Figure 16 : Répartition des réponses obtenues par le groupe des filles et des garçons aux items du questionnaire de santé mentale (GHQ-12).....	216
Figure 17 : Répartition des réponses obtenues par le groupe des filles et des garçons aux items du questionnaire de dépression de Beck (BDI-13).....	218
Figure 18 : Répartition selon 5 classes suivant le score obtenu au questionnaire de l'espoir de Snyder.....	219
Figure 19 : Les moyennes obtenues aux dimensions du stress perçu (les sources du stress) à l'échelle de Boujut (2007).....	221

Table des matières

REMERCIEMENTS.....	iv
RÉSUMÉ.....	vi
ABSTRACT.....	vii
LISTE DES TABLEAUX.....	viii
LISTE DES FIGURES.....	ix
TABLE DES MATIÈRES.....	x
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1

PREMIÈRE PARTIE *CONTEXTE DE L'ÉTUDE*

Chapitre 1 : Organisation et problèmes des études supérieures en Tunisie.....	13
<i>Introduction.....</i>	14
1. Aperçu historique de l'enseignement supérieur en Tunisie.....	16
1. 1. L'enseignement supérieur à l'époque coloniale.....	16
1. 2. Institutions universitaires et types de formation.....	17
2. La grande réforme de l'université nationale.....	18
2. 1. Le système LMD.....	19
2. 2. Principes et objectifs du système LMD.....	22
2. 3. L'organisation pédagogique.....	25
3. Les défis de l'enseignement supérieur tunisien.....	26
3. 1. L'accès à l'université.....	26
3. 2. Les ressources matérielles et humaines.....	29
3. 3. La massification des effectifs et le taux d'échec au premier cycle.....	31
3. 4. L'employabilité et l'insertion professionnelle des diplômés.....	33

Chapitre 2 : L'entrée à l'université : un nouvel âge et une double transition.....	39
<i>Introduction.....</i>	40
1. L'étudiant : entre adolescent et jeune adulte	41
2. L'approche psychologique : la théorie de l'adulte émergent.....	42
2. 1. L'âge des explorations identitaires	45
2. 2. L'âge de l'instabilité	45
2. 3. L'âge de la focalisation sur soi-même.....	45
2. 4. L'âge du sentiment d'entre deux	46
2. 5. L'âge des possibilités	46
3. L'approche sociologique : le métier étudiant.....	46
3. 1. Le temps de l'étrangeté	48
3. 2. Le temps de l'apprentissage	49
3. 3. Le temps de l'affiliation	49
4. La théorie des transitions	50
4. 1. La conception de la transition comme crise	51
4. 2. Le modèle des transitions selon Schlossberg (1995).....	52
4. 2. 1. Les modifications entraînées par le processus des transitions.....	52
4. 2. 2. La notion de temporalité dans le processus de transition	53
4. 2. 3. Les ressources 4 S : situation, soi, soutien, stratégies.....	53
5. L'accès aux études supérieures : le choix d'une orientation.....	55
<i>Conclusion.....</i>	61

DEUXIÈME PARTIE

CADRE THÉORIQUE

Chapitre 3 : La psychologie de la santé et la psychologie positive	64
<i>Introduction.....</i>	65
1. La santé psychologique ou mentale	67
1. 1. La détresse psychologique.....	70
1. 2. Les outils d'évaluation de la santé mentale	73

1. 2. 1. Le questionnaire de santé générale (GHQ-12).....	73
1. 2. 2. Le symptôme Check-list -90 Revised (SCL-90-R).....	74
2. La psychologie de la santé : évolution, pionniers et principaux concepts du modèle théorique	74
3. L'apport de la psychologie positive : évolution et principaux concepts.....	80
4. État des lieux de la santé psychologique des étudiants.....	86
4. 1. Prévalence de détresse psychologique chez les étudiants	88
4. 2. Symptomatologie dépressive et anxieuse et idées suicidaires.....	91
4. 3. Consommation des produits psychoactifs	93
4. 4. Stress perçu, tracas quotidiens et stratégies d'ajustement.....	97
<i>Conclusion</i>	100

Chapitre 4 : L'impact des facteurs transactionnels sur la santé psychologique des étudiants 103

<i>Introduction</i>	104
1. Le stress	105
1. 1. Qu'est-ce que le stress ?.....	105
1. 2. Approches du stress.....	107
1. 2. 1. L'approche biologique du stress.....	107
1. 2. 2. L'approche cognitive du stress	109
1. 3. La théorie des événements de vie.....	111
1. 4. Le soutien social perçu.....	112
1. 5. Le contrôle perçu.....	112
1. 6. Quelques outils de mesure du stress.....	113
1. 7. L'impact du stress sur la santé psychologique des étudiants	114
2. Les stratégies d'ajustement ou le coping	116
2. 1. Qu'est-ce que le coping ?.....	116
2. 2. Les types d'évaluation	119
2. 2. 1. L'évaluation primaire.....	119
2. 2. 2. L'évaluation secondaire	120

2. 3. Les types de stratégies d'ajustement	120
2. 3. 1. Le coping centré sur le problème	120
2. 3. 2. Le coping centré sur l'émotion	121
2. 3. 3. Le coping centré sur le soutien social	121
2. 4. Quelques outils de mesure des stratégies d'ajustement.....	122
2. 5. L'impact des stratégies d'ajustement sur la santé psychologique des étudiants.....	124
<i>Conclusion</i>	126

Chapitre 5 : L'impact des facteurs de personnalité sur la santé psychologique des étudiants 128

<i>Introduction</i>	129
1. La personnalité	130
1. 1. La théorie des traits de personnalité.....	132
1. 1. 1. Le modèle d'Allport.....	132
1. 1. 2. Le modèle de Cattell	133
1. 1. 3. Le modèle de Eysenck	134
1. 1. 4. Le modèle des cinq facteurs de Costa Mc Crae.....	134
1. 2. Quelques questionnaires de mesure de la personnalité	136
1. 2. 1. Le questionnaire de personnalité multidimensionnel (MPQ).....	137
1. 2. 2. L'inventaire des cinq grands facteurs de personnalité (BFI).....	137
1. 2.3. L'inventaire de personnalité NEO révisé (NEO-PI-R) et l'inventaire des cinq facteurs NEO (NEO-FFI).....	137
1. 2. 4. Impact de la personnalité selon le modèle des cinq facteurs sur la santé psychologique	138
2. L'estime de soi	139
2. 1. Structure de l'estime de soi	142
2. 1. 1. Approche unidimensionnelle	143
2. 1. 2. Approche multidimensionnelle.....	143
2. 2. Les étapes clés du développement de l'estime de soi	144
2. 3. Quelques outils de mesure de l'estime de soi.....	145

2. 4. L'impact de l'estime de soi sur la santé psychologique	146
3. L'espoir	148
3. 1. Le concept de l'espoir	148
3. 2. Les processus qui contribuent au développement de l'espoir	152
3. 3. Quelques outils de mesure de l'espoir.....	154
3. 4. L'impact de l'espoir sur la santé psychologique	155
<i>Conclusion</i>	157
Chapitre 6 : Problématique et hypothèses	159
1. Problématique	160
2. Originalité de l'étude	163
3. Hypothèses	165

TROISIÈME PARTIE *ÉTUDE EMPIRIQUE*

Chapitre 7 : Méthodologie de la recherche.....	171
<i>Introduction</i>	172
1. Choix d'une méthodologie mixte.....	173
1. 1. Étude longitudinale : analyse quantitative	174
1. 2. Étude qualitative : entretien semi-directif	175
1. 3. Traitement et analyse des données qualitatives	176
1. 4. Le guide de l'entretien semi directif.....	176
2. Méthodologie de traduction des questionnaires :.....	182
3. Méthodologie de l'étude exploratoire :.....	184
3. 1. Procédure	184
3. 2. Participants	184
3. 3. Outils de mesure de l'étude... ..	184

4. Méthodologie de l'étude longitudinale:	187
4. 1. Participants	187
4. 2. Procédure.....	188
4. 3. Outils de mesure de l'étude	188
<i>Conclusion</i>	190
Chapitre 8 : Présentation des résultats	191
<i>Introduction</i>	192
1. Première étape : présentation des principaux résultats de l'étude exploratoire d'avril 2016	193
1. 1. Analyse descriptive des données sociodémographiques	194
1. 2 . Évaluation de la santé psychologique	195
1. 3. Évaluation de la cohérence interne des outils psychométriques	197
1. 4. Analyse des différences entre certains variables sociodémographiques et les résultats du GHQ-12.....	198
1. 5. L'évaluation des variables de personnalité : estime de soi, dépression et névrosisme dans notre population	199
1. 5. 1. Évaluation de l'estime de soi	199
1. 5. 2. Évaluation de la dépression.	200
1. 5. 3. Évaluation du névrosisme.....	200
1. 6. L'évaluation des variables transactionnelles : stress perçu et sources de stress dans notre population	201
1. 6. 1. Évaluation des sources de stress chez les étudiants	201
1. 6. 2. Évaluation du stress perçu.	201
1. 7. Analyse des corrélations	202
2. Deuxième étape : présentation de l'étude longitudinale Temps 1	204
2. 1. Étude longitudinale : analyse descriptive des données sociodémographiques	205
2. 2. Évaluation de la cohérence interne des échelles	209
2. 3. Étude longitudinale : analyse des différences statistiques entre certaines variables sociodémographiques et les résultats du GHQ-12.	210
2. 3. 1. Variable satisfaction des conditions socio-économiques.....	210

2. 3. 2. Variable sexe.....	211
2. 3. 3. Variable choix de l'orientation	212
2. 3. 4. Variable satisfaction du soutien social.....	212
2. 3. 5. Variable satisfaction des conditions d'hébergement.....	213
2. 3. 6. Variable filière poursuivie (scientifique ou littéraire)	214
2. 4. Étude longitudinale : évaluation de la santé psychologique.....	214
2. 5. Évaluation des variables de personnalité.....	216
2. 5. 1. Évaluation de l'estime de soi	216
2. 5. 2. Évaluation de la dépression	217
2. 5. 3. Evaluation de l'espoir	218
2. 5. 4. Évaluation du névrosisme	219
2. 6. Évaluations des variables transactionnelles	220
2. 6. 1. Évaluation du stress perçu	220
2. 6. 2. Évaluation des stratégies d'ajustement	221
2. 7. Analyse corrélacionnelle	222
2. 8. Analyse de régression multiple pas à pas des résultats du Temps1	224
3 . Troisième étape : présentation des résultats de l'étude longitudinale Temps 2	226
3. 1. Comparaison des moyennes avec Tstudent pour échantillon apparié	226
3. 2. Évaluation de la santé psychologique, de l'espoir, de l'estime de soi et des stratégies d'ajustement	228
3. 3. Analyse de régression multiple pas à pas des résultats du Temps 2	229
4. Quatrième étape : analyse thématique des entretiens semi-directifs	230
4. 1. Le vécu du stress	231
4. 2. Les sources du stress	234
4. 3. Les stratégies d'ajustement	237
4. 4. Le soutien familial et amical	239
4. 5. Les symptômes de la détresse	239
4. 6. L'orientation : subie ou choisie	239
4. 7. L'espoir	240
<i>Conclusion</i>	241

Chapitre 9 : Discussion des résultats	243
<i>Introduction</i>	244
1. Discussion des résultats de l'étude longitudinale quantitative Temps 1	246
1. 1. Prévalence de la détresse psychologique.....	246
1. 2. L'impact des variables sociodémographiques sur la santé psychologique	249
1. 3. Les liens entre la santé psychologique et le stress perçu.....	250
1. 4. Les liens entre les stratégies d'ajustement et la santé psychologique des étudiants ...	254
1. 5. Les liens entre les facteurs de personnalité et la santé psychologique	254
1. 5. 1. L'influence de l'estime de soi.....	254
1. 5. 2. L'influence de l'espoir.....	256
1. 5. 3. L'influence du névrosisme.....	257
2. Discussion des résultats de l'étude longitudinale Temps 2	259
3. Discussion des résultats de l'étude qualitative : analyse des discours des étudiants ..	261
3. 1. Le sentiment d'être entre deux	261
3. 2. Des soucis liés au métier d'étudiant	262
3. 3. La question de la dépendance et de l'autonomie	263
3. 4. Le rôle de l'environnement social et le soutien social perçu	264
3. 5. La résilience ou le coping religieux comme source d'inspiration et d'adaptation....	264
3. 6. Des préoccupations liées à la difficulté de se projeter dans un avenir clair	265
<i>Conclusion</i>	267
CONTRIBUTIONS ET LIMITES	268
PERSPECTIVES	271
CONCLUSION GÉNÉRALE	274
BIBLIOGRAPHIE	281
ANNEXES	I

Introduction générale

« N'allez pas là où le chemin peut mener.

Allez là où il n'y a pas de chemin et laissez une trace »

Ralph Waldo Emerson

À l'heure actuelle, la Tunisie compte douze millions d'habitants dont environ 300.000 étudiants recensés dans l'enseignement supérieur. Ceux-ci sont affectés dans deux cents-trois établissements supérieurs publics répartis sur treize universités ainsi que soixante-trois établissements privés (Dhaher, 2010 ; MESRS, 2016 ; Dhaoui, 2016). Dans un contexte socio-économique morose et en pleine mutation, impacté par la crise mondiale, l'université tunisienne semble être plus soucieuse par la formation académique en vue d'une insertion des nouveaux diplômés dans le monde professionnel que par la question de la santé psychologique des étudiants tunisiens, qui n'est pas considérée comme une préoccupation prioritaire.

En Tunisie, très peu d'études ou d'enquêtes ont été conduites jusqu'à ce jour pour dresser un portrait de l'état de santé physique et psychologique de la population estudiantine. Des études sur les prévalences s'avèrent plus que nécessaires afin d'évaluer l'ampleur et le poids réel des difficultés psychologiques au sein de cette population. Cependant, nous distinguons l'absence d'une structure permanente qui a pour mission l'étude des problématiques psychologiques et leurs évolutions dans le temps, liées à la vie universitaire et aux conditions de vie des étudiants, à l'instar des observatoires et des enquêtes de type baromètres santé étudiants, qui existent par exemple en France.

Au regard des résultats de notre recherche, nous espérons contribuer modestement à sensibiliser les responsables du gouvernement, au sein de l'enseignement supérieur tunisien, de l'intérêt des recherches et des études portant sur la santé mentale des étudiants. Il s'agit de viser une meilleure connaissance des facteurs de risque pour agir sur les facteurs de protection et proposer des stratégies de prévention et d'intervention adaptées. La création d'un observatoire comme source de données permanente sur l'état de santé mentale et l'évaluation du taux de changement dans le temps semblent plus que prioritaires.

De part leur âge, les jeunes étudiants se déclarent en bonne santé et pleins d'énergie mais leur état de santé psychologique est loin d'être satisfaisant d'où l'appellation «le paradoxe de la jeunesse» (Van de Velde, 2008 ; Cicchelli & Galland, 2013). La jeunesse est souvent décrite comme le plus bel âge de la vie et en même temps présentée comme étant l'âge de la fragilité et de l'apparition des comportements à risque (Marcelli & Braconnier, 1995, 2013). Les études tunisiennes qui ont été réalisées jusqu'à ce

jour concernent souvent les étudiants inscrits dans les filières médicales et paramédicales. Or, ces dernières sont souvent décrites comme des spécialités stressantes et compétitives. Les thèmes qui ont été abordés par ces études sont liés au stress, au burn-out, au tabagisme, aux conduites addictives et aux troubles alimentaires (Cherif et al., 2012 ; Maatouk et al., 2013 ; Masmoudi et al., 2014; Charfi et al., 2015 ; Ellouz et al., 2015; Nakhli et al., 2016 ; Rejeb et al., 2016, Kacem et al., 2017).

Depuis une décennie déjà, la recherche scientifique a enregistré un intérêt croissant pour les préoccupations de santé chez les étudiants. Des résultats ont révélé que ces derniers connaissent une période cruciale et particulièrement stressante, avec l'accès à l'université et le passage à l'âge adulte. Cette double fragilité crée le déséquilibre et déstabilise l'étudiant psychologiquement. La détresse psychologique est confirmée dans plusieurs études contextualisées : en Tunisie, Ellouze et al. (2015) ; en France, Lafay et al. (2003), et celles de Bouteyre et al. (2007) ; en Belgique, Berrewaets & Deseilles (2015) ; en Suisse, Vaez & Laflamme (2008) ; en Norvège, Nerdrum et al. (2006) et finalement en Malaisie, Shamsuddin et al. (2013).

À titre d'exemple, Strenna (2011) a constaté dans son étude réalisée auprès des étudiants français inscrits dans de Grandes Écoles qu'ils étaient préoccupés par l'éloignement géographique, le manque d'autonomie financière et la surcharge du travail académique. Ainsi, en utilisant le questionnaire de santé mentale de Goldberg le GHQ-12, il s'est avéré que plus de 40% des étudiants sont en situation de détresse psychologique avec des problèmes de tension interne, de concentration et de tristesse.

Ce constat est souvent attribuable à l'échec massif des étudiants, surtout au premier cycle des études universitaires (ancien régime) puis au niveau de la première année de la licence (régime LMD) (Coulon, 1997 ; Romainville, 2000 ; Millet, 2012). L'échec universitaire est vécu comme une épreuve désarmante par l'étudiant et les taux enregistrés restent élevés. En Tunisie, le taux d'échec en première année du cycle universitaire est estimé à 48,5 % en 2016. Il est dû, selon le ministère de tutelle, au niveau « médiocre » des élèves ayant réussi le baccalauréat et à « l'orientation inadaptée » vers des filières pour certains bacheliers¹. La situation n'est guère meilleure en France où l'on enregistre « 60 %

d'échecs au bout de quatre ans à l'université ! », puis en 2017, le même taux qui intervient, dès la première année d'études, puisque seulement quatre étudiants sur dix passent ce « cap difficile »².

Par ailleurs, le bien-être psychologique connaît ces dernières années un regain d'intérêt auprès de la communauté scientifique et fait l'objet d'une publication croissante (Diener, 2009 ; Martin-Krumm et al., 2011). Le bien-être psychologique contribue positivement à l'épanouissement et au développement de l'individu dans toutes les sphères de la vie : académique, sociale, affective et familiale (Diener, 2009). De plus, d'une manière générale, un étudiant en bonne santé psychologique est souvent capable d'affronter et de gérer les difficultés rencontrées dans sa première année à l'université. Il doit aussi composer avec les changements occasionnés avec l'accès à son nouveau statut de jeune adulte conjointement avec l'accès aux études supérieures. C'est ici, que réside l'intérêt scientifique de notre travail de thèse, qui a pour objectif général d'évaluer la santé psychologique des étudiants tunisiens, et d'identifier les facteurs qui contribuent à l'apparition ou à l'absence de détresse psychologique chez les étudiants primo-inscrits ainsi que les facteurs qui pourraient les aider à préserver leur bien-être psychologique.

Or, force est de constater que ce paradoxe est assez intéressant chez la population étudiante. Bien que les étudiants se déclarent en bonne santé physique, vu leur âge ; leur santé psychologique ne l'est pas forcément. La littérature scientifique révèle que cette fragilité se manifeste par une symptomatologie assez variée. Ils sont plus affectés par les comportements à risque, (Lafay et al., 2003 ; Migeot et al., 2006 ; Boujut et al., 2009). Nous citons, à titre d'exemples, la consommation des substances psychoactives, les relations sexuelles à risque, la cyberaddiction, les troubles alimentaires, etc. Les étudiants peuvent aussi connaître un stress important durant leurs cursus universitaires et peuvent vivre un épisode dépressif avec des troubles de sommeil, des difficultés de concentration et une fatigue très gênante. La littérature sur la question dresse un état alarmant. Nous

¹<https://www.tekiano.com/2017/11/21/tunisie-le-nombre-des-etudiants-inscrits-dans-les-universites-publiques-a-baisse/>

²<http://www.sauvonsluniversite.com/spip.php?article7838>

présentons donc quelques études consultées dans le cadre de notre recherche sur la santé des étudiants.

Dans une étude canadienne, une enquête a été réalisée en 2004, auprès d'un échantillon d'étudiants du premier cycle universitaire (soit un total de 6200 étudiants). Elle a indiqué que près d'un tiers des étudiants (29,2 %) souffriraient d'un problème de détresse psychologique (Adlaf et al., 2005). En effet, coupé de son entourage familial, éloigné de son réseau social habituel, soumis au stress, à un rythme d'études effréné, aux angoisses des examens, l'étudiant peut vivre un épisode de stress intense et ressentir de réelles difficultés d'adaptation à sa nouvelle vie et finit par être victime de détresse psychologique.

En Tunisie, la situation n'est guère différente des contextes européens et occidentaux. Les études recensées demeurent très timides et se focalisent souvent sur les étudiants inscrits en médecine et dans les filières paramédicales. Nous pouvons mentionner la recherche de l'équipe de Meddouri et al. (2015) de l'hôpital Errazi³. Celle-ci a réalisé deux études qui concernent les étudiants primo-inscrits. La première étude a eu pour objectif d'élucider le lien entre le stress perçu et le bien-être des étudiants qui accèdent à l'université et la seconde a porté sur le lien entre le stress perçu et l'estime de soi chez les étudiants inscrits en première année de médecine.

Les résultats indiquent que le stress perçu affecte négativement le bien-être des étudiants avec un risque élevé de dépression et surtout d'anxiété. De ce point de vue, il existe une corrélation négative et significative entre un indice élevé de stress perçu et l'estime de soi. C'est pourquoi, il n'est pas étonnant d'observer des étudiants qui adoptent des comportements néfastes à leur santé, avec des retentissements directs sur leurs rendements académiques, du fait de leur fragilité, d'où l'intérêt d'un travail préventif portant sur les réactions dues au stress.

En effet, ces étudiants, « grands adolescents », ou « adultes émergents » (Arnett, 2000), qui ne sont plus tout à fait des adolescents mais pas encore des adultes, de part leur statut social, appartiennent à la tranche d'âge des 15-24 ans, dans laquelle le suicide représente la seconde cause de décès (OMS, 2001). En plus, de tout temps, les jeunes

³ Portant le nom d'Abu Baker Errazi (850-932), l'hôpital Errazi est un établissement hospitalo-universitaire situé au Nord-est de Tunis, dans la ville de La Manouba. L'hôpital a accueilli ses malades le 1^{er} juillet 1931.

adultes sont considérés comme une proie privilégiée des affections psychiatriques : 1% des décès en population générale, contre 16% des décès dans cette tranche d'âge (Davidson & Choquet, 1980).

L'enquête intitulée « Le mal-être des étudiants en sciences », accomplie par le Centre de Santé Inter-universitaire de Grenoble en 1998, nous montre que 12% des étudiants de première année ont pensé au suicide contre 9% en 3ème année (Boujut, 2007). Dans cette perspective, Guagliardo (2009) a indiqué que le milieu universitaire est révélateur des troubles psychiatriques. La prévalence de troubles psychiatriques (type dépression caractérisée, troubles anxieux, consommation de substances, etc.) est de 25.7% parmi les étudiants universitaires français. Ce diagnostic a été réalisé en se référant au DSM IV. Par ailleurs, les étudiants semblent plus nombreux que les autres jeunes de la tranche d'âge 20-25 ans à déclarer avoir des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois précédant l'étude (Baromètre Santé 2000).

Pour confirmer ce constat, nous pouvons citer aussi les deux études françaises réalisées auprès des étudiants. La première est celle de Lafay et al. (2003), réalisée auprès de 1500 étudiants de l'université de Poitiers, âgés de 18 à 24 ans. Elle montre que 30,8% des étudiants présentent une symptomatologie dépressive et que la consommation abusive de toxiques est aussi importante quand la dépression est intense. La deuxième étude est réalisée par le Haut Comité Français de la Santé Publique (1997). Elle révèle que la symptomatologie anxieuse et dépressive touche un tiers des étudiants. Des comportements à risque comme l'alcoolisme, le tabagisme et les conduites sexuelles non protégées sont aussi observés chez cette population.

Une étude française réalisée par Bouteyre et al. (2007) a eu pour objectif d'étudier les contraintes quotidiennes et la symptomatologie dépressive chez les étudiants primo-entrants de l'université de Toulouse. L'étude a été réalisée sur un échantillon composé de 233 étudiants (207 filles et 26 garçons), avec un âge moyen de 20 ans et demi. Les questionnaires utilisés pour cette recherche sont l'échelle de dépression de Beck et l'échelle des tracas quotidiens de (DeLongis et al., 1988). Les résultats dévoilent que 96 étudiants montraient une symptomatologie dépressive (41% de la population étudiée) avec une corrélation significative ($r = 0.33$) aux tracas quotidiens. L'analyse de régression a indiqué

que cinq tracas étaient prédateurs de la dépression : l'avenir et l'insertion dans le marché du travail, les soins, les transports, le manque de temps et enfin l'apparence physique.

De ce fait, l'état psychique d'un nombre important d'étudiants doit être pris au sérieux. Face aux multiples symptômes psychologiques et physiques qui se manifestent sous forme de dépression, d'anxiété, de troubles du sommeil, de troubles de l'alimentation, d'idées suicidaires, etc., une attention particulière doit être accordée à cette détresse psychologique chez les étudiants, qui mal repérée ou non prise en charge risque fortement de basculer dans des pathologies psychiatriques. D'où l'intérêt de notre projet de thèse dans le contexte tunisien, qui tentera de contribuer à combler une lacune importante en matière de recherches scientifiques sur la vulnérabilité psychologique des étudiants tunisiens et particulièrement les étudiants inscrits en première année.

Pour certains étudiants, le passage du lycée à l'enseignement supérieur est vécu comme une transition difficile, qui les expose à une double rupture pédagogique et psychologique (Coulon, 1997 ; Réveillère et al., 2001; Lahire, 2002 ; Boujut, 2007). À cet effet, il nous semble intéressant d'étudier cette phase transitoire si l'on veut vraiment comprendre les phénomènes d'abandon et d'échec qui distinguent principalement cette période. Face aux exigences académiques, se posent pour certains la conciliation entre les études et le travail (pour subvenir à leurs besoins), sans parler des choix professionnels pour l'avenir. Tous ces facteurs peuvent constituer de réelles sources de stress. De plus, l'université, avec ses exigences, expose l'étudiant à des difficultés psychologiques supplémentaires à celles inhérentes au processus maturatif du jeune adulte. Bref, être étudiant est un réel défi dans un milieu académique exigeant et connu pour les rivalités et les performances.

Dans le contexte tunisien, avec l'application de nouvelles réformes et l'adoption du régime LMD dans les établissements universitaires, l'étudiant, sans être préparé, se trouve confronté à de nouveaux problèmes d'apprentissages. Il s'agit d'un volume horaire consacré aux études, assez important et relativement lourd, qui ne laisse pas assez de temps libre pour les activités culturelles, sportives et associatives. Par ailleurs, le temps alloué aux examens et aux différentes évaluations durant l'année universitaire et à la fin de chaque

semestre est aussi contraignant. L'étudiant est ainsi soumis aux tests, devoirs, examens partiels, exposés, etc., ce qui entraîne la fatigue chronique, la déprime et la peur de l'échec.

D'autres facteurs s'y ajoutent comme l'insatisfaction par rapport à l'orientation universitaire qui ne prend pas en compte les attentes et les aspirations de l'étudiant, les problèmes financiers, les difficultés relationnelles avec certains enseignants qui se montrent indifférents à leurs difficultés et une administration compliquée pour soustraire une information, ainsi que l'incertitude et l'inquiétude par rapport à l'avenir professionnel et surtout avec la saturation du marché de travail. D'autres tracasseries tourmentent les jeunes étudiants comme le temps important accordé aux déplacements et au transport, l'habitat précaire dans certains campus ou cités universitaires où réside un nombre important d'étudiants (bruits, manque d'hygiène, chambres étroites, etc.). Cela représente une vraie source de stress pour certains étudiants vulnérables. C'est ce qui ressort de notre pratique d'écoute et de prise en charge psychologique des étudiants dans les campus universitaires depuis une dizaine d'années, d'où l'idée de notre projet de thèse.

L'approche théorique pour laquelle nous avons opté dans ce travail de recherche, est la psychologie positive et la psychologie de la santé et nous nous sommes référés à son cadre explicatif, intégratif et multifactoriel. Celui-ci préconise l'intégration dans un même modèle plusieurs types de facteurs ayant un impact sur la santé : les antécédents environnementaux et sociodémographiques, les événements de vie stressants, le réseau social ainsi que l'exposition à divers facteurs de risque, les antécédents médicaux et les processus transactionnels, le processus d'évaluation et les stratégies de « coping ». Dans ce cadre, les issues peuvent être somatiques (début d'une maladie, aggravation ou récurrence, amélioration, guérison, etc.) ou émotionnelles et psychologiques (bien-être, satisfaction, qualité de vie, dépression, anxiété, etc.).

En réalité, ce cadre permet d'identifier des facteurs de risque avant qu'un individu ne développe une maladie ainsi que les facteurs de pronostic et les facteurs qui contribuent à l'évolution différentielle d'une pathologie chez des sujets déjà malades au départ. Enfin, ce cadre est souple pour convenir à la prédiction d'issues très différentes comme l'état de santé, la dépression, le burn-out, le retour à l'emploi, la réussite d'un sevrage tabagiques ou alcooliques, etc. (Boujut & Bruchon-Schweitzer, 2007).

Cela dit, en nous appuyant sur les résultats inquiétants des recherches citées précédemment, nous nous sommes interrogés sur la détresse psychologique chez les étudiants tunisiens. Notre quotidien en tant que psychologue à l'Office des Œuvres Universitaires du Sud à Sfax et notre présence auprès des étudiants résidant dans les cités universitaires pour un éventuel accompagnement psychologique pour ceux qui sont en difficulté passagère ou en une réelle souffrance psychologique, nous a amenée à réfléchir sur ce mal-être et à effectuer un travail de recherche sur la santé psychologique chez les étudiants tunisiens et ses déterminants pour comprendre leurs difficultés et leur vécu psychologique avec la transition aux études supérieures.

Comme un travail de thèse ne peut pas prétendre à l'étude de tous les facteurs qui peuvent impacter la santé, nous avons fait le choix de mener un travail qui s'interroge sur la santé psychologique en lien avec certains facteurs psychosociaux chez les étudiants primo-entrants, inscrits dans des filières scientifiques et littéraires. Il s'agit d'identifier les variables sociodémographiques, les variables transactionnelles et les facteurs de personnalité qui peuvent expliquer et avoir un impact sur l'apparition de détresse psychologique ou au contraire la préservation de la santé psychologique chez les étudiants en nous référant au cadre explicatif qui est intégratif et multifactoriel, proposé par notre orientation théorique qui est la psychologie de la santé.

Nous avons opté pour le choix d'une méthodologie mixte ; étude quantitative et qualitative pour la réalisation de notre objectif principal et la traduction des outils de l'étude dans un contexte local, en l'occurrence tunisien. Notre travail est composé de trois grandes parties. Chaque partie est divisée en chapitres variables en nombre. La première partie s'intéressera au contexte de l'étude en examinant, dans le premier chapitre, l'organisation et les problèmes des études supérieures en Tunisie. Il s'agit de retracer l'historique de l'enseignement supérieur en Tunisie, puis de présenter la grande réforme de l'université nationale et de discuter les défis de l'enseignement supérieur tunisien, la massification des effectifs et les taux d'échec en première année et l'employabilité des diplômés.

Le deuxième chapitre apportera des éclairages sur l'entrée à l'université et dans la vie d'adulte. Pour les étudiants, il s'agit d'un nouvel âge et d'une double transition. L'étudiant est entre deux âges : l'adolescent et le jeune adulte. Deux approches seront donc

privilégées. D'un côté, l'approche psychologique avec la théorie de l'«adulte émergent». De l'autre côté, l'approche sociologique en insistant sur le «métier d'étudiant». Nous aborderons la notion de transition et le modèle des transitions selon Schlossberg (1995). Enfin, nous examinerons la question de l'accès aux études supérieures comme les déterminants du choix d'une orientation universitaire et le constat d'échec dans les études supérieures.

La deuxième partie mettra en place le cadre théorique de l'étude. Plus précisément, nous présenterons, dans le troisième chapitre, quelques concepts comme la santé, la santé mentale ou psychologique et la détresse psychologique ou la souffrance psychologique, et certains outils d'évaluation de la santé mentale. Nous aborderons la psychologie de la santé en évoquant son évolution, ses pionniers et ses principaux concepts. Enfin, nous examinerons l'apport de la psychologie positive à travers l'évolution de ces principaux concepts et nous citerons quelques études tunisiennes et mondiales, portant sur l'état de santé psychologique des étudiants.

Dans le quatrième chapitre, nous montrerons l'impact des facteurs transactionnels sur la santé psychologique des étudiants. Nous présenterons les approches du stress (biologique et psychologique), les stratégies d'ajustement, ou le coping, et quelques outils de mesure des stratégies d'ajustement. Nous montrerons enfin l'impact des stratégies d'ajustement sur la santé psychologique des étudiants. Dans le cinquième chapitre, nous étudierons les effets des facteurs de personnalité sur la santé psychologique des étudiants. Nous nous intéresserons également aux questionnaires de mesure de la personnalité sur l'estime de soi et sur l'espoir. Le sixième chapitre sera consacré à la problématique ainsi qu'à la formulation des principales hypothèses du travail.

Enfin, la troisième et dernière partie, comprend trois chapitres. Le septième chapitre présentera notre méthodologie de travail, le huitième chapitre présentera l'étude exploratoire et ses résultats, l'étude longitudinale et ses résultats, et ensuite la présentation de quelques extraits des discours des étudiants lors des entretiens semi-directifs. Le neuvième et dernier chapitre aura pour objectif de discuter les résultats obtenus comparés à la littérature scientifique sur la question et de présenter une analyse du discours des entretiens par rapport aux écrits théoriques.

En somme, il sera question dans cette thèse de la santé psychologique et de ses déterminants afin de comprendre la détresse psychologique constatée chez les étudiants tunisiens inscrits en première année. De plus, il s'agira d'identifier l'impact des facteurs contextuels et dispositionnels ainsi que des processus transactionnels sur la santé psychologique des étudiants, en nous intéressant au stress perçu, aux sources du stress, aux stratégies d'ajustement, à la personnalité (le névrosisme), à l'estime de soi et à l'espoir.

Enfin, deux derniers objectifs viennent compléter les deux précédents. D'un côté, nous chercherons à traduire en arabe des outils d'évaluation sur une population estudiantine tunisienne. De l'autre côté, nous visons à dresser un profil des étudiants en difficulté psychologique et à expliquer les différences interindividuelles à partir de variables sociodémographiques comme le sexe, la filière poursuivie (scientifique, littéraire), la nature du choix des études (délibéré ou subi), etc.

PREMIÈRE PARTIE

CONTEXTE DE L'ÉTUDE

Chapitre 1

Organisation et problèmes des études supérieures en Tunisie

Introduction

Dans une quête d'une valorisation internationale, l'université tunisienne s'est engagée dans une dynamique de réforme en concordance avec les standards européens (comme le passage au régime LMD), d'amélioration de la qualité de la formation et du fonctionnement des établissements (les programmes PARES⁴ et PAQ⁵ lancés sur la période (2006-2012) et de modification des programmes d'enseignement et revalorisation du statut des enseignants. Nous soulignons que l'université se doit se préoccuper d'avantage de la question de la santé psychologique chez les étudiants qui mérite un intérêt singulier et devrait se poser en termes d'accomplissement personnel de ces acteurs face aux contraintes de la vie universitaire.

En Tunisie, l'enseignement supérieur est orienté par la loi n°89-70 du 28 juillet 1989, complétée par la loi n° 67 du 17 juillet 2000, qui a assuré l'autonomie des universités, a développé les compétences humaines et a incité la structure pluridisciplinaire des universités pour encourager les passerelles entre les filières. Le besoin de réforme renforcée qu'a connu l'enseignement supérieur a conduit à la déclaration de la loi d'orientation de l'enseignement supérieur n° 2008-19 du 25 février 2008, modifiée par le décret-loi n° 2011- 31 du 26 avril 2011 (Dhaher, 2016).

Pour garantir la valeur scientifique des diplômes tunisiens et tout ce qu'ils témoignent comme compétences acquises, la loi en question a soutenu la nécessité d'adopter le système LMD (Licence, Master, Doctorat) ainsi que la technique de

⁴ « PARES » (Programme d'Appui à la Réforme de l'Enseignement Supérieur) et « PAQ » (Programme d'Appui à la Qualité) sont des programmes gouvernementaux tunisiens financés par la Banque Internationale pour la Reconstruction et le Développement (BIRD) dont l'objectif est d'« améliorer les connaissances, les compétences et les qualifications des diplômés afin qu'ils contribuent à une économie diversifiée davantage axée sur le savoir ».

⁵ Le projet PAQ vise la qualité des programmes notamment dans le cadre de la réforme LMD et surtout la « viabilité gestionnaire et financière du système universitaire public ». Comme il s'agit d'une procédure d'attribution des ressources publiques dans une logique concurrentielle sous la forme d'allocations aux institutions de l'enseignement supérieur et de recherche scientifique, nous avons eu l'opportunité de participer en 2009 aux travaux de la cellule de préparation du dossier de la FSEGS au projet. Un descriptif exhaustif des programmes PARES et PAQ qui sont disponibles dans le Manuel ministériel de procédures opérationnelles consultable sur Internet aux adresses:

[<http://www.uc.rnu.tn/paq/PAQmanuel.pdf>]

[http://www.universites.tn/francais/divers/circulaire/circu2007/circu27/mpo_paq.pdf].

l'accréditation qui doit provenir d'une structure indépendante et concorder avec les critères de qualité demandée à l'échelle internationale.

Avec le passage de l'enseignement supérieur tunisien au nouveau régime LMD, la mise en place des filières universitaires appliquées dont une partie de la formation s'organise sous forme de stage en entreprise (pour au moins un semestre sur un total de trois ans) et la multiplication des spécialités professionnalisantes conçues pour préparer les étudiants au monde du travail, il faut indiquer que différentes démarches pédagogiques et administratives ont été entreprises à l'échelle locale des universités. Toutefois, le contenu des programmes LMD a été différemment interprété selon les institutions universitaires, les responsables administratifs et les intervenants sur le terrain.

Dans ce premier chapitre, nous avons choisi de débiter par la définition du contexte de l'étude, à savoir notre terrain de recherche, et ce, afin de préciser ses spécificités, ses contraintes, ses défis, etc. Nous évoquerons un bref historique de l'université tunisienne de l'époque coloniale jusqu'à l'aube de l'Indépendance du pays. Nous présenterons, par la suite, la grande réforme qu'a connue l'université tunisienne, depuis un peu plus d'une dizaine d'années, soit un demi-siècle après sa nationalisation (à partir de 2006). L'objectif de ce chapitre est d'élaborer une description et à une analyse critique des éléments contextuels de notre étude. Cela nous permettrait de mieux comprendre les enjeux institutionnels inhérents à la santé psychologique des étudiants en milieu universitaire tunisien. En fait, la santé psychologique constitue, à notre avis, un levier de développement aussi important que la formation académique et l'accompagnement pédagogique.

Nous rappellerons, en fin de chapitre, les grands défis de l'enseignement supérieur tunisien, à savoir la multiplication des effectifs étudiants et le défi de leur implication dans la vie professionnelle.

1. Aperçu historique de l'enseignement supérieur en Tunisie

Énonçons tout d'abord que l'histoire de l'enseignement supérieur tunisien n'a pas débuté avec la création de l'université nationale au lendemain de l'Indépendance, mais elle était le fruit d'une volonté politique et de textes de loi qui ont donné un élan essentiel au réseau déjà existant à l'époque coloniale. En fait, le décret du 31 mars 1960 qui a suivi la réforme générale de l'enseignement (représentée par les deux décrets du 29 mars 1956 et 1^{er} octobre 1958) portant l'organisation de l'Université de Tunis n'est pas parti de rien.

1. 1. L'enseignement supérieur à l'époque coloniale

Considérant la conception contemporaine de l'enseignement supérieur, et plus précisément l'enseignement auquel l'obtention du baccalauréat⁶ y donne accès, nous pouvons dire qu'en Tunisie et jusqu'à l'indépendance, très peu de Tunisiens ont eu la chance d'accéder à l'université. Au cours de l'époque coloniale, concernant les disciplines classiques comme le droit, la médecine ou les sciences, les Tunisiens en quête d'un diplôme universitaire ont été obligés de partir à l'étranger.

Ceux qui parviennent à accéder aux études supérieures poursuivent leurs formations académiques à Damas (Syrie), Bagdad (Iraq) ou au Caire (Égypte) s'ils sont arabophones, en Algérie ou en France (principalement Paris, Strasbourg, Montpellier et Lyon) s'ils sont francophones (Abdelmoula, 1971). Par ailleurs, le diplôme du collège Sadiki qui existe depuis 1911 est déjà un objectif rarement atteint. Quant à l'épreuve du baccalauréat, longtemps réservée au lycée français Carnot, elle est plus inaccoutumée encore : seulement 27 élèves sont admis au baccalauréat en 1927 et 58 en 1938 (Dhifallah, 2010).

C'est de cet existant que l'État de l'indépendance s'est lancé pour concevoir une université nationale. Car, dans l'esprit du décret de mars 1960, et dans le passage de la réforme de 1958, il s'agit de « *tunisifier le dernier étage de l'édifice éducatif après avoir construit la réforme des cycles primaire et secondaire* »⁷. Cette nationalisation passe par

⁶ Dans sa forme moderne, ce diplôme est né en 1808, en France Napoléon I, en même temps que la licence et le doctorat.

⁷ L'enseignement supérieur et la formation des élites de Carthage à la naissance de l'Université, *Akademia* Hors série, Université de La Manouba, juillet 2012 (en arabe). [<https://hctc.hypotheses.org/232>]

l'unification du diplôme d'entrée autour du baccalauréat, un diplôme dont l'importance sociale et politique transparait autour des années 1950. De plus, cette orientation fondamentale a accompagné le renforcement du réseau existant d'établissements et la mise en place d'une université nationale incorporant des facultés, des écoles et des instituts supérieurs.

1. 2. Institutions universitaires et types de formation

Avant d'être structuré par le diplôme du baccalauréat, l'éventail des institutions coloniales de formation et de recherche scientifique répond à des besoins urgents dans les domaines scientifiques, techniques, littéraires et artistiques. Ce qui peut s'apparenter à un enseignement supérieur dans la Tunisie coloniale est éclaté et composé d'un nombre d'établissements relevant soit de l'enseignement traditionnel, en l'occurrence zaytounien⁸, soit de la formation coloniale, autrement dit à la française. Le premier modèle a essayé, depuis 1875, d'accéder à un enseignement plus ou moins profond, intense et qui, au cours de la période coloniale, a enregistré plusieurs tentatives pour assurer la validité de ses diplômes et pour aller vers un enseignement plus « scientifique ».

Le deuxième modèle de formation est matérialisé par un ensemble d'institutions mises en place dans le cadre de la politique éducative du Protectorat pour satisfaire les besoins du pays dans les domaines de l'agriculture, l'hygiène et la formation linguistique ou juridique. Cent-quatre-vingt tunisiens sont estimés en France en 1938 (90282 étudiants français en 1938), d'après Dhifallah (2010), alors qu'en 1953, 829 garçons et 118 filles continuent leurs études en France (Louis, 1953).

Concernant les établissements universitaires, nous pouvons mentionner l'Institut Pasteur instauré par décret beylical en 1893 et qui peut être envisagé comme le premier établissement répondant à une orientation moderne de l'enseignement supérieur. Dans le secteur agricole, l'Institut Arloing naît en 1912, à partir d'un laboratoire d'élevage créé en 1897. L'École Coloniale d'Agriculture conçue en 1898 est classée comme École Supérieure d'Agriculture en 1947. Elle devient l'École Nationale Supérieure d'Agriculture de Tunis en

⁸ Il s'agit de l'enseignement dispensé pendant plus d'un millénaire (depuis 730 environ) au sein de la grande mosquée Zitouna de Tunis.

1955. Les demandes de formations linguistiques font évoluer la chaire publique d'arabe qui existe depuis 1888 en École Supérieure de Langue et Littérature Arabes en 1911. En droit, le Centre d'Études Juridiques de Tunisie, créé en novembre 1922 est rattaché en 1924-25 à l'Université d'Alger⁹ et comprend très peu de Tunisiens. Enfin, dans le domaine artistique, un Centre d'Enseignement d'Art est créé en 1923 dans la médina de Tunis puis devient l'École des Beaux Arts (Sraieb, 1994).

Il est primordial de noter que l'histoire de l'enseignement supérieur en Tunisie a connu un virage déterminant après la Seconde Guerre Mondiale. Il se structure autour de deux institutions. D'un côté, l'Institut des Hautes Études de Tunis qui garantit des formations de licence et de certificats jusqu'à 1960. De l'autre côté, la *Zaytouna* est considérée comme un établissement public doté de la personnalité civile à partir de 1948 (Annuaire Statistique de la Tunisie). Quand la loi de 1958 (création de l'université tunisienne) est déclarée, la population étudiante passe à 2200 mais le nombre de diplômés ne dépasse pas 65 (Ayachi, 1997). Le secrétariat d'État à l'Éducation nationale qui soutient le texte du 31 mars 1960 instaure finalement la formule « enseignement supérieur » dans le pays.

Celle-ci n'englobe pas l'École Nationale d'Administration (ENA) créée par décret beylical le 3 février 1949 mais intègre l'École Normale Supérieure créée en octobre 1956 (Lelong, 1959, p. 212-213) autour de quatre sections¹⁰. Tout cela illustre, à notre avis, la volonté étatique unificatrice du système universitaire après l'Indépendance en se réappropriant un modèle à « schéma bipolaire » avec un tissu institutionnel certes « embryonnaire » mais déjà existant et dont la majorité d'établissements et de structures d'enseignement et de recherche sont hérités de l'époque coloniale (Bendana, 1991, 1998, 2004).

2. La grande réforme de l'université nationale

L'internationalisation suppose que les réformes affectant l'enseignement supérieur en Tunisie soient de plus en plus liées aux variations de l'environnement mondial. En fait,

⁹ Direction de l'Instruction Publique, *L'œuvre scolaire de la France en Tunisie*, Bourg, 1931, pp. 52-55.

¹⁰ Langue et littérature - Histoire et géographie - Mathématiques - Sciences physiques.

face à la massification des effectifs d'étudiants (le nombre s'accroît nettement d'année en année, il est passé de 226 000 en 2001-2002 à 357 000 en 2009-2010)¹¹ et à l'élargissement des savoirs scientifiques et par conséquent des spécialités et des disciplines académiques, l'université tunisienne a subi des changements de profondeur la conduisant à l'adoption de nouveaux modes d'organisation et de nouvelles exigences dans l'exercice de ses missions.

Depuis la publication du Rapport de la Banque Mondiale (1998), avec son évaluation qui traduit les lacunes et les faiblesses de l'université tunisienne et les recommandations qu'il contient en vue de dépasser cette situation, le secteur de l'enseignement supérieur avait besoin d'une importante réforme. Celle-ci s'est réalisée dans l'objectif d'adapter le secteur à l'harmonisation des diplômes en Europe, selon le processus de Bologne, appelé LMD.

2. 1. Le système LMD

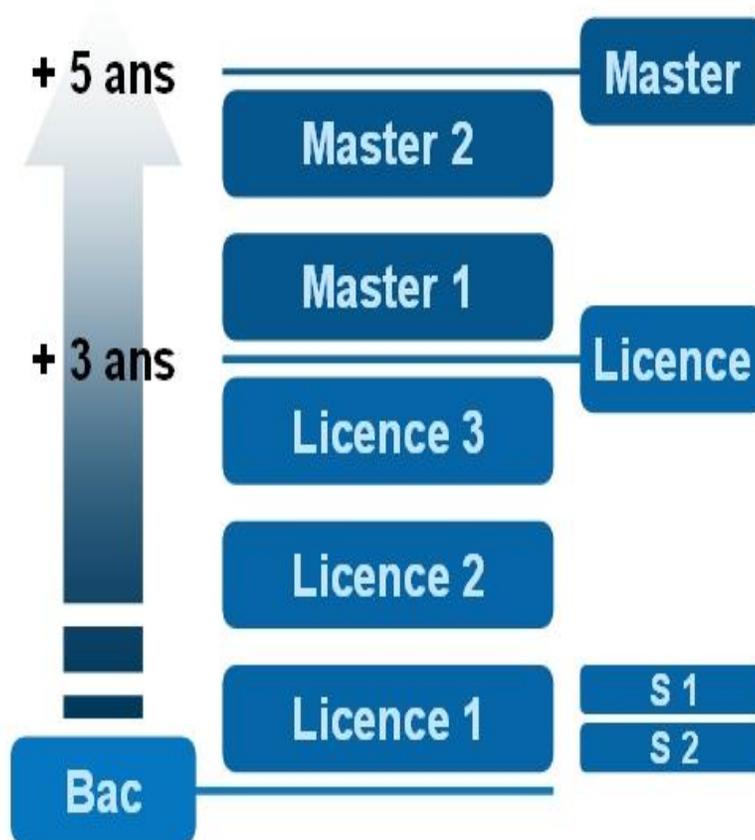
Le régime LMD est un nouveau système d'enseignement supérieur adopté officiellement par l'État tunisien en 2005 et entré en vigueur dans les universités tunisiennes à partir de septembre 2006. Ce système, variante européenne, d'un modèle d'origine anglo-saxonne, le BMP, « *Bachelor-Master-Ph.D.* », désigne une architecture de formation à trois phases, Licence-Master-Doctorat, comme le montre la (Figure 1), et offre deux modes de formation : la première est académique, orientée vers la recherche et la seconde est appliquée, conduite vers la professionnalisation.

Par ailleurs, ce système procure une flexibilité dans la formation dispensée (domaines d'études variés, mobilité étudiante dans les parcours ou les spécialités ou encore entre les institutions universitaires, etc.) qui est mise d'un côté, sur le facteur humain (enseignants, étudiants, corps administratif des divers établissements, professionnels, etc.) pour la prospection de nouveaux secteurs de formation en fonction des besoins du marché de l'emploi et de l'autre côté, sur les Nouvelles Technologies de l'Information et de la

¹¹ Selon les données de base du MESRS consultables sur Internet aux adresses :
http://www.mes.tn/francais/donnees_de_base/db/p_etud.htm
<http://www.mes.tn/francais/index.htm>

Communication (NTIC) et sur le développement de l'enseignement à distance, pour la création d'unités d'enseignement répondant aux besoins et aux attentes des étudiants.

Figure 1 : Paliers de formation dans le système LMD (Tunisie Numérique¹²)



La réforme universitaire adoptée en Tunisie désigne un ensemble d'exigences modifiant le système d'enseignement supérieur tunisien pour l'adapter aux principes internationaux et surtout européens. À l'échelle européenne, le processus de Sorbonne-Bologne a constitué un cadre visant à harmoniser les divers systèmes nationaux et un engagement à construire un espace européen de l'enseignement supérieur jusqu'à 2010. Ce processus de normalisation est initié en France, en 1998, par la déclaration de la Sorbonne, puis officialisé un an plus tard en Italie, par la déclaration de Bologne. L'objectif final

¹² Site d'actualités en Tunisie et dans le monde www.tunisienumerique.com

n'était que la mise en place d'une structure commune des cycles d'enseignement, d'un outil, le système ECTS¹³, pour décrire les programmes d'études et faciliter l'acquisition ainsi que la valorisation et le transfert des crédits obtenus lors d'un cursus d'études et enfin un supplément au diplôme afin de rendre comparable et lisible les diplômes acquis.

La Tunisie a opté pour un passage de façon graduelle au régime LMD, tout en essayant de l'adapter aux spécificités du contexte tunisien. Cette décision gouvernementale a fait l'objet, selon le site officiel du ministère, d'une campagne d'information, de formation et de sensibilisation, en direction des enseignants et des responsables pédagogiques. Plusieurs réunions et séminaires (notamment à Tozeur, le 19 novembre 2005, avec les doyens et les directeurs des établissements universitaires et à Monastir, le 3 février 2006, avec les directeurs des départements) ont été préparés à cet effet surtout pour expliciter les principes, les objectifs et les modalités de passage à ce nouveau système¹⁴. Dans sa politique de communication, le ministère de tutelle a élaboré en direction des étudiants une brochure comportant des réponses aux principales questions se rapportant au système LMD.

Depuis 2007, un site web officiel destiné à cette réforme de l'enseignement supérieur a été lancé en langue arabe avec deux autres entrées, l'une en langue française et l'autre en langue anglaise. Seule la version en langue arabe contient les programmes détaillés des licences, proposés et révisés par les commissions sectorielles (constituées d'enseignants appartenant à différentes universités) ayant la tâche de définir les modèles des parcours d'études à l'échelle nationale. Toutefois, il faut signaler que, depuis sa mise en ligne, la mise à jour du site n'est pas systématique et régulière, surtout concernant les contenus des programmes des unités d'enseignement (UE) qui font souvent l'objet de modifications d'une année à l'autre en fonction des disciplines académiques (dans le cadre des commissions sectorielles) et selon les orientations des départements de spécialité dans les établissements universitaires.

¹³ *The European Credit and accumulation Transfer System*, en français le système européen de transfert et d'accumulation de crédits.

¹⁴ Voir la page Internet <http://www.projets.rnu.tn/lmd-info/contenu/objectif.php>

Sur le plan juridique, les principes, les objectifs du système LMD et l'organisation des études dans le cadre de ce nouveau régime sont réglementés par un texte fondateur paru sous forme de décret datant de septembre 2008 et par un ensemble de circulaires ministérielles parues régulièrement depuis 2005. Toutefois, le projet de loi portant sur l'adoption du système LMD, expérimenté dans la tranche licence, et soumis au parlement tunisien pour la première fois en janvier 2008, n'a pas fait l'unanimité au sein du corps enseignant¹⁵.

La Fédération Générale de l'Enseignement Supérieur (FGESRS, affiliée à l'Union Générale des Travailleurs Tunisiens, UGTT) a qualifié ce projet de loi d'unilatéral et a affirmé qu'il avait été préparé «*dans la confusion et l'improvisation*», sans évaluation de l'expérience passée. Pour défendre ses choix, le ministère a fait valoir qu'il avait organisé une concertation portant sur les conditions d'application du nouveau système, créé à l'avance par une circulaire ministérielle de 2005, et a renvoyé à des articles de la presse locale signés par des universitaires totalement favorables au projet.

2. 2. Principes et objectifs du système LMD

Si nous admettons que les acteurs de la vie universitaire reconnaissent la nécessité d'une transformation profonde pour adapter le système d'enseignement supérieur et de recherche à l'évolution du monde, aux normes internationales et aux besoins du développement, nous pensons qu'un changement pareil exige à tous ces acteurs (enseignants, chercheurs, étudiants, professionnels, etc.) qu'ils s'en approprient les multiples facettes.

D'après le site ministériel¹⁶ dédié au passage au système LMD, il s'agit d'une réforme progressive, à la fois structurelle et pédagogique, qui s'est étalée sur trois ans, de la rentrée 2006/2007 à la rentrée 2008/2009. Les grands fondements présentés de cette réforme se résument dans la restructuration des cursus en choisissant un « schéma » de formation en trois grades ; ou bien Baccalauréat + 3 ans d'études universitaires, ou bien

¹⁵ Voir l'article paru dans *Jeune Afrique*, n° 2457 « Tunisie - Universités : une réforme mort-née », février 2008, p. 50.

¹⁶ <http://www.mes.tn/lmd>

Licence, Baccalauréat + 5 ans ou bien Master, et Baccalauréat + 8 ans ou Doctorat. Cette nouvelle architecture remplace donc l'ancien système de diplômes jugé très complexe. Par ailleurs, les enseignements universitaires sont désormais découpés semestriellement et organisés en grands domaines de formation, mentions¹⁷ et parcours ou spécialités. Chaque licence se décline en Unités d'Enseignement (UE) puis en Éléments Constitutifs des Unités d'Enseignement (ECUE), auxquels correspondent des crédits capitalisables dans le cursus de l'étudiant.

Dans le même ordre des idées et selon le site ministériel du régime LMD, les objectifs assignés à cette réforme consistent essentiellement à doter l'architecture de l'enseignement supérieur d'une meilleure visibilité pour tous les intervenants au supérieur et à fournir aux diplômés nationaux une meilleure lisibilité des grades de formation et des paliers d'insertion professionnelle, une meilleure comparabilité avec les diplômes étrangers et donc une reconnaissance facile à l'échelle internationale. Un accent particulier est par ailleurs mis sur la question de la flexibilité des parcours et surtout sur celle de la professionnalisation des enseignements induite par le passage au nouveau régime.

En plus, dans le cadre du régime LMD et à la fin de première année précisément, l'étudiant peut se réorienter ou réorganiser son parcours de formation en empruntant des passerelles créées à double sens entre les licences appliquées et les licences fondamentales ou en participant, comme avant, aux concours annuels de réorientation organisés au sein d'une même université (inter-filières / inter-établissements) ou à l'échelle nationale (inter-universités), en attendant les possibilités de mobilité internationale. Avec le principe de mobilité, la structure du système LMD est fondée sur des parcours individualisés puisque l'étudiant sera amené à choisir son projet personnel et sa propre cadence académique. En cas d'application, cette particularité constituerait, une mutation par rapport à l'ancien

¹⁷ Comme le précise le lexique proposé par le site ministériel consacré au passage au régime LMD : « à l'intérieur d'un domaine de formation, les licences se déclinent en mentions, correspondant aux enseignements fondamentaux mono-disciplinaires (exemple : mathématique / sociologie/ informatique / histoire, etc.), bi-disciplinaires (mathématiques-informatique) ou encore pluridisciplinaires (comme EEA : électronique-électrotechnique-automatique). »

système vu qu'elle permet d'ancrer chez l'étudiant «*l'esprit managérial*» et surtout l'acquisition d'une «maturité indispensable pour la valorisation des acquis académiques»¹⁸.

Le principe même de mobilité étudiante dépasse actuellement la simple question de flexibilité dans les parcours et les filières d'études dans un contexte mondial caractérisé par l'internationalisation de l'enseignement supérieur. Les programmes de mobilité étudiante intra-européenne et sur le plan mondial, auxquels sont associés des universités tunisiennes, constituent en fait un support visible de cette ouverture à l'international des enseignements et diplômes ainsi que des projets de recherche en collaboration.

Au-delà des marqueurs propres à la notion de la mobilité étudiante tels que les facteurs biographiques (âge, niveau d'études, etc.), les compétences linguistiques et culturelles, les circonstances du déplacement (déplacement individuel ou institutionnel, forcé ou souhaité ; politique d'accueil, etc.), les motivations au départ (motifs et perspectives, par exemple) et les questions relatives aux représentations et aux attitudes réciproques (proximité et distance perçues et vécues, par exemple). Des auteurs comme Marzloff (2005) et Murphy-Lejeune (2008) conçoivent la mobilité comme une réalité dépassant même la dimension géographique parce que le progrès technologique et précisément numérique dissocie la notion de mobilité de l'idée d'un simple déplacement physique des étudiants.

En outre, le renforcement de la professionnalisation des filières universitaires est un moyen pour atteindre l'objectif majeur qui est assigné à la réforme, à savoir, l'adéquation entre qualification et travail. En fait, la réforme LMD constitue un choix qui offre en principe de meilleures perspectives d'emploi aux diplômés du supérieur à travers l'instauration d'une formation et de diplômes orientés directement vers le marché du travail.

Dans ce sens, les offres progressives de formation favorisent, selon le ministère de tutelle, l'orientation des deux tiers des étudiants vers les parcours appliqués et «professionnalisants» contre un tiers orienté vers les parcours fondamentaux. C'est l'un des

¹⁸ Voir *La Presse* de Tunisie du 29 septembre 2010, « L'employabilité : mode d'emploi ». Article consultable sur Internet à l'adresse <http://www.lapresse.tn/29092010/13259/employabilite-mode-demploi.html>.

principes directeurs de l'organisation des études dans le cadre du régime LMD, même si rien ne garantit que les deux tiers des diplômés qui se déversent annuellement sur le marché de travail soient absorbés par ce même marché.

2. 3. L'organisation pédagogique

Sans rappeler les détails pédagogiques généraux relatifs à l'inscription administrative, la validation et la capitalisation des unités d'enseignement ainsi qu'aux conditions d'évaluation, de passage d'une année d'études à la suivante, d'un niveau à l'autre et de l'obtention des diplômes, nous précisons que les études dans le cadre du système LMD, telles qu'elles sont présentées sur le site web ministériel¹⁹ et par la « note de cadrage »²⁰, s'articulent autour de deux points essentiels, les types de licences proposées aux étudiants et les spécificités des unités d'enseignement, destinées à occuper les maquettes de programmes de ces licences.

D'une part, il existe deux types de licences, l'une fondamentale et l'autre appliquée. L'ordre de la présentation des licences et le nombre d'arguments développés, sur le site internet ministériel officiel, semblent privilégier le second type de diplôme. En fait, si la formation dispensée dans les deux types de licences est axée sur la préparation des étudiants au marché de l'emploi au bout de trois ans d'études universitaires, la licence appliquée se présente comme plus adaptée que la licence fondamentale à cette mission. Le mot « métier » se répète à deux reprises, l'expression « professionnel » est récurrente et est associée à d'autres termes comme « projet », « milieu » et « master », et la référence au monde économique est également très présente dans le descriptif de la licence appliquée. D'ailleurs celle-ci est destinée à prévaloir comme mode de formation dans la réforme LMD, accueillant ainsi les deux tiers des nouveaux bacheliers chaque année. Nous notons qu'à partir de l'année universitaire 2019/2020, il y aura une seule licence nationale qui sera délivrée aux étudiants et les deux licences appliquée et fondamentale seront dorénavant fusionnées.

¹⁹ Voir la page http://www.mes.tn/lmd/types_licences.htm

²⁰ Voir le document disponible à l'adresse http://www.mes.tn/lmd/lmd_tunisie.pdf

D'autre part, étant la structure de base du système d'études, l'unité d'enseignement peut comprendre une ou plusieurs matières (quatre au maximum), appelées éléments constitutifs de l'unité d'enseignement (ÉCUE), devant être articulés par un lien de cohérence. Par ailleurs, les unités de chaque parcours se déclinent en deux types : unités obligatoires et unités optionnelles. Occupant les trois quarts de l'offre de formation, les unités d'enseignement obligatoires se déclinent elles-mêmes en Unités Fondamentales (UEF) et Unités Transversales (UET). Si les premières assurent à l'étudiant la formation de base dans le parcours adopté, les secondes disposent de 25% du volume horaire total et des crédits de l'ensemble des unités obligatoires et constituent une formation complémentaire dans d'autres domaines différents de la spécialité de la licence.

Les unités d'enseignement optionnelles, quant à elles, disposant, au maximum, d'un quart des unités, du volume horaire et des crédits correspondants, ont pour objectif de permettre à l'étudiant d'«approfondir sa spécialisation et de s'ouvrir à d'autres champs de connaissance»²¹. Les étudiants inscrits dans une institution de l'enseignement supérieur choisissent les options parmi une liste établie par l'établissement auquel ils appartiennent même si l'expérience nous montre qu'il s'agit d'un choix «préétabli». Généralement, c'est la Commission Nationale Sectorielle en charge des programmes dans une spécialité académique donnée qui fixe la liste des unités sans proposer des choix réels aux étudiants eux-mêmes.

3. Les défis de l'enseignement supérieur tunisien

3. 1. L'accès à l'université

L'enseignement supérieur est dispensé par les universités répandues sur l'ensemble du territoire dans le réseau des facultés (médecine, droit, lettres, sciences, etc.), des instituts supérieurs d'études technologiques (ISET) qui sont l'équivalent des IUT en France, des écoles supérieures d'ingénieurs (ENI), des écoles et instituts supérieurs (souvent placés sous double tutelle) et enfin des instituts supérieurs de formation des maîtres, récemment recréés sans disposer pour autant de locaux autonomes et d'administrations indépendantes.

²¹ Ministère de l'enseignement supérieur (2006), *La réforme LMD en Tunisie. Note de cadrage. La licence*, p. 14. http://www.mes.tn/lmd/lmd_tunisie.pdf.

L'accès à l'enseignement supérieur tunisien est possible à tout titulaire du diplôme national de baccalauréat. Les études universitaires y sont gratuites et les étudiants appartenant à des catégories sociales précaires profitent de bourses de l'État. Les bacheliers sont orientés grâce à un système informatique qui tient en compte des résultats des élèves, de leurs souhaits et surtout de la capacité d'accueil de la filière. La majorité des formations prodiguées par les universités tunisiennes sont organisées selon le schéma Licence (180 crédits), Master (120 crédits) et Doctorat. La formation au niveau du doctorat dure 3 ans en Tunisie. Toutefois, les formations d'ingénieurs, de pharmacie et de médecine n'ont pas rallié le système LMD.

Le nombre des étudiants inscrits dans les établissements universitaires étatiques à la rentrée universitaire 2016/2017 est de l'ordre de 250 000 étudiants contre 339 000 étudiants en 2011/2012. Une augmentation du nombre des étudiants a eu lieu dans les établissements universitaires privés avec 31 000 étudiants au cours la même année (2016/2017) contre quelques 17 000 en 2011/2012. Comme le montrent l'évolution du nombre d'étudiants dans les secteurs public et privé (Tableau 1) et l'évolution du nombre d'étudiants par sexe et par domaine d'études dans le secteur public (Tableau 2), il s'agit d'une baisse progressive de l'effectif global des étudiants dans le public, d'un progrès rapide de l'enseignement supérieur privé et surtout d'une tendance vers la féminisation des formations universitaires dans plusieurs domaines d'études (éducation, sciences humaines et art, sciences sociales, commerce et droit).

Tableau 1 : L'évolution du nombre d'étudiants dans les secteurs public et privé (<http://www.mesrs-assises-nationales.tn/mes/statistiques/>)

Année universitaire	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017
Nombre d'étudiants dans le secteur public	339619	315513	305783	292291	263817	250900
Nombre d'étudiants dans le secteur privé	17773	21880	26019	30334	30669	31304
Nombre d'étudiants dans le secteur privé/total des étudiants	5.0%	6.5%	7.8%	9.4%	10.4%	11.1%

Tableau 2 : L'évolution du nombre d'étudiants par sexe et par domaine d'études dans le secteur public (<http://www.mesrs-assises-nationales.tn/mes/statistiques/>)

Année universitaire	2010-2011		2016-2017	
	Nombre des étudiants	% des étudiantes	Nombre des étudiants	% des étudiantes
Éducation	1422	85.9%	3396	82.1%
Sciences humaines et art	73362	75.3%	41649	75.5%
Sciences sociales, commerce et droit	88050	65.9%	72319	71.9%
Sciences	81323	57.3%	51897	65.3%
Ingénierie, industries de transformations et productions	60210	39.3%	47683	44.2%
Agriculture	6806	64.2%	4604	73.2%
Santé et services sociaux	23718	71.0%	20566	73.1%
Services	11985	51.2%	8786	52.4%
Total	346876	61.2%	250900	65.5%

3. 2. Les ressources matérielles et humaines

Durant la rentrée universitaire 2014/2015, la Tunisie compte treize universités²² et 203 établissements supérieurs publics, ainsi que 63 établissements privés. L'enseignement supérieur en Tunisie s'accapare des ressources financières significatives. En effet, le budget du secteur représente 5.04% du budget total de l'État en 2015. Comme le montre le (Tableau 1), la part importante du budget est consacrée à l'enseignement supérieur ce qui est dû à la transition démographique que vit la Tunisie depuis la création de l'État national, un pays disposant de ressources naturelles, certes variées mais assez limitées, et enclin à miser sur le développement humain du public étudiant et les compétences de ses nouveaux diplômés.

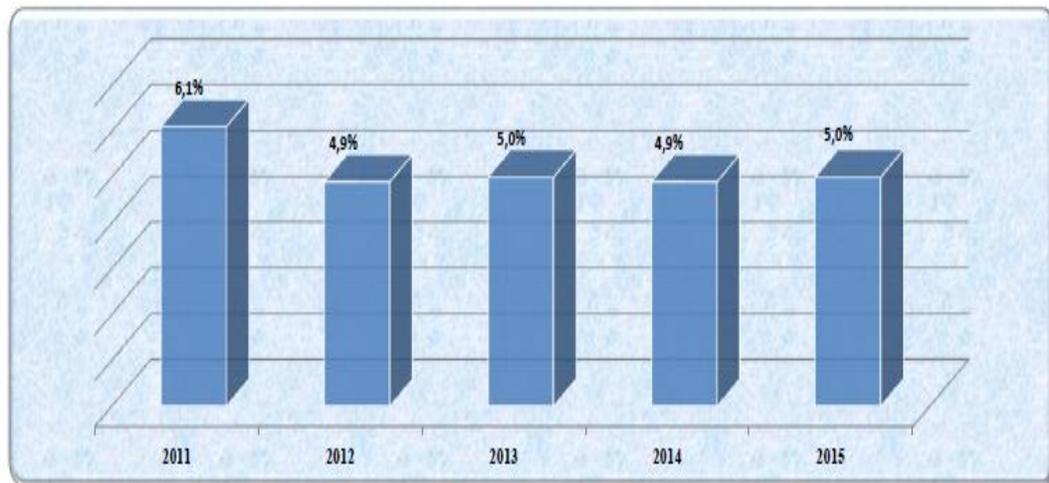
Tableau 3 : Budget du Ministère de l'Enseignement Supérieur tunisien (MESRS, Bureau des études, de la planification et de la programmation, 2016)

Année	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Budget du MESRS	1163.090	1236.868	1339.074	1337.200	1401.339	1478.211
Budget de l'état	19067.0	25266.0	26692.0	27525.0	27786.0	29150.0
PIB	64492.2	70354.5	75151.4	80816.0	84378.4	-
Budget MESRS/Budget de l'état	6.1%	4.9%	5.0%	4.9%	5.0%	5.1%
Budget MESRS/PIB	1.80%	1.76%	1.78%	1.65%	1.66%	-

Les ressources allouées à l'enseignement supérieur sont essentiellement budgétaires, les ressources propres des universités et des établissements restent moyens. Comme le montre la (Figure 2), l'évolution des dépenses allouées par étudiant montre une certaine stabilité du financement public face à la massification des universités. La dépense par étudiant est restée proche de 3 000 dinars tunisiens, ce qui correspond en fait à une baisse de la dépense programmée mais aussi à une baisse de la dépense en pourcentage du PIB, reflétant la contrainte budgétaire d'un modèle éducatif fondé sur la gratuité des études et un accès non sélectif.

²² Carthage, Gabès, Gafsa, Jendouba, Kairouan, La Manouba, Monastir, Sfax, Sousse, Tunis-El Manar, Tunis, Université virtuelle de Tunis, Tunis, Zitouna et Instituts Supérieurs des Etudes Technologiques.

Figure 2: Évolution du budget de l'enseignement supérieur tunisien (MESRS, Bureau des études, de la planification et de la programmation, 2016)



En matière de moyens humains, les statistiques consultées (OIT, 2013) montrent une amélioration de l'encadrement pédagogique durant la décennie 2000-2010. Selon les données officielles le pays dispose de 22 410 enseignants en 2011-2012 contre 11 412 seulement en 2002. Le taux d'encadrement est ainsi passé de 20 étudiants par enseignant en 2002 à 15,1 en 2012. De plus, la qualité de l'encadrement tend à s'améliorer étant donné la répartition du personnel enseignant selon le grade universitaire.

Du côté de l'encadrement pédagogique, la décennie 2000 a connu un développement progressif du nombre des enseignants universitaires en réponse à l'évolution croissante du nombre d'étudiants. En 2012, la part des professeurs (4,9%), maîtres de conférences (3,5%) et professeurs de médecine (9,9%) a diminué au profit des maîtres assistants (21,9%), des assistants (33,1%) et des autres enseignants comme les professeurs de l'enseignement secondaire ou les experts professionnels (26,7%) (MESRS, 2015 et 2016).

3. 3. Massification des effectifs et taux d'échec au premier cycle universitaire

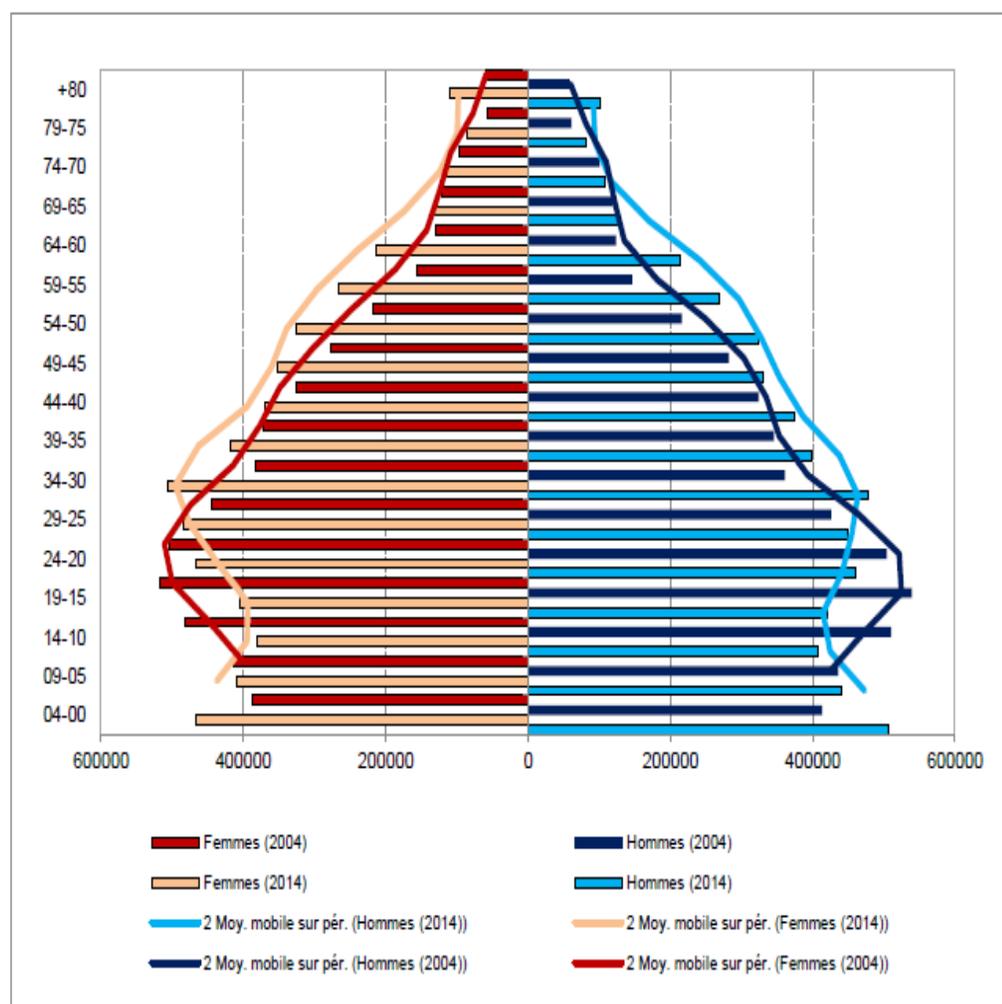
La multiplication des effectifs scolarisés en Tunisie, et plus essentiellement à l'enseignement supérieur, est un fait incontestable, voire saillant et ce phénomène est particulièrement remarquable lors des dernières années. Affichant à peine plus de 5 000 étudiants en 1965, l'enseignement supérieur en Tunisie prend lentement son essor à raison d'un taux annuel de croissance ne dépassant pas les 5% entre 1965/1966 et 1985/1986 (Dhaher, 2009). Selon les chiffres officiels des dépliants et des brochures publiés sur le site du Ministère de l'Enseignement Supérieur Tunisien²³ nous remarquons que le nombre des étudiants a connu une évolution croissante jusqu'à un pic enregistré en 2008/2009. En effet, 360 172 étudiants étaient recensés au cours de l'année 2008/2009, alors que ce nombre n'était que de 324 034 en 2004/2005 et de 226 102 en 2001/2002.

Toutefois, l'évolution des effectifs globaux pendant les dernières années montre un abaissement pour la première fois à partir de l'année 2009-2010. Nous comptons 346 876 étudiants pendant 2009/2010, et 292 291 en 2014/2015, soit une diminution de 54 585 étudiants, équivalent à une baisse de près de 15.73% au bout de six ans. Comme le montre le graphique ci-dessous (Figure 3), nous remarquons une transformation de la population tunisienne selon la tranche d'âge entre 2004 et 2014.

L'application centralisée, parfois contraignante, de la réforme LMD a créé un état de massification des effectifs malgré l'amélioration du taux d'encadrement pédagogique. Aux effectifs excessifs s'ajoutent les taux élevés d'échec aux études de 2011/2012 à 2015/2016 (Tableau 4). De plus, les bacheliers qui entament leurs études dans l'enseignement supérieur semblent ne pas être pourvus des compétences nécessaires pour réussir leurs cursus et acquérir un diplôme. Les taux d'échec et de réorientation dévoilent des défaillances de l'orientation et de la sélection qui font qu'un nombre important d'étudiants n'est pas bien informé ou ne prend pas le chemin le plus approprié pour faire valoir ses aptitudes et pré-requis.

²³ www.mes.tn

Figure 3 : Pyramide de la population tunisienne en 2004 et en 2014 (INS, Recensements de la population et de l'habitat de 2004 et 2014, cité par Dhafer, 2016)



Par ailleurs, l'enseignement supérieur tunisien se caractérise par une grande diversité institutionnelle et par un poids de plus en plus important de l'enseignement privé, surtout ces dernières années. Celui-ci a fait l'objet de transformations nombreuses, concernant particulièrement les modalités d'accès à l'université et la création d'une procédure d'évaluation au terme de l'enseignement secondaire. La politique d'orientation scolaire et universitaire a régulièrement obéi à une priorité, le contrôle et la planification des flux quantitatifs d'élèves, sans tenir compte du souci de faciliter ni de la construction et de l'accompagnement du projet individuel de l'étudiant, ni de son accomplissement personnel.

Tableau 4: Évolution du taux de réussite, de redoublement et d'abandon dans le secteur public
[\(http://www.mesrs-assises-nationales.tn/mes/statistiques/\)](http://www.mesrs-assises-nationales.tn/mes/statistiques/)

Année universitaire	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016
Taux de réussite général	68%	66.7%	65.9%	66.1%	70.2%
Taux de réussite en première année licence	48.3%	49.1%	46%	47.3%	51.5%
Pourcentage de redoublants	29.1%	30.8%	31.5%	31.2%	27.2%
Taux d'abandon	2.9%	2.5%	2.6%	2.8%	2.6%
Nombre d'abandons	10170	7812	8559	8765	7737

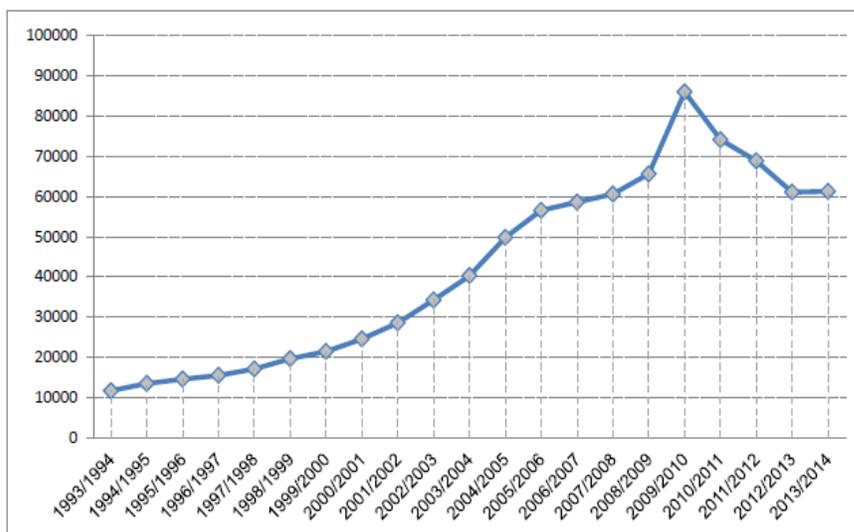
3. 4. Employabilité et insertion professionnelle des diplômés

Partant des données de la section précédente, nous remarquons que la structure par âge de la population est déterminée par une diminution du poids des jeunes de moins de 30 ans et une augmentation de la population âgée de plus de 30 ans. L'accroissement de la population concerne principalement la population active. Puisque le taux d'accroissement de la population active est supérieur au taux d'accroissement de l'emploi (ITCEQ, 2016), cette tendance démographique engendre un impact retentissant sur le marché de l'emploi dans la mesure où les conditions d'insertion professionnelle se sont abaissées depuis plus d'une décennie.

En fait, comme le montre le graphique de la (Figure 4), le nombre des diplômés de l'enseignement supérieur a évolué rapidement pour atteindre un pic de 86 035 diplômés en 2009/2010 contre seulement 11664 en 1993/1994. D'ailleurs, entre 2003/2004 et 2009/2010, ce nombre a presque doublé. Néanmoins, à partir de l'année 2009/2010, le

nombre des diplômés a commencé à diminuer pour la première fois en passant à 74 133 contre 86035 une année auparavant et a atteint 61 296 en 2013/2014.

Figure 4: Évolution de la population étudiante tunisienne en 1993-2014 (ITCEQ, 2016, p. 27)



Énonçons ici que l'analyse de l'évolution du nombre des diplômés du supérieur se pose particulièrement lorsqu'il s'agit d'analyser le marché du travail. En effet, le taux de chômage dépend non seulement de l'inadéquation entre l'offre et la demande et des nouvelles créations d'emploi au profit de ces diplômés ; mais aussi de l'évolution de leurs effectifs. De même, la répartition de ces diplômés selon le domaine d'étude (cycle court, cycle long, etc.) ou la filière (filières proportionnellement insérables, filières d'insertion difficile, etc.) influence lourdement l'évolution du taux de chômage, sa durée, la qualité même du diplôme (éventuellement la présence des problèmes de déclassement et d'inadaptation). Aussi, cette évolution influence la répartition de la population active selon le niveau d'instruction et du diplôme obtenu.

L'insertion professionnelle devrait se manifester par la capacité d'un étudiant à la sortie du système de formation de trouver un emploi en adéquation avec ses compétences et ses désirs. Cette capacité, connue sous le terme « d'employabilité », concerne à la fois la capacité à repérer un emploi, à conserver son emploi, voire à évoluer vers de nouvelles carrières. La possibilité pour un étudiant en fin de parcours de trouver un emploi est liée à

la qualité de sa formation au regard des attentes du marché du travail mais aussi à sa capacité à se mettre en situation la valorisation de ses compétences auprès des employeurs. Les établissements de l'enseignement supérieur tunisiens ont donc pour mission de doter les étudiants de compétences utiles afin de faciliter leurs insertions professionnelles.

Or, même si les conditions d'insertion au marché du travail sont directement liées au niveau de formation atteint par les jeunes en général, et par les diplômés du supérieur en particulier, depuis plus de vingt ans, le marché de l'emploi tunisien ne parvient pas à absorber les nouveaux diplômés, qui ne conviennent pas souvent en qualité et en nombre à ses exigences. Certes les institutions d'enseignement supérieur et les universités en particulier, ont vocation à produire, par la recherche, des savoirs et à transmettre ces savoirs par la formation. Mais aussi forcément, ces institutions ont pour mission d'accompagner l'insertion économique et sociale de leurs étudiants. Cette mission est, rappelons-le, indiquée de manière explicite dans le cadre de la mise en place de la réforme LMD.

Chapitre 2

L'entrée à l'université : les étudiants, un nouvel âge et une double transition

Introduction

De par leur âge, les étudiants se situent dans une phase intermédiaire aux frontières relativement floues. Entre la période «post- adolescence» et l'âge «jeune adulte», ils sont désignés comme «adulescents», un concept avancé par le psychanalyste Tony Anatrella (Anatrella, 2003) qui, d'une part, qualifie des adultes qui s'identifient aux adolescents dans leur vie et, d'autre part, désigne des jeunes qui ne parviennent pas à renoncer aux hésitations de l'adolescence pour accéder à un autre âge de la vie. Sur le plan développemental, Galland (1991) qualifie cette étape comme transitoire et évoque une période qui désigne «un nouvel âge de la vie ». De son côté, Foucault (2001) avance la notion de «souci de soi ». Il s'agit pour l'étudiant d'une étape où la réflexion se focalise sur soi, sur son avenir et sur ses engagements. Lors de cette période, le jeune étudiant est amené à décider de son avenir professionnel et à développer une philosophie et un style de vie propre à lui (Paivandi, 2015).

Dans ce deuxième chapitre, nous nous intéresserons à l'entrée des jeunes dans la vie universitaire, un double accès car les étudiants passent également à l'âge adulte qui se situe pour les adolescents aux alentours de vingt ans. Comme il n'existe pas de normes internationales communément partagées, fixant le statut de l'étudiant, chaque société s'approprie la façon dont elle caractérise et distingue cette population, ce qui nécessite une présentation de la catégorie «étudiants». Deux approches s'imposent pour mieux cerner cette double transition : d'un côté, l'approche psychologique où nous aborderons la théorie de l'«adulte émergent » avec les phases des explorations identitaires, de l'instabilité, de la focalisation sur soi-même, du sentiment d'entre deux et enfin de l'âge des possibilités. De l'autre côté, l'approche sociologique, où nous traiterons la notion « métier de l'étudiant » avec «le temps de l'étrangeté», celui de «l'apprentissage» et enfin celui de «l'affiliation».

Les deux dernières sections de ce chapitre seront consacrées respectivement à la théorie des transitions, où nous approcherons la conception de la transition comme crise et rupture, le modèle des transitions selon Schlossberg (1995) (temporalité, rôles, relations, habitudes modifiées), puis nous examinerons l'accès aux études supérieures comme étant le choix d'une orientation universitaire et le choix d'un projet de vie.

1. L'étudiant: entre adolescent et jeune adulte

Nous avons choisi dans cette partie de présenter les concepts tels qu'ils sont traités dans la littérature internationale et particulièrement occidentale. Notons, que nous développons un sujet très peu étudié en Tunisie car nous n'avons pas trouvé de références tunisiennes s'intéressant aux aléas du passage aux études supérieures et les enjeux psychologiques liés à la transition à l'âge adulte dans notre contexte tunisien. Nous soulignons de prime à bord que l'entrée à l'université correspond à une période déterminante, épisode particulier dans la vie des jeunes étudiants²⁴. Être étudiant signifie le passage progressif vers une vie d'adulte autonome, porteuse d'un projet professionnel et plus exactement d'un projet de vie. En fait, les études supérieures constituent la dernière étape avant l'insertion dans le monde professionnel. Cohen-Scali (2001) inscrit la transition des jeunes dans un parcours complexe. De ce fait, l'identité personnelle et l'identité sociale sont doublement sollicitées.

De ce point de vue, les jeunes explorent de nouvelles possibilités, font l'expérience de l'indépendance et de la liberté tant convoitée, réfléchissent sur des projets de vie et adoptent de nouvelles postures sociales. Ainsi, les représentations de soi progressent et changent, des relations avec les pairs se tissent, des stratégies d'adaptation se mettent en place pour faire face aux nombreuses ruptures vécues. Ces identités sont controversées et particularisées dans la littérature mais fréquemment confondues dans la réalité. Elles trouvent dans cette phase de passage, de l'adolescence à l'âge adulte et de l'université au monde professionnel, un nouveau départ parsemé de questionnements, de remaniements identitaires déterminant ainsi la vie future des étudiants (Cohen-Scali, 2001)

Le développement de l'identité sociale se dévoile dans l'expérience des conflits et par l'intériorisation des règles sociales et sociétales (Bosma, 1994 cité par Cohen-Scali, 2001). Cohen-Scali (2001) évoque, dans ce sens, la notion de «tension continue» entre deux dimensions: le public et le privé à partir desquels s'alimente et se structure la vie d'adulte. Au cours de la période étudiée, l'univers mental de l'individu, son ressenti,

²⁴ Étymologiquement le mot «étudiant» provient du latin *studere* qui signifie « s'appliquer à apprendre quelque chose ». Toutefois, le terme ne s'applique pas à toute personne qui apprend. Nous le réservons d'habitude aux personnes intégrées dans un parcours scolaire ou universitaire.

l'ensemble des représentations sur soi et sur l'environnement se distinguent plus dans la vie d'adulte que pendant l'adolescence. La sphère publique et sociale se démarque davantage de la sphère intime et privée. Le jeune adulte s'engage de manière progressive dans des activités liées à chacun de ces deux pôles et apprend à les harmoniser. Ainsi, la phase «jeune adulte» pourrait se définir comme une période de restructuration, d'expérimentation, de réaménagement et d'ancrage de l'identité sociale qui se réalise en lien étroit avec une identité personnelle aménagée plus précocement et fixée à l'adolescence.

Le monde étudiantin est mouvementé et porteur d'une multitude de changements. Il fait émerger plusieurs paradoxes et contradictions. Par conséquent, il nous semble pertinent de questionner les sciences sociales et humaines qui s'intéressent à cette problématique d'une manière plurielle. Des chercheurs psychologues, pédagogues, sociologues, anthropologues, etc. proposent des lectures différentes et des approches diverses mais enrichissantes et complémentaires qui éclairent, chacune à sa manière, sous un angle différent, une dimension du monde étudiantin. Plusieurs entrées sont possibles pour réfléchir sur la question. Nous allons nous focaliser sur les enjeux des transitions, les phases d'apprentissage du «métier étudiant», la phase de choix d'une orientation, la phase d'entrée dans le monde des adultes et la notion de «l'adulte émergent».

2. L'approche psychologique : La théorie de l'adulte émergent

La phase de «post-adolescence» est décrite comme un cheminement progressif vers la maturité, une phase intermédiaire, se situant à la tranche d'âge 18-30 ans. Au cours de cette période se font généralement les grands choix décisifs personnels, professionnels et sentimentaux. Il s'agit d'un parcours délicat et complexe au cours duquel les questions en rapport avec une autonomie réelle peuvent se poser face à la réalité extérieure sociale.

Dans cette perspective, Erikson (1972) est le premier à avoir distingué, sans la désigner, cette période au cours de laquelle les individus ne sont plus des adolescents et pas encore des adultes. Il évoque la notion «de temporalité» dans le processus de la transition car il en fait un temps de crise, un passage nécessaire dans la construction identitaire. Avec sa théorie du développement psychosocial humain sur les cycles de la vie, Erikson (1972) envisage les transitions comme des moments clés du développement et les considère

comme une composante importante à l'existence humaine (Cohen-Scali & Guichard, 2008).

Erikson (1972), en exposant sa théorie du développement psychosocial, précise qu'elle est conçue selon huit étapes, de l'enfance à la vieillesse, jalonnée par plusieurs crises. La transition apparaît ici comme une composante indissociable du développement humain, y compris depuis l'enfance avec l'émergence des dimensions du moi et de ce fait, comme un passage nécessaire dans la construction de l'identité. Dans cette approche qui intègre une dimension temporelle de la transition, la poursuite des études supérieures constitue une occasion enrichissante pour les étudiants leur permettant de continuer à explorer leurs identités, à reconstituer leurs propres repères. En insistant sur la dimension temporelle de cette période, nous pouvons parler d'un temps de crise, un moment déterminant dans la construction de l'identité et une composante inhérente au développement humain (Cohen-Scali, 2001).

Cette période de prolongement de l'adolescence dans les sociétés modernes ne constitue pas un stade séparé dans sa théorie de développement mais correspond à un moment où les expériences adolescentes se prolongent et s'intensifient et s'influencent alors que les responsabilités d'adulte ne sont pas encore endossées. Levinson (1978) définit cette étape comme *«ce pont, cette zone frontalière entre deux états»* (Levinson, 1978, p.49) à condition qu'un équilibre soit respecté. L'auteur a par ailleurs identifié une période de *«post-adolescence»* qui s'amorcerait vers 16-18 ans pour finir à 20-24 ans, âge qui marque la séparation du giron familial. L'entrée dans la vie adulte de ce point de vue commencerait à 20 ans et s'étendrait jusque vers les 27-29 ans.

Au cours de cette période essentiellement expérimentale et exploratoire, le jeune examine les possibilités que lui offre la vie et fait des tentatives d'engagement dans différents rôles d'adultes. Il initie une redéfinition de lui-même comme adulte et établit un lien entre certaines dimensions valorisées du soi et du monde. Ainsi, l'âge de 30 ans inaugure l'entrée dans une nouvelle période de la vie et par l'installation dans une situation plus stable. Dans ce sens, Levinson (1978) parle d'une phase de développement concernant les 17-33 ans, au cours de laquelle les personnes ont une mission à accomplir : s'insérer dans le monde adulte en bâtissant une architecture de vie plus stable. Il la décrit comme

étant une phase de changement, d'instabilité et de multitude de possibilités du point de vue sentimental et professionnel. De cette façon, la fonction d'expérimentation et d'exploration est identique à celle décrite par Erikson (1972).

De sa part, Arnett (2000) propose une nouvelle théorie du développement qui se centre sur les 18-25 ans. Il prône l'idée que cette période de la vie qu'il appelle «emerging adulthood» se démarque des périodes d'adolescence et de «young adulthood» tant d'un point de vue théorique qu'empirique. Même si les travaux d'Erikson (1972) et de Levinson (1978) ont collaboré au développement de ce concept, les spécificités de la période traitée ont considérablement changé depuis les années soixante-dix. En effet les transformations démographiques des dernières décennies concernant le recul de l'âge du mariage et de la parentalité ont profondément marqué cette période (18- 25 ans), (Galland & Oberti, 1996).

L'allongement de la durée des études dû principalement à des réformes successives, l'unification du système de l'enseignement qui permet l'élargissement du secondaire et l'accès au supérieur et le recul de l'âge de l'insertion en emploi à temps plein dans le marché du travail, de celui du mariage et aussi du premier enfant sont de multiples changements qui ont conduit Arnett (2000) à distinguer un âge nouveau entre l'adolescence et l'âge adulte: l'âge de «l' adulte émergent».

Arnett (2000) défend une approche conceptuelle de la notion «d'âge adulte émergent». D'après l'auteur, l'âge de l'adulte émergent, qu'il ajuste entre 18 à 25 ans, se démarque de l'adolescence et de l'âge adulte par cinq processus dominants : l'exploration identitaire, l'instabilité, l'entre deux, les possibilités et l'égoïsme. L'auteur critique la notion de transition qui ne permet pas selon lui de reconnaître l'âge de l'adulte émergent comme une nouvelle période de développement, distincte et prolongée qui dure environ sept ans (Arnett, 2007)

2. 1. L'âge des explorations identitaires

D'après Arnett (2000), les explorations identitaires définissent et spécifient la phase émergente par rapport à l'âge adulte. L'individu est singulièrement préoccupée par deux engagements : «le sentimental et le parcours professionnel». En effet, après que les explorations identitaires aient lieu lors de l'adolescence, avec les premières expérimentations sexuelles, l'«adulte émergent» va se questionner et se positionner quant au choix amoureux et l'engagement et l'installation dans une relation durable qui oriente le sens à sa vie. De plus, le choix d'un parcours professionnel qui correspond à ses attentes et aspirations caractérise de la même manière cette phase cruciale.

2. 2. L'âge de l'instabilité

D'après Arnett (2000), cette étape est jalonnée par de nombreuses ruptures en termes de partenaires, de métiers et/ou de statut social. En effet, les jeunes adultes curieux et assoiffés d'aventures dans une conquête de sensations fortes et multiples sont souvent amenés à vivre de nouvelles expériences et l'idée démonstrative de cette mouvance est le nombre de déménagements effectués pendant cette période. Cette phase commence par le départ du giron familial, jusqu'au domicile indépendant, seul ou en cohabitation ou simplement dans les tentatives d'engagement dans différentes relations sentimentales vécues lors de cette période dans une recherche d'un amour éternel et parfait.

2. 3. L'âge de la focalisation sur soi-même

Arnett (2000) qualifie cette période comme une centration sur soi nécessaire pour une éventuelle préparation à l'entrée dans la vie d'adulte. Les jeunes sont appelés à répondre aux enjeux de cette étape et à prendre des décisions importantes concernant des engagements d'avenir. Ils sont exposés à plusieurs sollicitations : où veulent-ils s'installer ? Comment vont-ils gérer leurs revenus ? Quel projet associé aux études et quel est le métier qui conviendrait le plus à leurs exigences et attentes ? Cela implique des choix individuels décisifs importants qu'il faut prendre d'une manière indépendante et responsable car le jeune n'a plus besoin de l'approbation des autres pour gérer son projet de vie.

2. 4. L'âge du sentiment d'entre deux

Arnett (2000) décrit le sentiment qui caractérise cet âge. Il s'agit d'un « entre-deux » puisque comme nous le sachons, il ne s'agit ni de l'adolescence, ni de l'âge adulte à part entière. Dans plusieurs recherches, certaines périodes comme la fin du parcours de formation académique et l'entrée dans une carrière professionnelle ou encore le mariage et la parentalité définissent l'accès à la vie d'adulte (Galland, 1991, Van De Velde, 2008). De cette manière, l'autonomie financière et affective et la prise de décision quant aux questions délicates concernant son avenir d'une façon autonome sans l'accord des autres caractérisent ce nouvel âge. Cela implique que l'entrée dans une vie d'adulte se démarque par le fait de devenir autonome et parent (Arnett, 2000).

2. 5. L'âge des possibilités

Arnett (2000) considère l'émergence de l'âge adulte comme l'âge des possibilités. Ce moment est caractérisé par l'opportunité de faire des choix décisifs dans la vie et d'effectuer des modifications. En effet, loin du giron familial, le jeune adulte fait l'expérience de l'autonomie longuement attendue pour tisser de nouvelles relations et connaître des expériences nouvelles. Arnett (2000) décrit cet âge de la vie comme étant favorable aux comportements à risque : relations sexuelles non protégées, violence, consommation des produits psychoactifs etc. Un certain nombre d'individus qui franchissent cette période de *emerging adulthood* sont également des étudiants, ce qui nous permet de mieux cerner, et d'interroger les différentes approches psychologiques, par rapport à la population cible de notre recherche, en l'occurrence les étudiants en contexte tunisien.

3. L'approche sociologique : Le métier étudiant

Au delà d'une image sur la jeunesse, associée à l'insouciance et la joie de vivre, les sociologues (Galland & Oberti, 1996 ; Coulon, 1997, Cicchelli, 2001 ; Van de Velde, 2008) avancent le constat que les ruptures importantes occasionnées par la transition vers un statut d'adulte et l'accès aux études supérieures nécessitent le déploiement de grands efforts pour bien intégrer son nouvel statut et s'accommoder aux exigences de cette transition.

Être jeune n'a pas signifié en tout temps la même chose. La notion de jeunesse s'est structurée socialement et la découverte puis la promotion de la notion d'adolescence ne sont pas si vieilles qu'on le croit. Van de Velde (2008) s'interroge sur cette question de « devenir adulte ». Une question qui donne lieu à des réponses complexes et plurielles. Nous constatons que la place accordée à la notion d'indépendance individuelle varie sensiblement en fonction des politiques publiques.

Dans ce cadre, Galland (1996) a analysé l'allongement de la dépendance dans un contexte qui fait de la jeunesse « un nouvel âge de la vie ». Elle y est conçue comme un « état transitoire » avant le franchissement de seuils définissant l'entrée dans l'âge adulte, comme l'installation dans son propre logement, l'acquisition d'un emploi permanent ou à durée indéterminée et l'entrée dans une relation amoureuse stable. L'auteur précise que la jeunesse est une catégorie aux frontières floues. Au cas où le début de l'adolescence se reconnaît assez facilement, par les changements du corps liés à la puberté et l'acquisition des caractères sexuels secondaires, la fin de l'adolescence est beaucoup plus difficile à délimiter. Bien au-delà de l'âge de l'adolescence au lycée, et avec l'accès aux études supérieures se situe cette tranche d'âge à laquelle appartiennent les étudiants. Sous la double emprise du prolongement de la durée de la scolarité et du sentiment d'appartenance précoce à l'âge adulte, la jeunesse se trouve donc maintenue plus longtemps qu'auparavant. De ce point de vue, l'adolescence et la jeunesse ont été longtemps vues comme deux périodes de la vie caractérisées par un certain excédent et imprégnées d'un esprit d'insouciance, de curiosité et de liberté.

De plus, l'accès aux études supérieures marque le passage à une étape complexe jalonnée de difficultés relationnelles, sociales, avec des remaniements identitaires, et un nouveau rapport aux savoirs et aux normes sociales et un accès à une certaine indépendance qui peut créer le déséquilibre si elle n'est pas bien gérée. Les taux d'échecs et d'abandons qui caractérisent le premier cycle universitaire témoignent de la complexité de ce passage. Selon Coulon (1997), il s'agit d'un passage au sens ethnologique du terme, au cours duquel s'effectue un apprentissage crucial et déterminant pour le succès futur dans le cursus académique, qui permet aux étudiants d'acquérir progressivement leur « métier d'étudiant » et de s'affilier au nouvel univers dans lequel ils sont entrés.

Notons ici que Coulon (1997) a réalisé de nombreuses recherches sur les mécanismes et les processus permettant à l'étudiant de réussir son adaptation dans le milieu universitaire. Il évoque le caractère crucial du passage entre secondaire et supérieur et distingue trois temps dans le processus d'identification au statut d'étudiant : en premier lieu, « le temps de l'étrangeté » où l'étudiant entre dans un milieu étrange, inconnu, et découvre un nouveau vocabulaire, et fait connaissance de nouvelles règles, de nouvelles méthodes d'apprentissage, etc. En deuxième lieu, « le temps des apprentissages » (identification des tâches et construction d'une routine, périodes de découragement, notamment liées à l'isolement) et en dernier lieu l'« affiliation » (maîtrise des règles sociales et construction de la carrière professionnelle). Nécessaire à toute réussite, la fréquentation des endroits qui déterminent l'université à savoir, l'amphithéâtre, la bibliothèque, la cafétéria, etc. Les contacts avec les autres étudiants ainsi qu'avec les enseignants sont autant d'éléments qui favorisent l'acquisition des connaissances implicites.

En somme, « le temps d'affiliation » est nécessaire dans le passage du statut d'élève à celui d'étudiant et l'acquisition d'une nouvelle identité. Celui-ci se caractérise par une adhésion de l'étudiant au monde universitaire et aux « sous-cultures » qui composent sa filière d'études. Dans ce sens, les étudiants qui quittent les études sont ceux qui ne s'affilient pas, pour lesquels la compréhension et l'intériorisation des codes implicites de la culture universitaire demeurent incompréhensibles et opaques (Endrizzi, 2010).

3. 1. Le temps de l'étrangeté

Alain Coulon (1997) part du fait d'un échec important à l'université. En fait, 30% à 40% des étudiants français abandonnent le parcours universitaire sans diplôme, la moitié quitte les études dès la première année. Cela s'explique, entre autres, par le processus difficile d'intégration des nouveaux inscrits au supérieur. Ceux-ci sont dans l'obligation de comprendre les ficelles et les codes de l'université, de leur cursus, d'adopter de nouvelles stratégies d'apprentissage et de nouvelles valeurs et un nouveau style de vie.

Les premiers mois à l'université sont décisifs, lors de l'inscription ou au début des cours, représentent pour les primo-inscrits un « parcours de combattant ». Ces premiers

contacts avec le monde universitaire sont désignés comme «traumatisants, angoissants, révoltants, inquiétants». De cette manière, l'entrée à l'université signifierait vouloir expérimenté et avoir la volonté pour identifier les codes qui définissent l'organisation universitaire. Or, ces codes sont souvent « opaques, voire illisibles» (Coulon, 1997, p. 132). Ce sont les professeurs et le personnel administratif qui vont apporter l'accompagnement nécessaire permettant aux étudiants de comprendre les règles (les codes selon l'expression de Coulon) de l'université et fournir les informations pertinentes pour s'approprier les clés de la réussite de la vie universitaire.

3. 2. Le temps de l'apprentissage

Lors de cette période, l'étudiant commence à construire des stratégies diverses pour bien profiter de son emploi du temps, et par conséquent construire son cursus. Dans cette perspective, Coulon (1997) précise que l'entrée à l'université opère, pour tous les étudiants, « un éclatement du cercle des connaissances ». Les étudiants les moins bien outillés, ou les plus fragiles ont des difficultés à s'y intégrer et peuvent basculer dans la détresse psychologique, ce qui se répercute sur leur parcours d'études. De même, être étudiant, c'est acquérir cette compétence qui permet de « reconnaître quel type et quelle quantité de travail intellectuel il faut fournir et dans quel délai » (Coulon, 1997, p. 133). Progressivement, les étudiants vont s'habituer à leur nouveau monde et comprendre les rouages et les règles de fonctionnement de l'université. Ils s'installent dans les routines, ce qui veut dire qu'ils sont passés du temps de l'apprentissage à celui de l'affiliation.

3. 3. Le temps de l'affiliation

D'après Coulon (1997), le temps d'affiliation correspond au fait d'intégrer le monde universitaire et savoir identifier le travail non demandé explicitement, savoir le reconnaître et savoir mettre en place les stratégies pour le réaliser. Pour réussir, Coulon (1997) précise qu'il est essentiel de comprendre les codes du travail intellectuel, concrétisés dans un ensemble de règles, souvent informelles. Il s'agit d'être capable de repérer le volume du travail sollicité et savoir le transformer en savoir pertinent et efficace pour réussir.

De ce fait, *«l'étudiant est doublement affilié lors de cette période : institutionnellement et intellectuellement. C'est un temps marqué par « la connaissance », l'étudiant est capable d'interpréter les codes, les règles universitaires, d'apporter une réflexion sur ce qui est proposé et de produire par la suite de nouvelles normes et se situer en position de contestation»*. Coulon 1997, p. 145). Il explique qu'un étudiant compétent sur le plan intellectuel devrait identifier les contenus du « travail intellectuel » en même temps que les codes implicites qui les organisent.

4. La théorie des transitions

Du latin «transitio» signifie «passage», la notion de transition désigne en psychologie de l'orientation des temps de passage dans la vie personnelle et professionnelle des individus comme la sortie du secondaire, l'entrée à l'université, l'entrée dans la vie professionnelle, la retraite, etc. Il s'agit de ruptures entraînées par des épreuves de la vie, attendues, inattendues, et parfois attendues mais non apparues.

La notion de transition évoque toute expérience, tout changement ou toute transformation vécue suite à une épreuve qui affecte l'individu de manière positive ou négative. Schlossberg (2005, p. 50) défend l'idée que la transition se rapporte à *« un événement qui, par sa présence ou son absence, impacte de façon significative le quotidien d'un individu : ses relations, ses routines, ses croyances, ses rôles»*. Elle indique que la notion de transition évoque l'attention sur l'entre deux, le trait d'union à savoir l'intermédiaire entre deux états d'un même objet.

Selon Tapia (1994), la transition est considérée comme un passage d'un individu, d'un groupe, d'une société, d'un état à un autre, vers un état plus évolué ou plus complexe. Elle correspond à un état de modification pour éviter des ruptures brutales qui peuvent être bouleversantes pour la personne affectée, c'est aussi, la mise à bas brutale et totale d'un état de choses, enfin l'idée d'un entre-deux, d'une situation intermédiaire déstabilisante.

Pour Levinson (1978), la transition prend un sens plus précis à travers le concept de « structure de vie », les rôles tenus dans les différents contextes de vie, les relations interpersonnelles. En fait, les conceptions de soi se développent dans un schéma bien

structuré qui guide la vie des individus. Or, ce schéma qui agit comme un squelette étayant les muscles et la chair de l'existence, n'est ni une structure de personnalité, ni une structure sociale, mais il faut plutôt l'envisager comme une notion d'articulation entre la sphère psychologique et la sphère sociologique. (Houde, 1999)

4. 1. La conception de la transition comme crise

Si l'entre-deux caractérise l'idée de transition et indique une continuité entre deux étapes de développement, pour Schlossberg (1995, 2005) cette transition est désignée comme une période de crise. En s'appuyant, sur les travaux de Lazarus et Folkman (1984) et sur le coping, Schlossberg propose une intervention d'accompagnement des adultes en transition. Dans cette approche nous cherchons à aider les individus à faire face aux épreuves douloureuses en donnant une signification aux événements, en se focalisant sur les ressources de la personne et les contraintes que ces événements contiennent et les divers éléments qui interviennent dans la capacité des individus à faire face aux situations.

La situation de transition amène l'individu à réaménager ses ressources, reconsidérer ses souvenirs et ses anticipations en réorganisant ses comportements pour mieux s'adapter à sa nouvelle situation et/ou pour la transformer. Faire face à une transition, c'est donc affronter les déséquilibres entraînés par des changements internes et externes dans le processus de construction de soi. Ces changements occasionnent des tensions et des conflits dans le fonctionnement des structures psychiques et dans leurs rapports avec les structures sociales (Bangali, 2011).

Dans une optique, d'expliquer comment s'effectue l'ajustement à la maladie, Moos et Schaefer (1984) ont avancé la notion de crise que représente la maladie. La théorie de la crise a généralement été utilisée afin d'étudier comment les personnes s'ajustent aux crises de vie et aux transitions importantes et a généralement proposé un cadre conceptuel pour la compréhension de l'impact de la maladie ou d'un événement bouleversant. Cette théorie a été développée à partir des travaux sur la douleur, le chagrin et le deuil, et à partir d'un modèle des crises développementales apparaissant lors des moments de transition dans le cycle de l'existence. (Ogden, 2008)

Pour conclure, Moos & Schaefer (1984) défendent l'idée que la théorie de la crise vient examiner l'impact de toute forme de rupture sur l'identité personnelle et sociale de l'individu. Elle suggère que le fonctionnement psychologique est orienté vers le maintien de l'homéostasie et de l'équilibre de la même manière que les systèmes physiques. Au sein de ce cadre conceptuel, toute crise va s'autolimiter puisque l'individu va trouver un moyen pour rétablir l'état stable. De cette manière, les individus sont considérés comme des « agents autorégulateurs » (Ogden, 2008).

4. 2. Le modèle des transitions selon Schlossberg

Selon ce modèle, l'individu tente de gérer la crise au moyen de l'évaluation, et le recours aux stratégies d'ajustement. L'interprétation de l'événement joue un rôle clé et déterminant dans la mise en place de nouvelles formes de protection. Les types des problèmes rencontrés et les stratégies de «coping» mises en place vont déterminer les effets de ce processus positif ou désagréable. Les individus sont motivés par le rétablissement d'un état d'équilibre. Nous distinguons deux types d'équilibre : l'adaptation saine, qui mène à la maturation, et les réponses inadaptées qui entraînent une souffrance. Le modèle comprend trois principes essentiels que nous examinons dans les sous-sections développées respectivement ci-après :

4. 2. 1. Les modifications entraînées par les transitions

Expliquons de prime abord que les transitions transforment nos vies, nos rôles, nos relations, nos habitudes ainsi que nos façons de penser (Schlossberg 1995, 2005). Des transitions telles que la naissance d'un premier enfant ou le fait de devenir étudiant avec l'accès aux études supérieures, toutes les deux sont susceptibles de changer le cours de la vie d'une personne. En fait, devenir parent d'un enfant qui présente par exemple un handicap déstabilise les repères des parents et suppose un nouveau rôle à apprendre, rôle d'un parent pour un enfant aux besoins spécifiques, et modifie les relations avec le conjoint, transforme radicalement le projet de vie, les habitudes et bouleverse les pensées sur soi et sur le sens de la vie. Le passage du secondaire au lycée incite l'étudiant à adopter des comportements et des pratiques adaptés au contexte pédagogique et social de l'université. Ce passage est vécu par certains étudiants comme une expérience difficile et déstabilisante

provoquant un sentiment d'étrangeté selon l'expression de Coulon (1997). Les nouveaux étudiants ne sont pas forcément préparés aux codes et aux coutumes universitaires comme nous l'avons énoncé plus haut. Ils entrent dans une dynamique de construction, d'organisation et de mobilisation et doivent par conséquent établir de nouvelles relations pour s'accommoder avec les styles d'apprentissages à l'université. Dans cette optique, le fait de s'attacher à un nouveau réseau social et surtout le fait de composer avec l'éloignement du cercle d'amis du lycée permettent d'apprendre son métier d'étudiant (Coulon, 1997).

4. 2. 2. La notion de temporalité dans le processus de transition

Au cours d'une période transitoire, les individus sont appelés à se repositionner par rapport au nouveau rôle à intégrer. Mais progressivement ils commencent à prendre de la distance par rapport au passé et à envisager leur nouveau rôle, dans un moment de flottement entre les deux. De ce fait, le processus d'abandon d'un ensemble de rôles, de relations, d'habitudes et de manières de penser, d'un côté et l'investissement d'un nouvel ensemble, de l'autre côté, prend un temps plus ou moins long. Pour certains ce processus semble facile et rapide, mais pour d'autres il peut prendre du temps et beaucoup d'individus peinent dans la recherche de leur voie (Schlossberg, 2005).

4. 2. 3. Le système des 4 S : soi, situation, soutien, stratégie

Tout au long de leur existence, les individus sont exposés à des transitions. La perception de ces événements joue un rôle primordial dans l'ajustement au contexte, à savoir si la transition est vécue comme une menace ou comme une nouvelle opportunité qui s'offre à l'individu. C'est ce qui peut expliquer pourquoi il y a des différences interindividuelles dans la manière de réajustement. Certains l'affrontent difficilement, d'autres plus au moins facilement. Alors, comment traverser cette épreuve, comment la vivre et comment en tirer des enseignements ?

Schlossberg (1995) a identifié les caractéristiques communes à toutes les transitions et a défini et analysé le système des 4S : «situation, soi, soutien, stratégies». De manière sommaire, la « Situation » désigne l'ensemble des conjonctures dans lesquelles survient la

transition c'est-à-dire l'événement déclenchant, les expériences antérieures de la transition, l'existence de facteurs supplémentaires de stress. Le «Soi» renvoie aux particularités personnelles et aux ressources psychologiques de la personne (valeurs, le sentiment d'efficacité personnelle, etc.). Les «Soutiens» se rapportent aux aides dont la personne peut bénéficier et avoir besoin pour y faire face et enfin les «Stratégies» correspondent aux différentes manières avec lesquelles la personne affronte ses difficultés.

Plus précisément, la situation désigne le contexte de la personne au moment de la transition. S'agit-il d'une seule source de stress ou de plusieurs soucis accumulés? Prenons l'exemple d'une personne qui est acceptée dans une filière qui correspond à son choix alors qu'au même moment elle est perturbée par une relation sentimentale et que l'un de ses parents entre à l'hôpital la situation devient extrêmement stressante et angoissante et difficile à gérer. Ensuite, le Soi renvoie aux ressources personnelles face à une transition. S'agit-il d'une personne optimiste, résiliente et capable d'affronter les circonstances ou au contraire une personne inquiète, hargneuse et qui manque de confiance en ses compétences? (Schlossberg, 1995)

En outre, l'assistance que nous recevons ou que nous pouvons attendre lors d'une transition s'annonce cruciale pour le sentiment du bien-être. Par exemple une jeune maman soutenue dans son rôle de mère par son conjoint peut s'adapter à sa nouvelle vie plus facilement qu'une maman sans relations et sans soutien social. L'auteur distingue quatre types de soutien : la famille, le cercle des amis, les associations, une relation intime. Plusieurs appuis sont envisageables : nous pouvons recevoir une aide affective, des encouragements, des informations, une aide matérielle ou des conseils.

Enfin, concernant les stratégies, une personne qui utilise plusieurs stratégies avec flexibilité sera plus compétente qu'une autre pour faire face aux problèmes et pour gérer le stress généré par la situation. Une stratégie d'adaptation a pour objectif de contrôler la situation. La perception et l'interprétation de ces transitions est déterminante pour une issue favorable ou triste. Si la personne juge qu'elle a les ressources nécessaires pour y faire face et qu'elle maîtrise la situation, elle envisagera les stratégies les plus pertinentes pour s'y adapter. Si au contraire la transition est perçue comme menaçante la personne se laisse submergée par les difficultés et met à rude épreuve ses capacités d'adaptation.

5. L'accès aux études supérieures : le choix d'une orientation

Depuis des décennies déjà, plusieurs recherches ont tenté de comprendre les perceptions de l'orientation, ses déterminants chez les étudiants primo-entrants et le rapport aux études supérieures (Boyer et al., 2001 ; Felouzis, 2001; Lahire, 2002 ; Dubet, 2004 ; Béchar, 2009 ; Erlich, 2010 ; Romainville, 2012 ; Bouvet, 2015). La massification et la démocratisation ont caractérisé l'université d'aujourd'hui et ont mis fin à une université élitiste, réservée aux «héritiers» (les étudiants issus de familles aisées et bourgeoises) (Bourdieu & Passeron, 1964) et ont mis à jour de nouveaux problèmes comme les taux élevés d'échec, d'abandon et de réorientation lors de la première année d'études (Boyer, Coridan & Erlich, 2001; Dubet, 2004), la diversification à outrance des filières, l'incertitude de plus en plus grande sur les débouchés professionnels, etc.

Ces préoccupations interrogent l'université sur les procédés d'accès à l'enseignement supérieur et initie un cheminement parsemé par une multitude de questionnements et de réflexions. Des chercheurs issus d'horizons divers : sociologues, psychologues, pédagogues se focalisent sur les déterminants de l'orientation. De multiples débats et plusieurs travaux ont permis d'apporter des éléments de réponse à cette préoccupation majeure de l'université actuelle. Dans les paragraphes qui vont suivre, nous allons survoler quelques réflexions de chercheurs sur la question de l'orientation et ses déterminants en se centrant sur les points pertinents en lien avec notre problématique (Galland & Oberti, 1996 ; Dubet, 2004 ; Endrizzi, 2010 ; Erlich, 2010 ; Guichard, 2010; Naceur et al., 2010 ; Bernaud, 2015 ; Paivandi, 2015).

Il est clair, face à un contexte socioéconomique en perpétuelle mouvance le fait de réfléchir à son orientation devient alors un questionnement décisif tout au long de la vie, voire une réflexion concentrée sur soi (Guichard, 2010). Le concept de «Knowing why» (littéralement savoir pourquoi) désigne le sens que prend le choix, pour l'individu, tel ou tel engagement à prendre dans sa vie. Aider les individus à développer leur «compétences pour s'orienter» inaugure la voie de les engager dans une réflexion sérieuse et profonde qui ne porte pas uniquement sur le parcours professionnel. Une telle démarche est incontournable, elle consiste à intégrer ce parcours dans une vie ou dans un projet qui fasse du sens pour l'individu. Ce qui est en question dans cette conception des interventions du conseil, c'est

donc le « sens de soi », le sens de son existence nécessaire pour s'orienter dans le sens de ses valeurs et priorités dans la vie (Bernaud, 2015).

Dans cette perspective, s'orienter c'est d'abord «*construire certaine(s) mise(s) en perspective(s) de soi (de son présent, de ses différents présents) du point de vue de certaines anticipations de soi* » (Guichard, 2010, p. 17). Guichard (2010) résume ces différentes alternatives en soulignant que la « tâche s'orienter » dans les sociétés occidentales postmodernes consiste à identifier et construire ses compétences, c'est-à-dire être capable d'une attitude réflexive et critique par rapport à ses choix et à ses objectifs. Par la suite, il sera question de repérer les conjonctures qui se présentent, voire en créer, dans les différents contextes d'interaction, notamment dans un contexte professionnel (des opportunités en lien avec ses propres compétences). Il reste enfin deux approches consistant à savoir placer, investir judicieusement, ses compétences dans des projets fructueux et enfin, à la définition et la redéfinition de ses objectifs majeurs, etc.

La vie des individus est de plus en plus marquée par des ruptures et par une multiplication des transitions entre l'enseignement secondaire et l'enseignement supérieur ou la formation professionnelle, l'enseignement supérieur ou l'emploi, ou entre l'emploi, le chômage, la formation continue ou la retraite. L'orientation joue un rôle capital dans la prise des décisions importantes auxquelles les individus sont confrontés tout au long de leurs existences. Elle peut ainsi contribuer à la responsabilisation des individus en leur permettant de gérer leur propre parcours professionnel de manière plus sécurisée dans le cadre du fonctionnement actuel du marché du travail et de parvenir à un meilleur équilibre entre leurs vies privées et leurs vies professionnelles.

La définition de l'orientation en tant que processus continu qui permet aux individus, à tout âge et tout au long de leurs vies, de se construire et de reconstruire leurs parcours, d'évaluer les capacités, de redéfinir les priorités et les valeurs, les compétences et leurs inspirations, de prendre des décisions en matière d'éducation, de formation et d'emploi et de gérer leurs parcours de vie personnelle dans l'éducation et la formation, au travail et dans d'autres cadres dans lesquels il est possible d'acquérir et d'utiliser ces capacités et compétences (Guichard, 2010).

La disposition à s'orienter est capitale car il s'agit de doter les individus par les moyens nécessaires pour les rendre responsables de la définition et la construction de leurs choix, et de leurs parcours d'éducation, de formation, d'insertion et de vie professionnelle. Cette capacité de choisir et ne pas subir devrait être préservée tout au long de la vie, s'appuie sur les compétences clés, notamment la compétence d'« apprendre à apprendre », les compétences sociales et civiques - y compris les compétences interculturelles - et l'esprit d'initiative et d'entreprise (Guichard, 2010).

La capacité de s'orienter revêt une dimension cruciale et englobe les aspects suivants, particulièrement dans les phases de transition : s'habituer à l'environnement économique, les entreprises et les métiers ; savoir réaliser une auto-évaluation, se connaître soi-même et être capable de définir les compétences acquises dans le cadre de l'éducation formelle ou informelle, et aussi avoir les renseignements nécessaires sur les systèmes d'éducation, de formation et de certification (Guichard, 2010).

Les enjeux de l'orientation sont complexes, un équilibre entre enjeux collectifs et enjeux individuels s'avère délicat, puisque les enjeux peuvent être contradictoires ou antagonistes. Les enjeux collectifs s'interprètent par des pratiques de sélection rigoureuses. Il s'agit de gérer au mieux les flux pour orienter les élèves en fonction des disponibilités dans les différents établissements de formation et aux débouchés prévus dans le monde professionnel. Les enjeux individuels se traduisent par les attentes et les aptitudes de chacun à réussir sa vie ; il s'agit pour chaque élève de trouver des études et un métier par lequel il pourra s'épanouir, se réaliser et frayer un chemin dans la vie. Et pour ce faire il devra pouvoir bénéficier d'informations pertinentes et de conseils judicieux.

Dans la continuité des idées précédentes, la construction du choix de l'orientation pour Naceur et al. (2010) est évoquée comme une transition où le sujet est amené à redéfinir ses liens d'appartenances et de repenser son parcours existentiel. Le sujet est incité à revoir ses engagements actuels, passés ou projetés et à rechercher du sens à ses projets. L'élaboration des choix et la prise de décision qui caractérisent les conduites d'orientation, résultent d'une activité cognitive et affective. En effet, il s'agit d'une démarche réflexive où les informations relatives à soi et les informations sur les possibilités offertes par

l'environnement sont confrontées et débattues. Pour certains, le dilemme est vite résolu, alors que pour d'autres ils trouvent énormément de problèmes pour s'en défaire.

Il est clair que l'entrée dans l'enseignement supérieur est une continuation logique de la scolarité qui a pour conséquence que les étudiants ne s'interrogent pas d'une manière profonde, critique et réfléchie sur leurs projets personnels et professionnels. Une catégorie de la population étudiante s'inscrit dans des filières pour tenter une expérience, sans avoir défini de projets précis (Paivandi, 2015). De ce point de vue, l'université est particulièrement l'institution propice à recevoir les étudiants, dont les parcours soumis à une forte sélection, comme les grandes écoles par exemple, nécessitent une implication et une réflexion au préalable.

Sous cet angle, le projet de l'étudiant intervient donc initialement dans les choix d'orientation, pour celui qui a déjà fixé un projet personnel, le choix est tracé, même si parfois il est soumis à un accès sélectif. Les projets sont soutenus par des motivations différentes. Les parcours de certains sont alimentés par des projets professionnels, parfois liés à un avantage d'argent, d'autres par un attrait particulier pour une discipline, souvent déjà enseignée dans le secondaire, d'autres sont poussés par la curiosité et la découverte d'un autre domaine. Plusieurs auteurs avancent qu'avant d'être défini par une ambition professionnelle, le projet de l'étudiant relève d'un intérêt pour la discipline et surtout aux débouchés offerts (Dubet, 2004 ; Galland, 2009 ; Cordazzo, 2014 ; Paivandi, 2015).

Quand les choix et les définitions de projet sont multiples, nous pouvons nous demander comment ils peuvent influencer négativement ou positivement la réussite, les parcours, les abandons et les échecs. Sur cette interrogation, Dubet (2004) précise que la construction des choix s'organise autour de trois notions : dans un premier lieu le projet, c'est-à-dire la finalité des études, dans un second lieu, l'intégration au sein de la communauté universitaire en dernier lieu, le sentiment d'accomplissement intellectuel dans les études poursuivies. La globalité de ces critères permet de construire des types d'étudiants qui vont du « vrai étudiant » à la fois porté par un projet professionnel, intégré à la vie universitaire et animé par un engagement intellectuel, à l'étudiant de masse présentant toutes les caractéristiques inverses (Dubet, 2004).

De son côté, De Ketele (1990), propose une autre lecture sur la question des déterminants de la réussite et sur la base d'un modèle inspiré de Wankowski (1973), éclaire ce point en décomposant les déterminants en quatre groupes de facteurs, à savoir la capacité de se fixer des objectifs de travail, le fait que la décision d'entrer dans une filière soit un souhait propre, l'intérêt pour les études et les facilités à étudier. Ce qui est intéressant par rapport au projet de l'étudiant est certainement la décision d'entrée dans une filière d'études, si elle dépend de l'étudiant lui-même ou de son entourage et l'intérêt pour le parcours choisi.

À titre d'exemple, un étudiant qui a pris une décision à partir d'un choix personnel a de meilleures possibilités de réussite qu'un étudiant dont le choix résulte d'une pression externe (Duguet, 2015, Berthaud, 2017). Il peut être envisagé en reprenant cette logique que l'étudiant qui subit une orientation à l'université a une plus grande probabilité d'être en échec. Ce postulat est vérifié. En effet, les étudiants qui intègrent le cursus de leur choix, correspondant à leur premier vœu d'orientation, obtiennent une meilleure réussite que ceux qui subissent une orientation non voulue. D'où un statut du choix de filière (souhaité, subi) très prédictif du succès académique (Duru-Bellat, 1995, Duguet, 2015, Berthaud, 2017). La réussite de fin d'année est également associée à la détermination d'un projet professionnel, ceux qui réussissent sont plus fréquemment des étudiants qui ont choisi leur filière relativement à un projet professionnel (Duru-Bellat, 1995, Duguet, 2015, Berthaud, 2017).

L'effet du choix d'orientation et l'accomplissement d'un projet sont des facteurs qui entrent en jeu dans l'apprentissage du « métier d'étudiant » Coulon (1997). Celui-ci est facilité par la satisfaction émanant du choix et de l'intérêt pour une discipline académique. Il est également facilité quand il sert à mettre en œuvre un projet bien réfléchi et lorsque la réussite et l'obtention d'un diplôme constituent les moyens de décrocher la profession souhaitée ou l'emploi désiré. Les effets de l'orientation et du projet de l'étudiant sont donc concrets. Toutefois, la réussite se construit en interaction avec d'autres facteurs propres à l'étudiant et particulièrement l'investissement en motivation et en engagement et l'auto-détermination pour optimiser ses chances de réussite à l'université.

Finalement, il nous a paru judicieux dans le cadre de notre recherche de donner de l'importance au choix de l'étudiant quant à la filière poursuivie pour atteindre ses

perspectives d'avenir et réaliser son projet de vie dans un métier qui correspond à ses choix et à ses aspirations. Donc nous voulons interroger l'étudiant sur l'intérêt qu'il porte aux savoirs et aux études supérieures, cette dimension du choix de la filière et de l'orientation choisie ou subite est une piste intéressante à explorer qui peut figurer parmi les facteurs favorisant la réalisation et l'accomplissement personnel ou au contraire qui peut aggraver la situation de détresse psychologique à laquelle il est exposé durant ce parcours difficile au cours duquel il doit s'adapter aux exigences de la vie universitaire et intégrer son statut de jeune adulte.

Nous avons tenté à travers ce chapitre de passer en revue quelques approches qui ont traité la transition de l'étudiant vers les études supérieures. Nous avons développé plusieurs concepts : le métier étudiant, la notion de l'adulte émergent, le modèle des transitions selon Schlossberg. Les approches développées sont, à notre sens, pertinents et enrichissants à plusieurs égards. C'est un choix de notre part de les évoquer dans notre recherche mais un choix qui reste toujours discutable. Cette revue de littérature enrichissante a permis un éclairage sur les différents angles de lecture de ce passage et de cette transition au monde des adultes.

En définitive, nous pensons que cet éclairage théorique est nécessaire pour apprécier les différents points de vue des chercheurs qu'ils soient sociologues ou psychologues développementalistes, qui se rejoignent et se complètent. Tout cela constitue ainsi un cadre théorique riche et varié pour mieux saisir toutes les difficultés de l'orientation et ses déterminants et la complexité du double statut d'étudiant et de jeune adulte.

Conclusion

Aux termes, de ce second chapitre, nous avons indiqué que le passage aux études supérieures inaugure une double transition : le passage à l'âge de jeune adulte avec l'émergence du concept de l'adulte émergent qui se dessine sous différents aspects illustrant la complexité de cette étape de développement ayant suscité l'intérêt de chercheurs de disciplines différentes (sociologues, anthropologues et pédagogues) en proposant des lectures plurielles qui s'enrichissent mutuellement et deviennent complémentaires.

La transition de l'enseignement secondaire à l'enseignement supérieur est définie comme un cheminement complexe et stressant, jalonné par de nombreux bouleversements : compétition et rivalité académique entre étudiants, pression d'excellence, nouvelles manières d'apprendre, éloignement du giron familial, des amis du lycée et enfin réseau social à reconstituer (Paivandi, 2015). En arrivant à l'université, les étudiants font l'expérience de ce qui a été appelé par De Ketele (1990) une « rupture de contexte ». Ils doivent mettre en œuvre tout un processus d'affiliation institutionnelle et intellectuelle à un nouveau monde avec des règles et des rouages (Coulon, 1997).

Par ailleurs, les psychologues développementalistes revendiquent l'idée que ce moment de transition est inscrit dans une phase plus large de développement et de construction identitaire. Pour Erikson (1972), le développement humain est vu comme la succession d'une série de crises. Il envisage la crise de recherche identitaire comme la tâche principale des étudiants à l'âge d'études supérieures. Les étudiants primo inscrits se trouvent dans un contexte transitoire à deux égards : un contexte développemental « emerging adulthood » et un contexte pédagogique (entrée à l'université) et l'adoption progressive de leur rôle d'étudiants (Boujut, 2007). La conquête d'une autonomie nouvelle, « une liberté piège », une liberté vécue par certains avec beaucoup d'inquiétude et de crainte puisque l'étudiant est appelé à assumer ses décisions et propres choix et devient responsable de ses actes et de son projet de vie (Roumainville, 2000). Rapidement, les étudiants font face aux réalités de la vie quotidienne qui les contraignent à s'organiser face à cette liberté très convoitée, d'autant plus que la vie universitaire suppose une phase d'adaptation et d'ajustement aux exigences du contexte.

En effet, le passage dans l'enseignement supérieur s'accompagne d'un déménagement, non seulement hors du foyer familial, mais souvent dans une autre ville. Ils quittent de ce fait leurs anciens amis, la rupture affective et le sentiment d'isolement qui en résultent pouvant être douloureux, un nouveau réseau relationnel restant à construire. Le nouvel étudiant devra se familiariser avec le milieu universitaire qui peut lui procurer un sentiment d'étrangeté, particulièrement au début. Passer d'une classe de quarante élèves que l'on connaît depuis longtemps à des amphithéâtres de plus de six cents étudiants est certainement une expérience inhabituelle voire éprouvante pour certains étudiants.

De plus, le fait que les aides financières prodiguées par les parents et les aides boursières soient insuffisantes, sont des difficultés supplémentaires lors de cette transition. Ainsi, un certain nombre d'étudiants sont dans l'obligation de travailler pendant leurs études ; ils devront créer une harmonie entre le suivi des cours et un travail rémunéré, ce qui ne promet pas d'une vie étudiante des plus paisibles.

Les bouleversements majeurs que nous venons d'évoquer font de ce passage à l'université comme une période à haut risque pour l'émergence des comportements nuisibles à la santé telles que les tentatives de suicide, la violence, les consommations des produits psychoactifs, etc. Une souffrance psychologique peut apparaître et mettre en difficulté leur santé mentale ce qui explique l'importance d'un accompagnement psychologique et d'un travail préventif assuré par les professionnels de la santé pour aider les étudiants à s'émanciper de cette situation dans de meilleures conditions possibles. De ce fait, nous pouvons approuver l'intérêt de notre travail de recherche qui s'interroge sur la santé psychologique des étudiants tunisiens et ses déterminants pour palier le manque existant et contribuer d'une manière modeste à enrichir le domaine des études scientifiques en Tunisie.

Nous présenterons dans le chapitre suivant le cadre théorique de notre recherche, en l'occurrence la psychologie de la santé et évoquerons l'apport de la psychologie positive dans la promotion de la santé psychologique pour aborder par la suite divers événements stressants que les étudiants ont à affronter. Nous décrirons aussi les ressources psychologiques dont ils doivent disposer, les réponses qu'ils doivent présenter et les

stratégies émotionnelles, cognitives et comportementales qu'ils sont tenus d'élaborer, ce qui leur permet d'y faire face.

DEUXIÈME PARTIE

CADRE THÉORIQUE

Chapitre 3

Psychologie de la santé et psychologie positive

*« Le vrai voyage, ce n'est pas de chercher de nouveaux paysages,
mais un nouveau regard »*

Marcel Proust

Introduction

Tout au long de la vie, les individus sont submergés et affectés par des moments de vulnérabilité, qui sont liés à des accidents douloureux de la vie. Il peut s'agir d'une annonce d'une maladie grave, d'un chômage prolongé, d'un décès d'un proche, d'un divorce vécu douloureusement, etc. Ces bouleversements peuvent fragiliser psychologiquement l'individu et mettre à rude épreuve son épanouissement personnel et son bien-être psychologique. Depuis des décennies, les conceptions scientifiques se sont focalisées sur la santé physique et sur les causes et les conséquences des maladies somatiques. Ainsi, la santé mentale des individus n'était pas une question prioritaire (OMS, 2001) et se trouvait occultée par rapport à d'autres questions de santé publique.

La santé mentale est considérée comme un enjeu majeur de la santé publique et un levier important de développement de projets sociétaux. En effet, selon les dernières enquêtes de l'OMS (2010), les troubles mentaux dans le monde sont en augmentation. Environ 450 millions de personnes sont touchées dans le monde. La santé mentale est considérée comme une dimension fondamentale de la vie tout comme la santé physique. De manière que la préservation de ce capital somatique et mental doit être une préoccupation prioritaire pour les sociétés modernes afin de diminuer les taux de prévalences des maladies par l'élaboration des stratégies et des actions de prévention efficaces auprès des différentes tranches d'âge.

Nous expliciterons dans les paragraphes suivants quelques définitions de la santé, de la santé psychologique ou mentale et de la détresse psychologique et nous allons développer comment ces concepts ont évolué au fil des années. Nous apporterons un éclairage sur le courant théorique de la psychologie de la santé et la psychologie positive et ses contributions au développement du bien être psychologique des individus.

À la fin de ce chapitre, nous exposerons quelques études ainsi que quelques chiffres indicateurs de la santé mentale chez les étudiants qui ont été réalisées en Tunisie ou ailleurs dans le monde, en lien avec le stress perçu et les stratégies d'ajustements et la symptomatologie anxieuse et dépressive et les consommations des produits psychoactifs.

1. La santé psychologique ou mentale

Notons, de prime abord, que nous allons apporter quelques éléments de définition de la santé repérés dans la littérature. La santé psychologique constitue la résultante d'un processus très complexe. Il s'agit d'une interaction entre plusieurs sphères individuelles, psychosociales, économiques et culturelles auxquelles nous reviendrons avec plus de détails et de développement dans les paragraphes qui vont suivre. Plusieurs définitions ont été accordées à la santé.

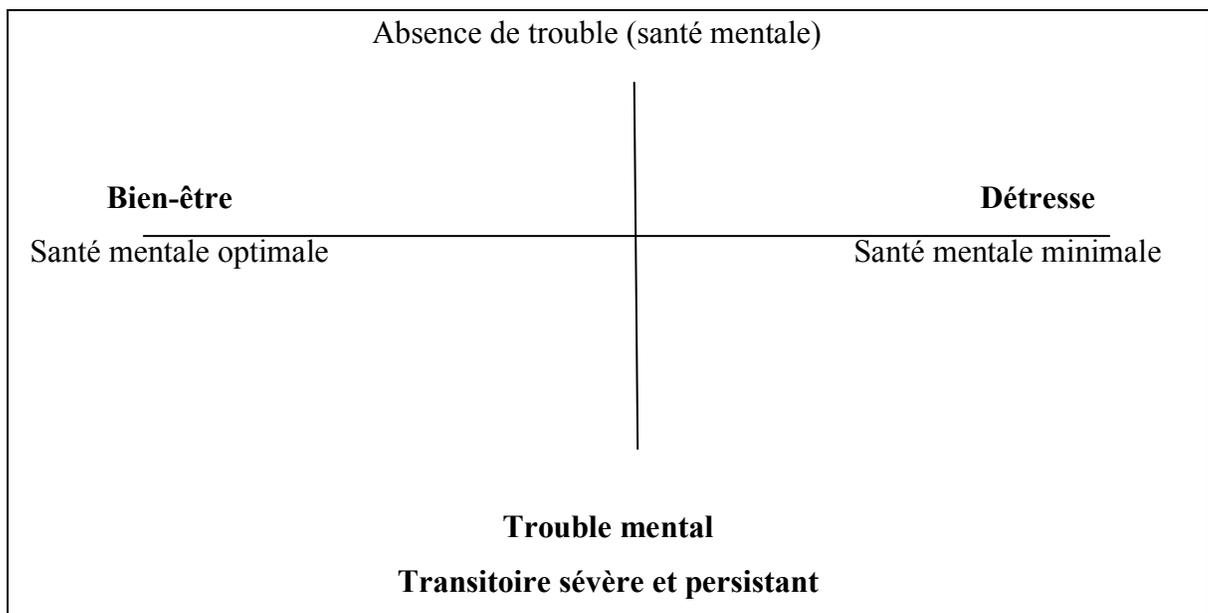
Le Dictionnaire Larousse (1984) décrit la santé comme un état dans lequel l'organisme fonctionne normalement en absence de maladie. Les premières conceptions proposées pour définir la santé étaient d'abord unidimensionnelles et en lien étroit avec la médecine et la psychiatrie : être en bonne santé, signifiait ne pas être atteint d'une maladie ou de déficience. Une conception bidimensionnelle de la santé apparaît après la Seconde Guerre Mondiale, il a donc fallu attendre 1946 pour que l'Organisation Mondiale de la Santé OMS définisse la santé comme étant un état complet de bien être, physique, mental, et social et non seulement l'absence de maladie ou de déficience (OMS, 1946).

L'OMS²⁵ (2001) indique que la santé mentale peut être désignée comme l'ensemble des ressources sociales, personnelles et physiques permettant à l'individu de réaliser ses souhaits et de satisfaire ses besoins. Ainsi, selon l'OMS la santé inclut les ressources personnelles qui contribuent à un fonctionnement optimal et il ne s'agit plus de prévenir et traiter les maladies, il s'agit aussi d'apporter aux individus le soutien pour profiter plus longtemps d'une vie épanouie et de qualité. Par ailleurs, l'OMS (2001) indique qu'avoir une bonne santé mentale désigne être capable d'établir une harmonie et un équilibre entre toutes les sphères de la vie : physique, psychologique, spirituelle, sociale et économique. Le Grand Dictionnaire de la Psychologie définit la santé psychologique comme la capacité du psychisme à fonctionner de façon plaisante, harmonieuse et pertinente et à faire face avec flexibilité aux situations pénibles en étant efficace pour retrouver sa stabilité et son équilibre (Bloch et al., 1999).

²⁵ Organisation Mondiale de la Santé (1946). Préambule à la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence Internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États et entré en vigueur le 7 avril 1948. Actes officiels de l'Organisation Mondiale de la Santé (2).

La santé mentale est définie comme un concept multidimensionnel intégrant l'absence de manifestations négatives et la présence de manifestations positives (Keyes, 2002 ; Achille, 2003 ; Shankland & Lamboy, 2011). Keyes (2002) propose que la santé mentale interprète deux grandes dimensions : le bien-être (présence d'émotions positives et absence ou faible présence d'émotions négatives) et le fonctionnement psychosocial positif (développement de ses compétences, sens de la vie, autonomie, harmonie et cohérence avec soi, relations plaisantes avec autrui, etc.).

Figure 5 : Le champ de la santé mentale (Desmarais et al., 2000)



À la suite de ce changement important de vision, le bien-être et la détresse psychologique ont été désignés comme les principaux apports de la santé psychologique (Massé et al., 1998 ; Desmarais et al., 2000 ; Labelle et al., 2001 ; Keyes, 2002 ; Shankland & Lamboy, 2011). Pour Labelle et al. (2001) la santé mentale est perçue à travers deux dimensions, d'une part du bien être psychologique et d'autre part de la détresse psychologique. Le bien-être psychologique y est présenté par l'estime de soi satisfaisante, l'équilibre, la satisfaction de vivre et le sens donné à la vie. Ainsi, nous pouvons distinguer la santé psychologique (détresse et bien-être) et les troubles mentaux. Santé psychologique et troubles mentaux définissent ensemble la santé mentale. Dans la même continuité des

idées, Boisson et al., (2010), précisent que le pôle positif ou la santé mentale positive, intègre le bien être et les ressources psychologiques permettant de gérer les difficultés de sa propre vie au quotidien. Pour l'OCDE (Organisation de Coopération et Développement Économique, 2008) la santé mentale positive unit le bien être et la capacité à faire face à l'adversité.

Au regard des définitions avancées par les différents chercheurs, nous constatons qu'elles sont complémentaires et enrichissantes et convergent vers un point commun. Les notions de bien être, de santé mentale positive et de détresse psychologique, qui sont précédemment citées, indiquent que la santé mentale ne peut être définie comme l'absence de troubles mentaux. En effet, nous pouvons considérer qu'il existe d'une part un continuum précisant la présence de troubles, allant des pathologies les plus sévères comme les troubles psychotiques jusqu'à l'absence de troubles ; d'autre part, un continuum de santé mentale perçue, allant d'un pôle négatif (mal-être) jusqu'à un pôle positif (le bien-être). Au carrefour de ces deux axes, détermine l'état de fonctionnement optimal jusqu'aux situations de handicap ou encore aux passages suicidaires) (Bourdillon, 2018).

Par ailleurs, il faut souligner que la santé mentale est déterminée par plusieurs facteurs biopsychosociaux. Certains facteurs sont désignés comme salutogènes ou protecteurs qui sont les ressources personnelles tels que l'estime de soi, l'optimisme, l'environnement favorable et le soutien social alors que d'autres sont nommés comme fragilisant ou facteurs de risque comme le stress, les inégalités socioéconomiques, l'exclusion sociale et l'environnement hostile. Dans une action de prévention et de promotion de la santé mentale positive (Tableau 5), l'idée est d'agir sur ses déterminants salutogènes en les favorisant et de diminuer les facteurs de risque pour réaliser un épanouissement psychologique optimal des individus et un meilleur fonctionnement mental (Shankland, 2011).

Tableau 5 : Principaux facteurs génériques de santé mentale (Shankland, 2011)

Catégories	Sous-catégories	Facteurs de protection	Facteurs de risque et de vulnérabilité
Facteurs individuels	Facteurs cognitifs	Capacité de résolution de problèmes et créativité	Biais de perception ou d'interprétation, troubles de l'attention
	Facteurs sociaux	Comportements prosociaux, compétences relationnelles Capacité à gérer ses émotions et son stress, sentiment de sécurité et de contrôle	Faibles compétences relationnelles
	Facteurs émotionnels		Difficultés d'autorégulation des émotions
Facteurs familiaux	Facteurs liés à la relation parent-enfant	Stimulation cognitive précoce attachement sécurisant	Carences de soins, maltraitance, problèmes d'interaction et de communication
	Facteurs liés à la famille	Soutien familial, communication non violente	Conflits conjugaux et familiaux et violence intrafamiliale
Facteurs environnementaux	Facteurs économiques	Stabilité économique	Difficultés économiques, problèmes de logement
	Facteurs sociaux et contextuels	Soutien social et relations interpersonnelles constructives et services sociaux de proximité	Isolement, exclusion sociale, contexte à risque (délinquance, accès aux drogues) événements de vie stressants

Dans les prochains chapitres, nous allons développer avec plus de précisions les facteurs psychosociaux qui déterminent la santé mentale à titre d'exemple nous allons développer le stress perçu, le névrosisme, l'estime de soi et l'espoir ainsi que les stratégies d'ajustements face aux situations aversives en se référant aux théories de la psychologie de la santé et la psychologie positive.

1. 1. La détresse psychologique

La détresse psychologique est une manifestation connue dans le monde étudiant. En effet, les étudiants peuvent connaître un épisode de stress intense, des symptômes dépressifs et anxieux peuvent s'exprimer et globalement une détresse psychologique peut émerger. Le repérage des premiers symptômes d'une pathologie mentale et sa prise en

charge précoce peuvent aider l'étudiant à poursuivre avec succès sa formation académique et agir positivement sur son fonctionnement psychologique sinon il y a un risque accru pour que cette détresse s'installe d'une manière prolongée et intense et se transforme en une pathologie mentale grave.

Bien que, la détresse psychologique a fait l'objet de plusieurs recherches, ce concept reste difficile à délimiter et a connu plusieurs définitions dans la communauté scientifique. Morbidité psychique, souffrance, mal-être, etc. sont utilisés dans la littérature pour signaler un fonctionnement psychologique déséquilibré. Nous l'utilisons en général pour désigner un état psychologique perturbé. Ilfeld (1976), Massé et al. (1998) s'accordent à préciser que la détresse psychologique est un état subjectif qui laisse apparaître des symptômes liés à l'anxiété, l'agressivité, la dépression, l'irritabilité, l'épuisement et le retrait social et aussi aux problèmes cognitifs.

Pour plus d'exactitudes, nous allons présenter quelques définitions présentées par certains auteurs pour mieux cerner ce que nous entendons par le concept « détresse psychologique ». Postel & Mellier. (1999) éclaircissent cette notion en affirmant que la détresse psychologique est une perception d'abandon, éprouvée dans une situation critique, nécessitant une aide extérieure et ou amenant un sujet à demander de l'aide et de l'appel au secours social ou psychologique. La détresse psychologique se manifeste assez souvent par une symptomatologie dépressive et anxieuse (Desmarais et al., 2000).

Selon Mirowsky (2003), l'anxiété et la dépression trouvent leur source au sein de l'entourage de l'individu et de son évolution dans cet environnement hostile. L'anxiété se réfère à l'irritabilité et à l'inquiétude alors que la dépression se traduit par la perte de la joie de vivre, l'isolement et à la tristesse (Mirowsky & Ross, 2003). Un rapport de la Commission Européenne (2004) indique que la détresse psychologique se manifeste sous forme de symptomatologie psychosomatique chez les individus exposés à un environnement agressif marqué d'événements de vie négatifs ou traumatisants. Il indique quatre manifestations principales de la détresse psychologique qui sont : la symptomatologie dépressive ou anxieuse, la fatigue et le manque d'énergie, l'irritabilité, et les difficultés cognitives comme les problèmes de mémoire et de concentration. Dans la plupart des cas, les personnes en détresse psychologique ne présentent pas de maladie

psychiatrique. Mais une personne non soutenue et non prise en charge et qui vit ces difficultés sur une durée prolongée peut basculer dans la maladie mentale.

Massé (1998) explique que les principaux registres à travers lesquels les individus expriment leur détresse sont d'abord à caractère affectif : les humeurs dépressives qui se traduisent par des signes comme la tristesse, la fatigue morale, une hypersensibilité émotive, un sentiment de vulnérabilité, une démoralisation-démotivation ; l'anxiété, l'angoisse ainsi que des sentiments de culpabilité qui sont liés à une faible estime de soi.

Massé (1998) rappelle que la détresse psychologique se dévoile dans le registre comportemental et le registre cognitif par différents signes. Sur le plan comportemental, elle se manifeste par l'isolement et le retrait social avec des relations conflictuelles qui sont impactées par l'irritabilité, l'agressivité, des plaintes répétées sur sa vie ou des conflits avec les membres de l'entourage proche. Deux facteurs qui peuvent expliquer le vécu de la détresse, une auto-culpabilisation qui trouve son origine dans l'auto-dévalorisation et le retrait social. Un autre registre affecté, c'est le dysfonctionnement cognitif qui se manifeste par des signes comme la perte de mémoire, les difficultés de concentration, l'incapacité à prendre des décisions ou une tendance à la dramatisation. Enfin, la détresse s'exprime à travers une certaine somatisation et des avertisseurs tels la perte d'appétit, l'insomnie, la fatigue ou la perte d'énergie (Massé, 1998).

Nous pouvons conclure avec l'idée que les différentes définitions avancées par les divers chercheurs (Massé, 1998 ; Desmarais et al., 2000 ; Mirowsky & Ross, 2003 ; Marchand, 2004) se croisent et convergent vers l'idée qui stipule que la détresse psychologique renvoie à un certain niveau de dégradation de la santé psychologique. Des symptômes peuvent surgir comme les réactions anxieuses et dépressives dans la vie quotidienne, les compétences intellectuelles peuvent être affectées et diminuées (mémoire et concentration), l'agressivité, l'irritabilité, la fatigue, l'insomnie, l'isolement, les problèmes cognitifs, la consommation excessive d'alcool, de drogue ou de médicaments, etc. Il est essentiel d'agir sur la détresse psychologique car si elle devient intense et perdure, elle peut conduire à des problèmes de santé autodestructeurs ou dangereux comme les conduites addictives, des maladies cardiovasculaires ou le suicide. Dans les prochains paragraphes, nous allons illustrer quelques études sur la santé mentale et la détresse

psychologique chez les étudiants français à titre d'exemple qui indiquent des résultats très préoccupants. Presque les deux tiers affichent une symptomatologie anxieuse et dépressive et un taux de stress assez élevé (Baromètre Santé, 2000 ; 2008).

2. Les outils d'évaluation de la santé mentale

La notion de détresse psychologique se rapporte à une indication générale de trouble psychologique regroupant diverses symptomatologies affectives et cognitives comme la dépression, l'anxiété ou l'irritabilité (Ilfeld, 1976, 1978). De nombreuses échelles ont été élaborées aux cours des dernières décennies afin d'évaluer le niveau de dépression, de tristesse, et de désespoir auprès de la population générale.

1. 2. 1. Le questionnaire de la santé générale de Goldberg GHQ – 12

La santé mentale est appréciée par le questionnaire de santé générale de Goldberg. Il permet d'évaluer la prévalence de détresse psychologique dans une population donnée et d'identifier les cas pathologiques. Il existe trois versions de cette échelle GHQ 12, GHQ 28 et le GHQ 60. Il s'agit d'un questionnaire d'auto-évaluation conçu par Goldberg et Williams (1988). Afin de repérer les troubles psychiques présents au cours des dernières semaines. La version abrégée est constituée de 12 items qui donnent une indication sur la santé psychologique actuelle. Les items abordent des sentiments de dépression, une difficulté d'affrontement et d'ajustement, de tension et d'anxiété et un manque de confiance en soi. À titre d'exemple la première question est « *Avez-vous été capable de vous concentrer sur tout ce que vous faites ?* » Et la dernière question est « *Êtes-vous senti raisonnablement heureux tout bien considéré ?* ». Les questions portent sur les dernières semaines et concernent uniquement les problèmes rencontrés récemment ou actuellement. Le GHQ-12 permet de mesurer sur un plan dimensionnel le degré de détresse psychologique subjective et au plan catégoriel de définir à partir de notes seuils si les cas sont pathologiques ou non. La note seuil retenue pour le GHQ-12 est de quatre ou cinq (Weinberg & Creed, 2000 ; Laurent, Chahraoui & Carli, 2007 ; Spitz et al., 2007 ; Strenna, 2011) les qualités psychométriques du GHQ sont bonnes et satisfaisantes. Ce questionnaire présente une bonne validité, fidélité et sensibilité (Goldberg, 1972 ; Pariente & Guelfi, 1990). Pour le GHQ 12 (Goldberg et al., 1998) évoquent des coefficients alpha de

Cronbach situés entre 0.82 et 0.86. Il a été validé en français par Bettischart, Plancherel & Bolognini (1991) puis par Pariente et Guelfi (1990).

1. 2. 2. Le symptôme Check-list -90 Revised (SCL-90-R)

Ce questionnaire a été élaboré pour déceler des problèmes psychologiques et de symptômes psychopathologiques. Cet outil permet de donner une indication actuelle sur l'état psychologique. Cette échelle a été traduite en français par Pariente et Guelfi (1990). Les dix dimensions mesurées par le questionnaire sont : la somatisation, la dépression, l'anxiété, les phobies, l'obsession, la compulsion, la sensibilité interpersonnelle, l'hostilité, les traits paranoïaques, la psychose et les symptômes divers. Le SCL-90-R se compose de 90 items, cotés sur une échelle de likert à cinq points. Un score total de perturbation est également calculé (Domaison, 2012). Laugaa (2005) a validé la version française de l'index psychosomatique de la SCL-90 sur 410 enseignants du primaire. Il a réalisé une ACP à partir des réponses obtenues aux 12 items, le pourcentage de variance expliquée de la première composante principale est de 27.97% et les saturations des items vont de 0.32 à 0.63 (alpha de Cronbach= 0.75).

2. La psychologie de la santé : évolution, pionniers et principaux concepts du modèle théorique

Depuis plus d'un siècle, des théories et des modèles se sont multipliés pour analyser la santé et la maladie. Chaque modèle s'est nourri par le contexte socio-économique dans lequel il a émergé. Nous présenterons dans ce qui suit le cadre théorique que nous avons choisi pour notre recherche : la psychologie de la santé et la psychologie positive. Malgré les différences de principes sur lesquels se fondent ces deux cadres théoriques, les buts à atteindre ne sont pas si éloignés car les deux approches s'inscrivent dans une démarche de promotion de la santé et du bien être psychologique et ce comme nous allons développer dans les paragraphes qui vont suivre.

La psychologie de la santé est une discipline de la psychologie. Elle a été créée par l'Association Américaine de Psychologie en 1979 autour de modèles théoriques variés : les théories comportementales et de l'action, les théories sociocognitives de la santé et les

approches cliniques de la santé (Delefosse, 2002 ; Untas et al., 2012 ; Fischer & Tarquinio, 2014 ; Tarquinio et al., 2017). Elle s'est focalisée sur l'étude des facteurs psychologiques qui déterminent la santé ou l'évolution des maladies physiques ou mentales chez les individus, elle s'est développée principalement, et a connu un élan important dans le monde anglo-saxon puis dans les pays francophones. En France, elle a connu un franc essor suite aux travaux de Bruchon-Schweitzer et de son équipe (1994, 2002, 2014). Elle a fait l'objet d'un débat théorique et professionnel croissant qui suscite jusqu'à ce jour une forte polémique. Matarazzo (1984) décrit la psychologie de la santé comme un ensemble de connaissances fondamentales de la psychologie appliquée à l'étude de la santé et de la maladie : identification des facteurs et processus psychologiques jouant un rôle dans l'apparition des maladies et pouvant précipiter ou retarder leurs évolutions (Ogden, 2008).

Bruchon-Schweitzer et Dantzer (1994) définissent la psychologie de la santé comme un cadre théorique qui ambitionne d'étudier, comprendre et prédire les facteurs psychosociaux qui contribuent à l'apparition des maladies et pouvant accélérer ou diminuer leurs évolutions. La psychologie de la santé a plusieurs objectifs : dans un premier lieu étudier les facteurs psychosociaux jouant un rôle dans l'apparition et l'évolution des maladies. En deuxième lieu comprendre les processus biopsychosociaux expliquant cette influence. En dernier lieu, optimiser la prévention et la promotion des comportements de santé saine et la prise en charge des personnes malades et de l'entourage. La psychologie de la santé s'est construite en intégrant trois modèles qui ont marqué le XX^{ème} siècle, autour des conceptions à l'origine des maladies organiques, à savoir le modèle biomédical, le modèle psychosomatique et le modèle épidémiologique (Bruchon-Schweitzer, 1994).

Les recherches élaborées par la psychologie de la santé se particularisent des autres orientations proches du domaine de la santé, tels que la psychologie clinique et pathologique, la psychosomatique et la psychologie médicale et la psycho-oncologie. Ce cadre scientifique se focalise sur l'importance et le rôle de l'interdépendance des facteurs psychologiques, sociaux et biologiques dans les causes et les conséquences de la santé et de la maladie chez les individus ainsi que par l'élaboration d'un modèle théorique intégrateur pour mieux expliquer la santé et la maladie (Bruchon-Schweitzer, 2002).

Des chercheurs issus de domaines différents de la psychologie (psychologie sociale, clinique, différentielle, médicale et physiologique) ont tenté d'étudier des patients atteints de diverses maladies troubles cardio-vasculaires, cancers, troubles digestifs, troubles respiratoires et maladies de la peau pour mieux identifier les variables psychologiques et le rôle joué dans l'étiologie de ces atteintes et pour mieux comprendre leurs évolutions (apparition, aggravation, récurrence) et de réaliser des interventions psychosociales et éducatives pour aider les malades à faire face aux difficultés générées par la maladie. Cette approche s'adresse à la personne concernée et à son entourage au sens large : conjoint, fratrie et famille.

La psychologie de la santé conteste la dyade « corps et esprit » et se recentre sur le rôle de l'esprit dans les causes et le traitement des maladies. Elle diffère cependant de la médecine psychosomatique et de l'approche comportementale de la médecine comportementale. Elle s'inspire et s'appuie sur les concepts et les méthodes de la psychologie (Ogden, 2008). Ce qui est intéressant dans les modèles que propose la psychologie de la santé est la prise en compte de l'activité cognitive des individus qui, loin de subir passivement certains déterminismes (biologiques, psychologiques, sociaux), adoptent vis-à-vis des situations stressantes certaines stratégies cognitives, affectives et comportementales pour faire face aux situations aversives.

La psychologie de la santé est un cadre théorique qui tente d'apporter une contribution à la compréhension des problèmes de santé et de répondre aux questions suivantes : « Qui devient malade et pourquoi ? » ; « Comment prévenir au mieux l'apparition des maladies et comment contribuer à l'amélioration de l'état émotionnel et fonctionnel des patients ? ». La psychologie de la santé a proposé un cadre explicatif appelé le modèle biopsychosocial qui fournit une approche intégrative pour saisir l'interdépendance des facteurs psychiques et sociaux sur la santé et la maladie (Delefosse, 2002 ; Ogden, 2008 ; Fischer et Tarquinio, 2014). La psychologie de la santé ne renie pas les modèles antérieurs, mais intègre les principaux apports en consolidant un modèle explicatif multifactoriel et interactionniste.

2. 1. Le modèle intégratif et multifactoriel de la santé

Le modèle intégratif et multifactoriel en psychologie de santé a été proposé par Bruchon-Schweitzer (2002) pour perfectionner l'approche transactionnelle du stress et du coping. L'originalité de ce cadre qui repose sur une conception transactionnelle du stress, réside dans la prise en compte de l'interaction entre l'individu et son environnement : le sujet n'est pas victime, il ne subit pas passivement la situation mais fait des efforts et adopte des stratégies cognitives, affectives, comportementales et psychosociales qui peuvent modifier l'impact des antécédents et des déclencheurs et ralentir ou aggraver l'évolution des maladies. Celui-ci intègre trois types de facteurs de risque et de pronostic et qui fonctionnent en étroite interdépendance :

- **Les antécédents ou les facteurs socio-environnementaux et de personnalité** : ils désignent les facteurs environnementaux et sociodémographiques pouvant fragiliser ou protéger les individus, et les facteurs dispositionnels (styles de vie ou types, traits) correspondants à des personnalités plus ou moins vulnérables.

- **Les médiateurs** ou les facteurs transactionnels : transaction plus ou moins fonctionnelles mises en place par les individus face à des contextes menaçants (évaluation de la situation et des ressources disponibles, élaboration de stratégies d'ajustement ou coping).

- **Les critères** ou issues à prédire : état fonctionnel, évaluation de l'état de santé très divers selon les pathologies, état émotionnel (bien-être, qualité de vie, etc.) (Delefosse, 2002).

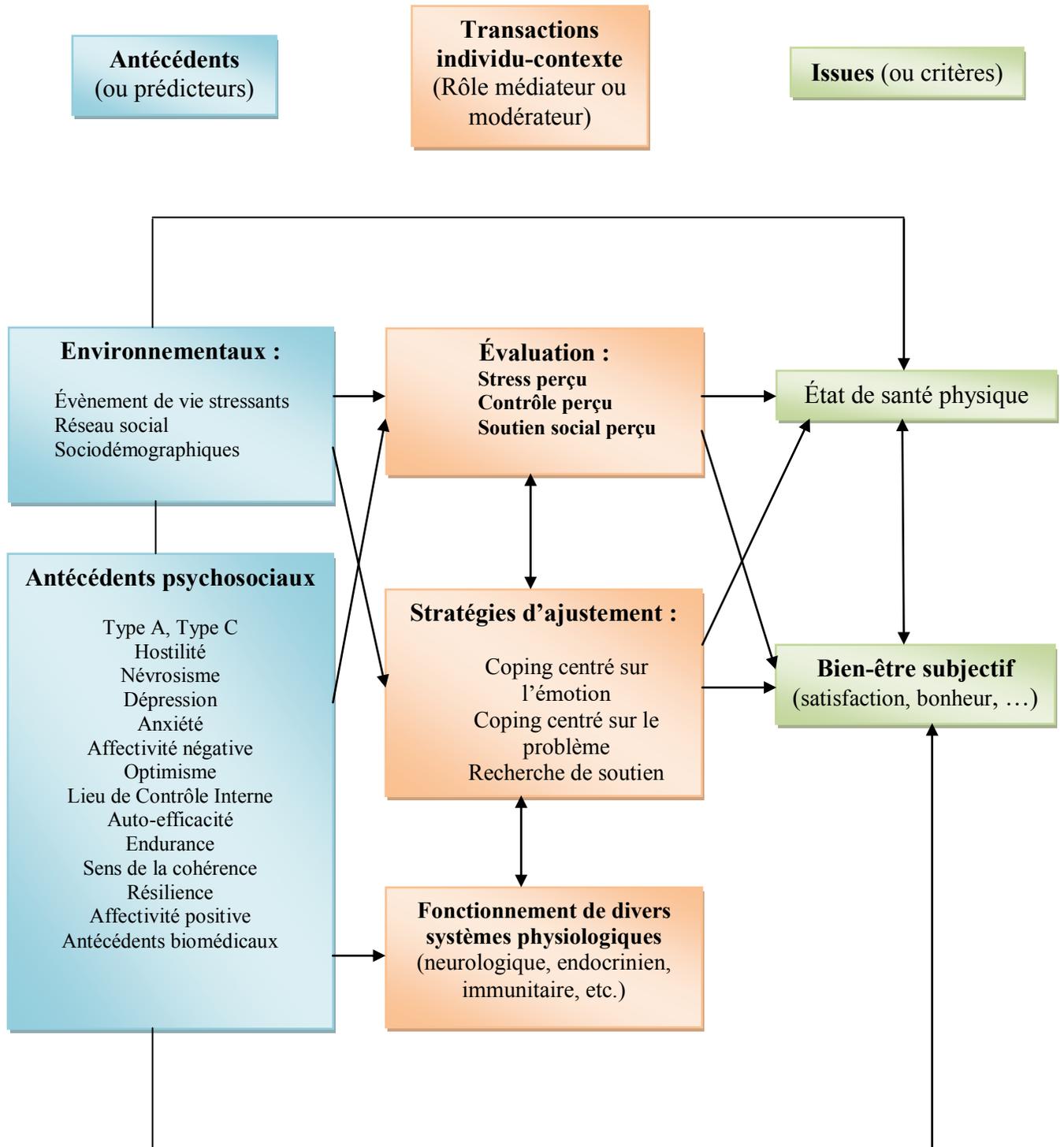
Ce cadre a l'avantage d'être composé de nombreux facteurs qui ont une influence sur la santé et la maladie. Il permet de mieux comprendre les causes d'une maladie, la manière avec laquelle l'individu s'ajuste à une situation stressante, telle que l'apparition d'une maladie ainsi que la façon de préserver notre capitale santé (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2007). En 2007, Boujut a testé ce cadre sur l'étude de la santé mentale chez les étudiants français de première année du cycle universitaire menant une étude longitudinale. Elle identifie quelques facteurs psychosociaux (l'échec académique, le développement des troubles de l'humeur, de troubles somatiques et de troubles du comportement alimentaire, etc.) qui prédisent la réussite et la bonne santé générale des étudiants. Au niveau des

processus transactionnels, cette étude fait apparaître que le recours au coping centré sur les émotions et à l'inverse un faible recours au coping centré sur le problème a des effets nuisibles sur la santé et le bien être des étudiants.

Soulignons l'idée que ce cadre repose sur une conception transactionnelle du stress qui permet de considérer les effets d'interactions entre le sujet et son environnement dans le cadre d'études portant sur des phénomènes d'ajustement. Il stipule ainsi qu'un individu exposé à une situation destabilisante, est capable de d'élaborer des stratégies d'ajustement pour faire face à la situation stressante. En psychologie de la santé, cette notion du stress perçu marquée par une dimension évaluative portant non seulement sur l'événement mais aussi sur les ressources dont dispose le sujet pour y faire face a permis de redéfinir les facteurs de risque de la maladie en remettant en question un modèle biologique pour concevoir un cadre intégratif et multifactoriel de la santé et de la maladie. Nous aborderons dans les ultérieurs chapitres les facteurs transactionnels et de personnalité et leur impact sur l'absence ou l'apparition de la maladie.

Notons enfin, que nous allons présenter avec plus de détails les facteurs transactionnels à savoir le stress perçu, les stratégies d'ajustements, le contrôle perçu et le soutien social en se centrant sur la présentation de quelques définitions de ces concepts, et de quelques outils de mesure et en examinant quelques recherches qui précisent les liens entre ces facteurs et la santé mentale en population générale et chez les étudiants en Tunisie et dans le monde.

Figure 6 : Le modèle intégratif et multifactoriel en psychologie de la santé (Bruchon-Schweitzer, 2002)



3. L'apport de la psychologie positive : évolution et principaux concepts

Les recherches en psychologie se sont focalisées sur les troubles psychologiques à savoir la dépression, le stress et la schizophrénie. Or, les publications scientifiques sur ces sujets se sont multipliées d'une manière fulgurante. L'image de la psychologie s'est complètement transformée depuis l'apparition de la psychologie positive. Cette approche est apparue à la fin des années quatre-vingt-dix à l'initiative de Martin Seligman (professeur à l'université de Pennsylvanie, aux États-Unis) qui occupait à l'époque le poste de président de l'Association Américaine des Psychologues (Csillik, 2017).

Cette approche apporte un complément utile à notre compréhension du fonctionnement humain et des facteurs favorisant le bien-être individuel et collectif (Shankland & Martin-Krumm, 2012). Ce courant a fait l'objet de nombreuses publications en français (Lecomte, 2009, 2017 ; Martin-Krumm & Tarquinio, 2011; Boniwell, 2012 ; Delas et al., 2015 ; Shankland, 2015). Martin-Krumm & Tarquinio (2011), indiquent dans leur livre sur la psychologie positive, qu'une explosion de recherches s'est focalisée sur les effets négatifs des événements stressants, à savoir atteinte d'une maladie grave, le décès d'une personne proche et les traumatismes sexuels. Les praticiens ont eu pour longtemps la mission de réparer les dommages causés par les désordres psychologiques. Les auteurs précisent qu'il était temps que la psychologie change de mission et faire en sorte que chacun ait une vie meilleure et développe toutes ses compétences et potentialités, comme l'indique Seligman.

Seligman (2000) défend l'idée de cultiver le bonheur et le bien-être et les émotions positives plutôt que de chercher de combler les défaillances psychologiques. Pour sa part, Lecomte (2009) précise que l'intérêt grandissant porté à la psychologie positive est lié essentiellement à l'idée principale qu'elle prône : développer une vie riche de sens et de potentialités, sans oublier ou mettre de côté les connaissances acquises sur la souffrance psychique et sur les moyens d'y remédier. Elle est donc une contribution logique au corpus de la psychologie clinique et pathologique.

Les recherches en psychologie positive se sont développées pour augmenter et promouvoir un fonctionnement psychologique optimal chez les individus, les groupes et les

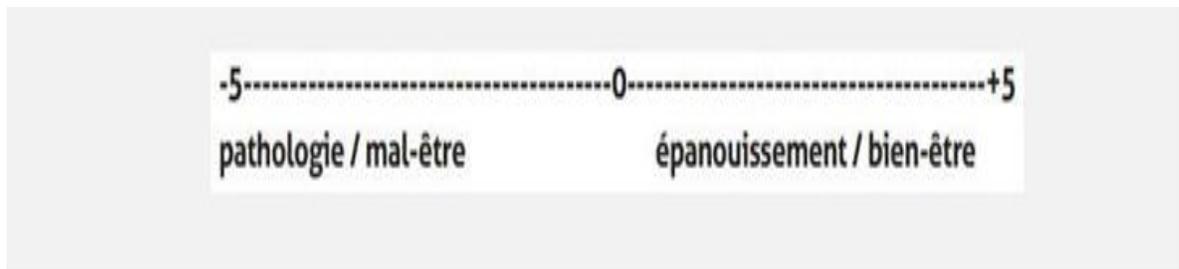
institutions (Seligman, 2000). De ce fait, l'apport de la psychologie positive dans la promotion de la santé est indéniable. Ainsi des modèles de promotion de la santé mentale se sont développés grâce aux travaux issus de la psychologie positive (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Ces recherches ont révélé l'importance du développement des ressources positives des personnes comme l'optimisme ou la créativité, la valorisation des expériences positives, l'espoir, le bonheur, etc. et s'appuient sur une «théorie des ressources» (Seligman & Peterson, 2004), et non sur une théorie des manques ou des déficits. Les ressources dans ce contexte sont envisagées comme des ressources individuelles et/ou communautaires permettant de promouvoir le bien-être et l'épanouissement personnel. Ces ressources peuvent être physiques, sociales, financières, environnementales, etc. (Shankland, 2015).

Avec l'émergence du courant théorique de la psychologie positive, le champ d'intérêt de la psychologie s'est trouvé métamorphosé et un nouveau vocabulaire avec des concepts fascinants comme bonheur, bien-être et fonctionnement optimal ont émergé. Mais cela a suscité la réticence pour certains et l'enthousiasme pour d'autres. La psychologie positive s'est intéressée aux aspects positifs de l'individu et les recherches sur ces questions se sont multipliées ces dernières années, montrant un effet bénéfique des actions de promotion de la santé mentale visant le développement des «forces de caractère» (Park et al., 2004) ou des «ressources générales de résistance» (Antonovsky, 1996). Ainsi, l'une des premières théories développées dans ce domaine était celle de l'«autogenèse» (Antonovsky, 1996) orientée vers les ressources, les potentialités et le sens de la cohérence de l'individu perception de l'existence comme étant prévisible et porteuse de sens.

Les résultats des travaux faisant référence à cette théorie indiquent qu'il existe des corrélations positives significatives entre ce sens de la cohérence et de nombreuses mesures de bien-être auto-rapportées. Le développement accru des travaux dans le champ de la psychologie positive a permis d'aller au-delà des études corrélationnelles pour mettre en place des recherches expérimentales validant les modèles proposés (Shankland & Martin-Krumm, 2012). Dans la nouvelle psychologie défendue par Martin Seligman, il n'est plus question d'aider les gens à passer de -5 à 0 sur l'échelle de satisfaction mais de permettre à chacun de passer de 0 à +5 ce qui convient à aider les individus à se sentir plus satisfaits de

leurs existences. L'auteur mentionne qu'une vie heureuse implique que celle-ci soit une source de plaisir, qu'elle ait du sens et que l'individu se sente engagé. De la sorte, il définit les trois pivots du bien-être : une « vie plaisante », une « vie dotée d'un sens » et une « vie engagée » (Seligman, 2002).

Figure 7 : Représentation du continuum de -5 à +5 (Seligman & Peterson , 2004)



Selon Csillik (2017), Seligman a voulu défendre dans ses recherches les forces et les ressources psychologiques des individus, beaucoup trop négligées selon lui. La psychologie positive qu'il veut promouvoir s'inscrit dans la continuité des travaux menés au XX^e siècle dans le domaine de la psychologie humaniste représentée par Rogers et Maslow au cours des années 1960 et 1970. (Peterson et Seligman, 2004). Selon Rogers (1977) l'individu est doté de capacités pour se défendre contre un environnement hostile. Ce qui est important pour Rogers c'est la perception de la personne de ces capacités, notamment de son estime de soi pour que l'organisme demeure sain et capable d'affronter les situations aversives. Il s'agit alors d'une capacité de compréhension de soi et des difficultés rencontrées pour contourner les obstacles et réaliser un fonctionnement équilibré.

Cette idée a été explorée par Peterson & Seligman, (2004) qui ont réalisé une profonde étude de la littérature scientifique et se sont focalisés sur les facettes positives de l'être humain dans les domaines suivants : psychologie, psychiatrie, éducation, religion, philosophie et sciences des organisations. Ils ont étudié divers courants philosophiques et religieux, ce qui leur a permis de dénombrer certaines vertus, telles que le courage, la sagesse, l'humanité, la justice, la tempérance et la transcendance. Ces vertus sont amplement valorisées dans différentes cultures. Peterson & Seligman (2004) ont mis en

place un modèle « Values in Action ». Il faut préciser que d'autres modèles existent dans la littérature pour le repérage, l'identification et le développement des forces comme le modèle « Gallup Clifton Strength Finder » de (Clifton, 2002, 2003) et le modèle « Realise » (Center For Applied Positive Psychology-CAPP). Les travaux du CAPP ont été menés par l'équipe de (Linley & Joseph, 2007)

Les chercheurs Seligman et Peterson ont maintenu douze critères pour définir une force de caractère en tant que telle. Il est fondamental, par exemple, qu'elle soit discutée et controversée dans de nombreuses cultures, qu'elle connaisse un opposé « négatif » clair et qu'elle soit mesurable et encouragée par les institutions sociales. Cette technique a facilité la mise à jour d'une liste de vingt-quatre forces de caractère réparties en six grandes catégories (Seligman, 2002).

- « La sagesse et la connaissance comprenant la créativité, la curiosité, l'ouverture d'esprit, l'appréciation des apprentissages la capacité à donner de sages conseils aux autres » ;
- « Le courage comprenant l'authenticité, la bravoure, la persévérance et l'enthousiasme » ;
- « L'humanité comprend la gentillesse, l'amour, l'intelligence sociale » ;
- « La justice comprenant l'impartialité, le leadership, la citoyenneté » ;
- « La tempérance comprenant le pardon, la modestie, la prudence, l'autorégulation » ;
- « La transcendance comprenant l'appréciation de la beauté, la gratitude, l'espoir, l'humour, la spiritualité ».

Tableau 6 : Les vertus et les forces en psychologie positive (Seligman & Peterson, 2004)

1. Sagesse et connaissance Forces cognitives impliquant l'acquisition et l'utilisation de connaissances	Créativité Curiosité Ouverture d'esprit Appréciation des apprentissages Sagesse
2. Courage Forces émotionnelles qui impliquent l'exercice de la volonté afin d'atteindre des buts, malgré une opposition interne et externe	Authenticité Courage Persévérance Enthousiasme
3. Humanité Forces interpersonnelles consistant à se soucier des autres et à s'en faire amis	Gentillesse Amour Intelligence sociale
4. Justice Forces civiques qui sont à la base d'une vie communautaire saine	Équité Leadership Travail d'équipe
5. Modération Forces qui protègent contre les excès	Pardon Modestie Prudence Autorégulation
6. Transcendance Forces qui établissent des liens avec l'univers et qui apportent un sens à la vie individuelle	Appréciation de la beauté Gratitude Espoir Humour Spiritualité

Les meilleurs thérapeutes ne se délimitent pas à réparer ou colmater les préjudices psychologiques ; ils aident les sujets à devenir plus performant en identifiant et en développant leurs forces et leurs vertus pour un fonctionnement psychologique équilibré et optimal (Seligman & Peterson, 2004) Ces forces se veulent universelles, spécifiques et mesurables à l'aide d'un instrument approprié²⁶. Le VIA est un questionnaire qui est proposé sur internet, il est composé de 240 questions ce qui permet d'avoir une meilleure

²⁶ Values in Action [VIA] consultable sur le site : www.authentic happiness.org

connaissance de ses forces. L'utilisation de ses forces au quotidien pour faire face aux différentes situations pénibles, le développement et l'usage optimal de ses forces procure le sentiment de pouvoir gérer les difficultés et améliorer le sentiment de compétence, l'estime de soi et le bien-être. (Shankland, 2015).

Selon l'approche de la psychologie positive, la mise en action au quotidien et d'une manière perpétuée de nos forces personnelles, en particulier celles qui nous caractérisent le plus est source d'épanouissement et de bonheur. Comme l'enfant qui adore courir à la suite de l'expérience de la marche, nous apprenons à prendre du plaisir à exercer nos dispositions, nos habiletés, nos aptitudes, nos forces et ce, tout au long de la vie active (Boniwell, 2012).

Le courant de la psychologie positive s'est imposé ces dernières années comme un courant prometteur visant le bien-être psychologique et le bonheur des individus. Gable et Haidt (2005) avancent l'idée que cette approche a pour objet scientifique d'étudier les conditions favorables et les processus mis en œuvre pour un épanouissement personnel ou au fonctionnement optimal des gens, des groupes et des institutions. Par ailleurs, Lecomte (2009, 2017) décrit les fondements de cette nouvelle discipline en insistant sur ces trois domaines d'études : l'art de vivre avec soi-même, les qualités interpersonnelles ou comment vivre avec autrui et enfin, le niveau social et politique qui guide la question du changement social. Il en découle l'étude et la mise en valeur de concepts anciens comme l'empathie ou plus récents comme la gratitude ou la justice restauratrice et des résultats empiriques qui sont très positifs (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Le sens de la vie y occupe une place singulière puisque Lecomte (2009) y consacre un chapitre (p. 62–75). L'auteur y défend un modèle qui est la «pyramide du sens».

Selon cette approche, trois dimensions participent au fait de donner du sens à la vie. La première dimension est « affective et relationnelle » dans sa composition, nous retrouvons l'amour, l'amitié. Ces composantes activent des valeurs à des degrés divers. La seconde dimension est « spirituelle » qui est fondée sur certains effets bénéfiques de la religion ou de la philosophie qui soutiennent un sens global de la vie. La troisième dimension concerne les « expériences significatives » qui nécessitent un dépassement de soi et un engagement dans une voie.

D'une manière sommaire, les deux champs théoriques que nous venons d'exposer : la psychologie de la santé et la psychologie positive comme deux démarches scientifiques rigoureuses soulignent la question complexe qui est l'importance du bien-être et l'épanouissement psychologique à promouvoir chez les individus. Chacune de ces théories s'est développée dans son contexte et d'une manière différente. Cependant, elles visent toutes les deux la promotion de la santé et la santé mentale positive même si elles divergent dans les pratiques et les programmes et les techniques d'interventions. Elles ont des similitudes dans les conséquences et elles ont à gagner en s'enrichissant mutuellement.

4. État des lieux de la santé psychologique des étudiants en Tunisie et dans le monde.

L'entrée à l'université est considérée comme une période de transition complexe qui met à rude épreuve les capacités d'adaptation des étudiants. En effet, cette période de vie est jalonnée par un nombre considérable de changements bouleversants : remaniements identitaires, perte des repères habituels, éloignement du cocon familial, un nouveau rapport au savoir, un rythme d'études effrénées, stress de l'examen, confrontation à un avenir professionnel incertain. Faire face à ce nouveau contexte, nécessite de la part de l'étudiant le déploiement de certains efforts cognitifs, émotionnels, comportementaux pour tenter dans la mesure du possible de maîtriser la situation et réduire la détresse occasionnée.

➤ En Tunisie

Le Ministère de l'Enseignement Supérieur Tunisien a réalisé en 1998 une première enquête sur la santé des étudiants tunisiens élaborée par l'équipe de Belhajouza et Ben Romdhane (1998), suite aux résultats préoccupants de cette étude, des psychologues ont été recrutés et affectés dans les différents établissements et campus universitaires pour accompagner et prendre en charge les étudiants en souffrance psychologique. Actuellement soixante-dix psychologues seulement sont recensés dans l'enseignement supérieur tunisien pour accompagner 300.000 mille étudiants inscrits dans les établissements universitaires.

La première enquête réalisée par les professeurs Ben Romdhane & Belhajouza. (1998) a montré des résultats inquiétants : 12.5% vivent continuellement de multiples difficultés psychologiques: inquiétude, tristesse, irritabilité, intolérance à la frustration,

instabilité de l'humeur, la phobie, idées morbides obsédantes ou sentiment de solitude (48.5%) qui se caractérise par des réponses « *je ressens de temps en temps de la tristesse, de l'inquiétude, une tension nerveuse, de la culpabilité, une grande fatigue* ». Ce groupe a également tendance à beaucoup somatiser en évoquant des maux de tête, des nausées, des vertiges, des bouffées de chaleur, des tachycardies, des troubles du sommeil et des perturbations de la conduite alimentaire. Sur le plan intellectuel, ils s'estiment manquer d'énergie pour étudier et ils se laissent déborder par le travail. Toutefois, la grande majorité garde confiance dans leurs aptitudes. Les étudiants pensent jouir d'une bonne capacité de compréhension et se définissent comme des personnes intelligentes (34%) déclarent ne pas avoir des problèmes psychologiques majeurs et affirment qu'ils sont en bonne santé psychologique.

➤ **Dans le monde**

Une littérature scientifique internationale assez abondante s'est intéressée à cette transition qui expose l'étudiant à une détresse psychologique confirmée par les résultats des recherches effectuées jusqu'à ce jour. Dans la recherche de Spitz, Costantini, Desprat et Montier (2007), les auteurs notent qu'en France sur une population de 935 étudiants de première année, 14% ont un score de détresse émotionnelle, ce qui traduit leur mal-être. Ce constat a été confirmé dans d'autres pays européens comme la Norvège, l'Angleterre et l'Irlande (Firth, 1986 ; Nerdrum, Rustoen & Ronnestad, 2006 ; Tyrrel & Smith, 1996, cités par Boujut, 2009).

Dans une étude marocaine à visée descriptive et analytique, réalisée par Barrimi et al., (2019) qui porte sur la prévalence des comportements suicidaires et les facteurs associés aux idées et aux tentatives de suicide chez les étudiants de médecine au Maroc les résultats dévoilent que chez 600 étudiants répartis sur les sept facultés de médecine et de pharmacie au Maroc ; 5 % avaient réalisé au moins une tentative de suicide et 31 % avaient eu des idées suicidaires. Ces résultats indiquent que cette problématique est sérieuse au sein de cette population. Les idées suicidaires étaient associées d'une façon statistiquement significative à la consommation de substances psychoactives, à une détresse psychologique et à la réalisation de tentative de suicide. Alors que les tentatives de suicide sont associées significativement à une détresse psychologique et à la présence d'une affection de longue

durée .Les chercheurs indiquent que les idées et les tentatives de suicide semblent être une problématique sérieuse chez les étudiants en médecine au Maroc et les dispositifs de prévention et de soutien psychologique doivent être mis en place pour faire face à ces difficultés.

4. 1. Prévalence de détresse psychologique chez les étudiants

Selon les recherches de l’OMS environ 20% des adolescents de 10 à 24 ans souffrent d’un problème de santé mentale chaque année le plus souvent sous forme de dépression ou d’anxiété tandis que les comportements suicidaires restent l’une des principales causes de mortalité chez les jeunes. En France, depuis 1989, le Ministère de l’Éducation National a créé l’observatoire de la vie étudiante (OVE) dont la mission est de donner une information aussi objective et complète que possible sur les conditions de vie des étudiants et sur leurs rapports avec le déroulement des études , de manière à éclairer la réflexion politique et à aider à la prise de décision dans la mise en place des dispositifs de prévention.

Les enquêtes « baromètre santé jeunes » attestent que l’état de santé est inquiétant chez les jeunes âgés de 12 à 25 ans. Même si les jeunes se jugent en bonne santé physique, la santé mentale est moins satisfaisante. Les tranches d’âges des 18-19ans et des 20-22 ans appartiennent à la fameuse tranche d’âge des jeunes ou le suicide représente la deuxième cause de mortalité après les accidents de la voie publique et où les comportements à risque sont assez répertoriés et bien existants. La prévalence de consommation de tabac, de substances illicites, d’alcool, de médicaments, de conduites suicidaires, de conduites à risque, de violences ont été étudiés par un nombre croissant de recherches partout dans le monde.

En 2011, le bilan effectué par l’observatoire de la vie étudiante révèle que 32% des étudiants français déclaraient avoir l’impression d’être débordés, que 35% étaient obligés de travailler pendant leur année universitaire et que seulement 41% semblaient satisfaits de leurs ressources. Dans une étude française réalisée par Vandentorren et al. (2005). Les auteurs ont effectué une étude descriptive transversale réalisée à partir d’un questionnaire explorant l’état et les comportements de santé chez les étudiants. Elle avait pour objectif

d'identifier les besoins d'information en santé des résidants universitaires. Notons, que 370 étudiants ont participé à cette étude, en majorité des femmes 61%, d'âge médian de 21 ans toutes disciplines confondues. La majorité des étudiants 69% se disaient stressés et/ou déprimés et plus d'un tiers fatigués. Près de 20% des étudiants fumaient et 9% déclaraient boire de l'alcool régulièrement et 7% affirmaient ne jamais consulter de médecin.

Par ailleurs l'étude française de Spitz et al. (2007) montre que les difficultés d'adaptation à l'université entraînent pour un étudiant sur deux un état de stress qui s'exprime à travers des douleurs somatiques divers, 40% des étudiants souffrent de maux de dos, 45% se plaignent de céphalées, 30% ont des problèmes d'estomac, 77 % se sentent fatigués. Cet état de fatigue est souvent associé à l'anxiété et à l'insomnie, à des difficultés d'adaptation sociale et à des affects dépressifs. Ainsi, lorsque les étudiants expriment des difficultés pour s'insérer se sentent isolés dans le contexte de l'université et reconnaissent avoir des problèmes pour répondre aux exigences académiques demandées, alors le risque de détresse psychologique augmente.

Printemps et al. (1999) ont réalisé une enquête transversale. Cette étude a concerné des étudiants parisiens, lors d'un examen médical de médecine préventive réalisé au cours de leur première année d'inscription. Les auteurs ont voulu étudier les caractéristiques du sommeil, de la vigilance, et la prévalence de troubles du sommeil chez cette population. Cette enquête a concerné 3152 étudiants dont 52% de filles dont l'âge moyen était de 20 ans. Les résultats indiquent que 38% des étudiants estiment ne pas dormir suffisamment, 21% des étudiants affirment éprouver des difficultés de sommeil, 10% d'entre-eux disent être somnolant au cours de la journée, 4% des étudiants prennent des médicaments pour dormir.

Fisher (1994) expose dans son étude qu'un étudiant sur trois ayant quitté le giron familial se plaint de troubles somatiques (douleurs divers, troubles digestifs, etc. .) et émotionnels (anxiété, dépression, symptômes obsessionnels etc). En 2007 , une enquête a été réalisée par l'Union Nationale des Mutuelles Étudiantes Régionales portant sur la santé des étudiants dévoile qu'en France 36.2% des étudiants déclarent avoir des difficultés à gérer leurs stress, 31.3% et indiquent avoir été, sur une période de plus de deux semaines «triste, déprimé, sans espoir, avec une perte d'intérêt pour les activités qu'ils aiment faire

habituellement au cours des 12 dernières mois ayant précédé l'enquête » et également 8.8% ont déclaré avoir eu des pensées suicidaires.

Pour mieux connaître la santé des étudiants primo-inscrits, l'Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur a réalisé durant l'année universitaire 2005-2006 une enquête par auto-questionnaire auprès de 1723 étudiants âgés de 18 à 24 ans inscrits dans l'une des six universités de la région. Les résultats révèlent et confirment que l'entrée à l'université peut être vécue comme une période de forte vulnérabilité. L'instrument utilisé pour mesurer la détresse psychologique est le Mental Health Inventory -5 (MHI-5). En effet, 26% des étudiants expriment une souffrance psychologique : ceux-ci consomment des médicaments psychotropes huit fois plus souvent que les autres, 3% déclarent avoir fait une tentative de suicide au cours de la vie et 25% des étudiants en première année fument quotidiennement.

Les consommations régulières d'alcool et de cannabis sont moins fréquentes, mais 31% des garçons et 17% des filles déclarent une ivresse au moins une fois dans le mois précédent l'enquête. Les habitudes alimentaires des étudiants sont perturbées : moins d'un étudiant sur six déclare consommer quotidiennement au moins cinq fruits ou légumes. La maigreur est plus fréquente chez les étudiantes 16% que chez les étudiants 6%. Enfin 14% des garçons sont en surpoids ou obèses et 9% chez les filles. Actuellement, les pratiques sexuelles à risque persistent, voire reprennent chez les étudiants ayant des partenaires sexuels occasionnels, 19% des garçons et 31% des filles n'utilisent pas le préservatif systématiquement ; 31% des étudiantes ont eu recours à une interruption volontaire de grossesse au cours de leur vie.

En 2014, la Mutuelle Des Étudiants en France a lancé une enquête nationale sur la santé des étudiants. La LMDE réalise depuis 2005 des enquêtes nationales sur la santé des étudiants (ENSE 1 en 2005, ENSE 2 en 2008, ENSE 3, en 2011). Elles ont pour objectif d'identifier, de comprendre et de suivre les comportements et les besoins spécifiques des étudiants en matière de santé. Cette enquête a été réalisée auprès de 25000 étudiants mais seulement 4246 réponses ont été recueillies. Le questionnaire diffusé auprès des étudiants a été centré sur quatre axes : recours aux soins, consommations de produits psycho actifs, vie affective et sexuelle et bien-être. Cette étude a révélé que 37% avaient signalés un état de

mal-être, les femmes ont présenté plus des symptômes anxieux 46% par rapport aux hommes dont le pourcentage s'élevait à 25%.

4. 2. Symptomatologie dépressive et anxieuse et idées suicidaires

➤ En Tunisie

Malgré les rares études menées sur le suicide chez la population estudiantine tunisienne, nous pouvons mentionner l'étude de l'équipe de (Amami et al., 2013) qui a pour objectif d'étudier le profil global des suicidants, lycéens et étudiants, en population clinique. Une recherche a été réalisée sur 1623 dossiers d'élèves et étudiants qui ont consulté l'unité psychopédagogique du service de psychiatrie du CHU Hédi Chaker de Sfax au cours de la période allant de janvier 1997 à décembre 2009. L'équipe a retenu 61 dossiers de consultants pour tentative de suicide. La prévalence des tentatives de suicide est estimée à 3.75 %. Ce taux faible renvoie d'après les chercheurs à des considérations socioculturelles. Le profil du suicidant révèle qu'il s'agit souvent de jeune fille (70.5%), avec des troubles de l'adaptation (60.6%), accomplissant sa tentative de suicide de façon impulsive (91.8%). Cette étude souligne l'intérêt de généraliser les cellules d'écoute et de prise en charge psychologique dans les établissements scolaires et universitaires pour apporter une aide adaptée à cette population fragile psychologiquement.

➤ Dans le monde

La littérature scientifique internationale confirme la fragilité particulière des étudiants de première année (mal être, mauvaise estime de soi, pensées suicidaires, fatigue, troubles du sommeil, perte d'appétit, etc.) autant de symptômes qui traduisent la détresse psychologique des étudiants. Dans leur étude (Boujut et al., 2009) ont proposé à 1100 étudiants ayant passé leurs visites médicales à Bordeaux au SIUMPPS entre octobre et décembre 2004, de participer à cette étude. Ils ont été recontactés en fin d'année universitaire. Précisant que 556 étudiants ont été retenus en fin d'étude. Les résultats révèlent que : 24% consomment quotidiennement du tabac, 8% consomment du cannabis, 27% des étudiants ont une dépression légère, 18% une dépression modérée et 3% un score indiquant un score d'une dépression sévère.

Les scores sont détenus au BDI, 4.3 % ont une tendance suicidaire d'après leurs réponses à l'item 7 du BDI : « je pense que la mort me libérerait et j'ai des plans précis pour me suicider », 5.6 % des étudiants ont consulté un psychiatre ou un psychologue depuis leur entrée à l'université, les étudiants en sciences et en médecine sont moins vulnérables que les étudiants en sciences humaines et littéraires. Par ailleurs, la répartition selon l'IMC montre que 11% sont maigres, 76% normaux, 13% en surpoids ou obèses, 46% pratiquent du sport de manière importante, 12% pratiquent un sport de compétition, 6.6 % un score élevé de troubles du comportement alimentaire à l'EAT-26.

Les explications rapportées aux résultats illustrés précisent que les facteurs de vulnérabilité vis-à-vis du risque de dépression sont la colère- hostilité élevée, l'estime de soi faible, le tabagisme et le genre féminin. Pour les facteurs transactionnels : Trois processus transactionnels dysfonctionnels viennent amplifier les effets de trois de ces antécédents : le stress académique, la solitude et le coping émotionnel. Deux processus viennent les atténuer : la satisfaction quant au soutien social familial, le recours au coping actif et la résolution de problèmes. Les facteurs de vulnérabilité relatifs au développement de symptômes physiques durant la première année de faculté sont l'anxiété – trait, l'absence de pratique d'activités physiques, le tabagisme, le fait d'être une femme et d'avoir des symptômes somatiques à T 1 y contribue également.

De plus, les processus transactionnels amplifiant l'effet de l'anxiété trait sont le stress à l'université et le coping émotionnel. La pratique sportive constitue un facteur de protection. Les facteurs de risque concernant les troubles du comportement alimentaire sont les suivants : insatisfaction vis-à-vis de son corps, IMC élevé et faible adaptation perçue à l'université. Le stress perçu vis-à-vis du dysfonctionnement de la faculté et le coping émotionnel – évitant augmentent le risque de trouble du comportement alimentaire.

Afin d'obtenir des indices sur la vulnérabilité psychique des étudiants : deux enquêtes ont été menées en 2008-2009 et en 2010-2011. Estingoy et al. (2013) ont réalisé une étude dont l'objectif est d'évaluer les risques en santé mentale dans la population étudiante. Une première enquête en 2009 avait pour objectif d'étudier la prévalence du risque de dépression (inventaire abrégé de dépression de Beck) et de schizophrénie (échelle adaptée de Mc Glashan pour les symptômes prodromaux ou scale of prodromalsymptoms).

Les résultats dévoilent un risque de 5.7% de dépression pathologique (n= 2728) et 5.2% de prodromes schizophréniques n= 2351. La deuxième enquête ayant eu lieu en 2011, élargit la recherche à de nouvelles dimensions (échelle d'estime de soi de Rosenberg), dépistage TDAH avec renseignement sur le profil étudiant.

La méthode d'exploitation permet aussi de croiser les échelles. Les résultats montrent une inflation des étudiants vulnérables à 7.4% pour les dépressions sévères et à 8.3% pour les prodromes schizophréniques. De plus, 10% des jeunes déclarent avoir eu des pensées ou projets suicidaires. Tandis que les scores de très faible estime de soi concernent près d'un étudiant sur cinq. Entre 2009 et 2011, les résultats révèlent une aggravation des scores de dépression autant pour les risques modérés à sévères de 22.6% à 28.5% et les idées suicidaires de 6.3% à 9.4%.

4. 3. Consommation des produits psychoactifs et tabagisme

Plusieurs études se sont intéressées à la consommation des produits psychoactifs chez les étudiants.

➤ En Tunisie

L'équipe de (Nakhli et al., 2016) a réalisé une étude tunisienne qui s'intéresse à la prévalence des conduites alcooliques chez les étudiants et a indiqué les caractéristiques sociodémographiques et cliniques associées chez ce groupe d'étudiants. L'échantillon est composé de 266 étudiants inscrits à l'Institut Supérieur de Sciences Infirmières. L'outil utilisé pour cette recherche est l'Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) afin de dépister leurs conduites alcooliques. Les résultats indiquent que le score moyen à l'AUDIT était de $3,5 \pm 2,7$. Une consommation à risque était retrouvée dans 12 % des cas et une dépendance dans 11,7 %. Les facteurs associés aux conduites alcooliques étaient : l'âge ($p = 0,026$), le sexe masculin ($p < 10^{-3}$), les antécédents de redoublement ($p = 0,029$) et les antécédents de troubles anxieux et dépressifs ($p = 0,002$). Les chercheurs concluent que la prévalence de la dépendance alcoolique est de 12 %. Ce qui implique que la prévention des conduites alcooliques chez les étudiants est une préoccupation majeure et nous devons

organiser des programmes de prévention afin de mieux sensibiliser nos jeunes des risques néfastes de l'alcool.

Une étude tunisienne est menée auprès de 150 étudiants par (Aissa et al., 2014) qui porte sur les comportements tabagiques chez les étudiants infirmiers de Sousse afin de déterminer leurs comportements et attitudes vis-à-vis du tabac. Une étude transversale descriptive réalisée à l'aide d'un questionnaire auto-administré et anonyme. Cette étude révèle que la prévalence du tabagisme était de 32.6%. Plusieurs facteurs expliquent l'initiation au tabac : le stress (55%), le plaisir (46.9%) et l'influence de l'entourage (30.6%). Le score de dépendance indique une dépendance forte chez 26.5% alors que 75.5% des étudiants déclarent avoir fait des tentatives d'arrêt. 93% des étudiants questionnés affirment que les professionnels de santé doivent donner l'exemple en s'abstenant de fumer et préserver leur capitale santé.

➤ **Dans le monde**

Les études menées par (Chakroun et al., 2007, USEM, 2009) ont indiqué que dans la population étudiante la consommation de cannabis a considérablement augmenté. En effet, en 2007, 12.2 % des étudiants déclaraient avoir consommé du cannabis et en 2009 ils sont devenus 20.8 %. Les étudiants de première et deuxième années sont 13.6 % à avoir une consommation problématique de cannabis et ce taux atteint 28.9% en sociologie, 21.9% en psychologie contre 5.7 % en pharmacie (Simmat-Durand, 2008).

Chakroun et al. (2007) ont réalisé une recherche qui porte sur la fréquence de la consommation de substances psychoactives et de la psychopathologie chez de jeunes adultes en première année du cycle universitaire. Le premier objectif de cette recherche était de comparer la fréquence d'utilisation de diverses substances psychoactives dans un échantillon de jeunes adultes et celles observée cinq ans plus tôt. Le deuxième objectif était d'évaluer la prévalence des troubles mentaux comorbides chez les consommateurs fréquents de différents types de substances. L'échantillon est composé de 1517 sujets, âgés de 19.5 ans avec un écart type = 2.39, 70.3% sont du sexe féminin. Quatre disciplines universitaires ont été choisies : 38.6% en médecine, 34.9 % en psychologie, 12.8 % en sociologie et 13.7 % en sciences techniques des activités physiques et sportives STAPS. Par ailleurs l'échantillon ayant participé aux entretiens diagnostiques était constitué de 224

étudiants comprenant 83 hommes (37 %) et 141 femmes (63 %) âgés de 19.46 ans (écart type = 1.12).

Pour les outils d'évaluation, il s'agit d'un questionnaire portant sur la consommation récente des substances psychoactives qui évaluait la consommation de diverses substances comprenant l'alcool, le cannabis, l'écstasy, les amphétamines, l'héroïne, la cocaïne, le LSD et les solvants sur les 30 derniers jours. Les troubles psychopathologiques ont été évalués par un entretien semi-structuré à l'aide du Mini International Neuro Psychiatric Interview (MINI, version 5.0). Les résultats de cette étude sont annoncés sur le tableau suivant: 13% des étudiants consomment du Cannabis, 35.6 % fument du tabac et 14% boivent de l'Alcool.

Tableau 7 : prévalences déclarées des consommations de substances psychoactives (Chakroun , 2007)

Substances consommées	Participants screening 18-28ans			Population générale 18-25ans (OFDT ,2002)
	Femmes	hommes	Totalité	
Alcool ^b	10.5	22.3	14.0	15.1
Tabac ^a	35.6	35.6	35.4	44.1
Cannabis ^c	9.3	21.7	13.0	6.3
Ecstasy	1.5	2.9	1.9	2.3
Amphétamines	1.2	1.8	1.4	1.6
Héroïne	0.2	0.7	0.3	0.9
Cocaïne	0.7	2.0	1.1	1.9
LSD	0.4	0.9	0.5	1.2
Solvants	0.6	0.9	0.7	5.7

a : Consommation quotidienne

b : Au moins trois fois dans la semaine

c : Au moins dix consommations dans le mois

L. Simmat-Durand (2008) dans son étude qui porte sur l'usage de cannabis chez des étudiants d'une université parisienne, a concerné un échantillon de 875 étudiants inscrits en première et deuxième années stratifié selon la discipline : psychologie, sociologie, droit, médecine et pharmacie. Les étudiants interrogés ont en moyenne 20.2 ans avec écart type de 2.2 ans et 79 % sont des femmes. Les données de cette enquête révélaient qu'un étudiant sur deux a déjà expérimenté le cannabis avec des différences significatives entre les hommes et les femmes respectivement 55.2 % versus 45.7 % et selon les filières d'études universitaires : 25.9 % en pharmacie, 37.3% en médecine et 41 % en droit contre 72 % en sociologie et 65.2% en psychologie. L'âge à l'expérimentation du cannabis est proche de 16 ans avec des différences significatives selon le baccalauréat d'origine et la profession et

catégorie socio professionnelle du père. L'usage problématique du cannabis au cours de la vie a été estimé par quatre variables : avoir consommé tous les jours pendant plus de deux semaines, avoir rencontré des problèmes pour en arrêter, avoir abandonné une activité habituelle, avoir conduit un véhicule sous l'emprise du cannabis, etc. Les étudiants ont rempli un auto-questionnaire anonyme. L'évaluation de la consommation d'alcool a été réalisée à partir des questions de l'Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT).

L. Idier et al. (2011), dans son étude qui porte sur l'attirance, la fréquence et l'intensité des conduites addictives chez les étudiants et les étudiantes français révèlent des constats alarmants sur le nombre important d'étudiants qui ont eu recours à des conduites addictives. En effet face au stress généré par l'accès aux études supérieures beaucoup d'étudiants s'adaptent difficilement à cette nouvelle vie. L'échantillon de l'étude est composé de 354 étudiants dont 281 femmes (79.4 %) et 73 hommes (20.6 %) qui sont répartis comme suit : 51.4 % sont des étudiants en psychologie, 35.9% sont inscrits en IUT carrières sociales et 8 % en sciences et techniques de l'activité physique sportive STAPS. Dans cette recherche trois consommations de substances (alcool, tabac et cannabis) et trois pratiques comportementales (nourriture, internet, et sport) ont été évaluées à l'aide des différentes versions du questionnaire de mesure de l'intensité des conduites addictives (QMICA) de Décamps et al. (2013). Les résultats justifient que l'attirance vis-à-vis de l'alcool, du cannabis et du sport est plus élevée chez les garçons alors que l'attirance vis-à-vis de la nourriture est plus élevée chez les filles. Les étudiants ont une consommation d'alcool et de cannabis plus fréquente que celle des étudiantes, ainsi qu'une pratique sportive et d'internet plus intense. Les étudiantes quant à elles ont davantage de conduites alimentaires à caractère addictif.

Une étude française a été réalisée par Vaysse et al (2014) qui porte sur les consommations d'alcool, du tabac, et du cannabis ainsi que les niveaux d'anxiété et de dépression chez les étudiants en médecine admis en deuxième année, à partir d'auto-questionnaires anonymes reprenant les tests AUDIT, FAGESTROM, CAST, HAD. Parmi les 207 de cette promotion hors redoublant, 198 ont accepté de participer à cette étude. La consommation excessive d'alcool était plus importante chez les femmes que chez hommes 35% contre 22%, mais les dépendantes sont moins nombreuses 2% contre 8%. Les fumeurs

du tabac représentaient 16% des étudiants, dont 80% ne présentaient pas de dépendance. La proportion des étudiants fumant du cannabis était à 15%, dont 52% auraient une consommation problématique. Chez les femmes, 21% avaient un trouble anxieux suspecté et 23% un trouble anxieux avéré, contre pour les hommes 17% et 6%. Trois pour cent (3%) avaient un trouble dépressif suspecté, et 0.5% des signes de dépression avérés. La consommation d'alcool à risque était significativement liée à la consommation du cannabis à risque. Il n'a pas été établi de lien entre l'anxiété ou la dépression et ces consommations. En conclusion, les médecins semblent particulièrement affectés par les troubles psychologiques ou les addictions et les étudiants en médecine sont paradoxalement moins susceptibles que la population générale de recevoir les soins appropriés à leur état de santé.

4. 4. Stress perçu, tracas et stratégies d'ajustement

Dans leurs travaux, Strenna et al. (2014) étudient les tracas quotidiens des étudiants de première année de grandes écoles : liens avec la santé mentale perçue et la qualité de vie. Ils tentent d'étudier les difficultés des étudiants des grandes écoles et les liens qui peuvent exister entre ces tracas et la santé psychique et la qualité de vie. L'entrée dans une grande école, avec les nombreux changements occasionnés, peut être considérée comme une situation potentiellement stressante.

À ce jour, les recherches abordant les problèmes de tracas quotidiens, de santé mentale et de qualité de vie des étudiants sont encore peu nombreux en France et concernent essentiellement les étudiants d'université. L'hypothèse de Strenna est la suivante : l'entrée dans une grande école est source de stress pour les étudiants avec des répercussions plus ou moins importante sur leur qualité de vie. Elle a cherché à identifier les tracas quotidiens les plus importants et qui influencent d'une façon significative sur la santé mentale et la qualité de vie de l'étudiant des grades écoles dans la mesure où cette population a été très peu étudiée en France.

L'étude a intéressé 169 étudiants (101 filles et 68 garçons) de première année des grandes écoles. L'âge moyen est de 20.59 ans. Dans son échantillon 52% des étudiants sont issus de l'École Supérieure de Commerce de Dijon et 48% de l'École nationale Supérieure de Biologie Appliquée à la Nutrition et à l'Alimentation de Dijon. Les résultats de la

recherche dévoilent que les tracas les plus fréquents et les plus gênants sont liés à la réussite dans les études (examens), à la gestion du temps (ne pas avoir le temps de faire ce que l'on voudrait faire) aux relations interpersonnelles (éloignement d'un être cher) et à la santé (sommeil et réveil).

En revanche, les tracas les moins fréquents et les moins gênants concernent plutôt la gestion du contexte immédiat de vie (problème de violence, grèves, dégâts matériels, tâches ménagères, etc.). Les résultats obtenus au GHQ-12 montrent que 33% des étudiants présentent une détresse psychologique. Ainsi 55 sujets sur 169 présentent des scores supérieurs à quatre et présentent donc un niveau élevé de détresse psychologique. Pour ce qui est de la qualité de vie, paradoxalement, les étudiants ont une perception positive sur leur qualité de vie. Pour mieux comprendre les liens qui existent entre détresse psychologique et les tracas quotidiens, nous pouvons se référer à d'autres études : l'étude de Spitz et al (2007) montre que les difficultés d'adaptation à l'université engendrent pour un étudiant sur deux un état de stress qui s'exprime à travers des plaintes somatiques diverses. 40% des étudiants sont alors en détresse. Les liens entre détresse psychologique et les tracas mineurs sont complexes. En effet, ces difficultés peuvent avoir un effet négatif sur la santé psychique tout comme l'état de santé psychique peut avoir un effet sur leur perception.

Tout compte fait, les études sur la santé psychologique des étudiants sont assez nombreuses dans la littérature scientifique internationale. Cependant, cette problématique d'actualité est peu traitée en Tunisie, les rares études menées ont concerné les étudiants inscrits en médecine et en des filières paramédicales réputées stressantes. Nous avons constaté que nous avons une visibilité très floue sur l'ampleur et le poids réel de ce phénomène chez les étudiants tunisiens. Partant, de ce constat, nous avons choisi de réaliser notre recherche pour évaluer la santé psychologique chez des étudiants tunisiens et identifier les facteurs associés à la détresse psychologique ou le maintien d'un fonctionnement psychologique équilibré. Ces différentes études que nous avons détaillées ont permis de dresser un bilan sur leurs états de santé et de constater cette fragilité psychologique et les résultats alarmants en témoignent. Ces études vont servir d'étayage à notre problématique et à nos hypothèses pour argumenter le choix de nos variables

psychosociaux et l'originalité de notre étude et vont servir dans la comparaison de nos résultats lors de la discussion finale par rapport à la littérature internationale.

Conclusion

Dans ce chapitre, nous avons exposé d'une manière concise les principales caractéristiques de la psychologie de la santé et de la psychologie positive. Au départ nous avons précisé que la psychologie de la santé s'intéresse de manière spécifique aux facteurs psychologiques et sociaux qui peuvent impacter positivement ou négativement le bien-être physique et psychique, et la qualité de vie des individus et qui peuvent aussi les rendre malades. La psychologie de la santé cherche, en effet, à identifier et à connaître les facteurs fragilisants ou protecteurs tels que les facteurs environnementaux (événement de vie stressant, isolement social) et de personnalité (styles de vie à risque, traits de personnalité pathogènes ou salutogènes) qui affectent la santé ou qui contribuent à l'amélioration de l'état de santé.

La psychologie de la santé a élaboré un cadre intégratif et explicatif appelé le modèle biopsychosocial qui fournit une approche intégratrice pour saisir l'interdépendance des facteurs psychiques et sociaux sur la santé et la maladie. Plusieurs modèles existent actuellement et se réfèrent d'une manière ou d'une autre à ce modèle central. À travers ses fondements théoriques, la psychologie de la santé est une discipline scientifique qui s'est essentiellement développée autour de la recherche. Mais elle représente également un nouveau champ d'intervention et de pratiques thérapeutiques, tant dans le domaine de la prévention que dans celui de la prise en charge des malades et de leurs entourages proches.

La psychologie positive est un courant théorique qui connaît un engouement croissant cette dernière décennie. L'image de la psychologie a complètement changée depuis l'apparition de ce courant. Elle défend l'idée de cultiver le bonheur et le bien être et les émotions positives et favoriser un fonctionnement psychologique optimal plutôt que de chercher à colmater les défaillances psychologique (Csillik, 2017). Dans ce sens, Lecomte (2009) précise que l'intérêt porté à la psychologie positive est lié essentiellement à l'idée fondamentale qu'elle défend : développer une vie riche de sens et de potentialités sans occulter ou mettre de côté les connaissances acquises sur la souffrance psychique et sur les moyens d'y remédier. Celle-ci est donc un complément logique au corpus de la psychologie clinique et pathologique.

Pour conclure, il convient de souligner les points en commun entre la psychologie de la santé et la psychologie positive comme deux cadres théoriques qui sont complémentaires et qui soulignent et contribuent essentiellement au développement du bien-être et du bonheur chez les individus. Ils ont à gagner en s'enrichissant mutuellement et en développant leurs techniques d'interventions. En l'état actuel des recherches, ils peuvent compléter les dispositifs thérapeutiques à la portée des praticiens selon les patients auxquels ils ont affaire, et selon la nature des troubles traités. Concernant les démarches de la psychologie de la santé, elles contribuent à jouer un rôle important en termes d'évaluation, de diagnostics et d'éducation pour la promotion de la santé et des démarches adaptées : parmi lesquelles celles issues de la psychologie positive et qui ont une place potentielle. Les limites seraient donc ici liées à un recours exclusif à celles-ci. Mais elles sont liées aussi aux interrogations qu'elles suscitent quant à leurs démarches et leurs efficacités. Nous nous intéressons davantage aux perspectives prometteuses que ce courant apporte dans les conceptions et les démarches en psychologie de la santé. L'évaluation de leur efficacité est un champ de recherche très important et en plein expansion.

À la fin de ce chapitre, nous avons choisi de présenter quelques études en Tunisie et dans le monde qui s'intéressent à la santé mentale des étudiants, avec une présentation de quelques chiffres accablants sur la prévalence de la symptomatologie dépressive et anxieuse chez cette population fragile psychologiquement, les problèmes de stress et les tracas de la vie quotidienne et les problèmes de consommation de différentes substances pour la mise en contexte de notre problématique et préciser nos arguments quant au choix de ce sujet et sa réalisation dans un contexte tunisien. Il faut préciser que les études tunisiennes restent modestes et nous avons besoin de mener plusieurs études chez cette population qui portent sur des thématiques différentes afin de dresser un profil sur l'état de leur santé.

La détresse psychologique chez les étudiants est une réalité indéniable malheureusement confirmée dans plusieurs études partout dans le monde. Les études en Tunisie restent limitées et concernent souvent les étudiants inscrits en médecine. Les résultats sont préoccupants et révélateurs et incitent les acteurs de l'enseignement supérieur, enseignants, personnels administratifs et professionnels de la santé, d'adopter des stratégies

de prévention et de promotion de la santé mentale au sein de la population estudiantine et leur offrir les meilleures conditions pour une adaptation réussie au contexte universitaire et préserver leur capital santé que ce soit physique ou mental.

Chapitre 4

L'impact des facteurs transactionnels sur la santé psychologique des étudiants

Introduction

Dans ce chapitre consacré à l'impact des facteurs transactionnels sur la santé psychologique des étudiants, nous nous intéressons au stress et aux processus d'ajustement (le coping). Dans cette optique, plusieurs notions seront développées : stress perçu, soutien social perçu, contrôle perçu, théorie des événements de vie et stratégies d'ajustement. Elles ont chacune un effet, positif ou néfaste, sur la santé psychologique et physique de l'étudiant. Pour chacune de ces notions, nous aborderons la définition, quelques outils de mesure et leurs impacts sur la santé et l'adaptation des étudiants selon les études dont nous disposons.

Aujourd'hui, le stress est désigné comme « la maladie du siècle » (Stora, 1991), un mal qui ronge les individus des temps modernes. Le mot stress est d'usage fréquent, un terme balise souvent utilisé avec beaucoup d'ambiguïté pour expliquer nos malaises psychologiques et physiologiques. Il peut désigner toutes les situations aversives auxquelles nous sommes confrontés au quotidien sans distinction entre causes (source, tracas) du stress et réponses aux effets du stress. Cette confusion a suscité l'intérêt de certains chercheurs pour dévoiler les mystères du stress. En effet, des résultats très probants ont été réalisés jusqu'à ce jour et plusieurs théories ont été élaborées dans ce sens.

Dans ce qui suit, nous procéderons à une brève description des principaux modèles recensés dans la littérature. Ceux-ci ont apporté leur contribution à la compréhension de l'évolution du stress, son explication et les facteurs déterminant son apparition. À cet effet, nous retracerons brièvement les approches et les courants de recherches qui ont proposés des modèles explicatifs du stress et ses conséquences sur la santé et le bien être psychologique de la personne. Nous commencerons par l'approche biologique ou physiologique du stress qui intègre les théories de Claude Bernard, Cannon et Hans Selye. Ensuite, nous aborderons la théorie qui nous semblera plus adaptée à notre étude à savoir l'approche cognitive et transactionnelle de Lazarus (1966). Enfin nous développerons le modèle issu de la psychologie de la santé le modèle multifactoriel et intégratif développé par Bruchon-Schweitzer et tenterons d'expliquer en quoi ce modèle nous a paru pertinent pour comprendre la préservation de la santé ou la détresse psychologique constatée chez certains étudiants tunisiens.

1. Le stress

1. 1. Qu'est-ce que le stress ?

Le stress est un mot populaire, d'usage courant. Il est désigné comme «la nouvelle maladie des temps modernes». Jusqu'à ce jour, il alimente les discussions, les recherches, crée des polémiques, et ce depuis plus d'un siècle que ce phénomène intéresse la communauté scientifique. Si le stress a fait l'objet de milliers de publications scientifiques internationales, aucun consentement au sujet de sa définition n'est à l'ordre du jour. L'une des raisons expliquant l'engouement pour la recherche sur le stress toutes disciplines confondues, concerne l'espoir d'expliquer et donc de contrôler, ses conséquences néfastes sur la santé des individus. Si l'impact du stress peut avoir des répercussions positives pour l'individu en assurant l'énergie nécessaire pour faire face aux situations aversives et aux aléas de la vie, ou en provoquant des réponses physiques et comportementales nécessaires pour s'adapter à un nouveau contexte, ce sont ses effets délétères qui ont fait l'objet de l'attention la plus importante (Paulhan, 1992, 1994, 1995 ; Graziani, 2004).

Précisons ici que le terme stress provient du latin «stringere» qui signifie tendu, raide, serré et pressé. Le mot stress signifie une multitude de choses différentes à beaucoup de personnes. Un profane pourrait définir le stress en termes de pression, de tension, de force externe désagréable ou comme une réponse émotionnelle (Ogden, 2008). Les psychologues définissent le stress d'une manière très différente. Les définitions contemporaines du stress considèrent le stress externe comme un ensemble de contraintes ou de tracas, tandis que la réponse aux stimuli constitue le stress ou détresse. Le stress est un phénomène qui suppose des changements biochimiques, physiologiques, comportementaux et psychologiques (Stora, 1991 ; Rivolier, 1998 ; Ogden, 2008).

Au XVII^{ème} siècle le mot stress était employé en Angleterre pour décrire un état de détresse, en rapport avec l'oppression, le malheur, la dureté de la vie, les privations, la fatigue et l'adversité (Paulhan, 1994,1995). Nous voyons que le stress a un sens de souffrance, des ennuis, depuis longtemps en l'utilisant dans la vie quotidienne et dans la littérature générale (Rivolier, 1998 ; Bruchon-Schweitzer, 2002 ; Truchot, 2004 ; Stora, 2016).

Au XIX^{ème} siècle, les progrès scientifiques et techniques avancent. Le mot « stress » est évoqué dans le domaine physique et industriel métallurgique pour expliquer la déformation d'un objet par la charge d'une force externe. Les sciences de la vie ont aussi par analogie utilisé le mot « stress » pour parler des conduites de vie agressive et, en plus, nous parlons de « strain » pour les maladies physiques ou mentales (Bruchon-Schweitzer, 2002 ; Stora, 2016).

Depuis Hippocrate (460-377 av. J.C), l'idée avancée était qu'il y avait des retentissements du psychique sur le corps et on établissait un lien étroit entre le psychisme et l'environnement social et affectif. On postulait que la maladie ainsi que la santé de l'organisme humain sont le résultat d'une harmonie ou d'un déséquilibre interne associé aux quatre humeurs qu'il contient : sang, flegme, bile jaune et bile noire (Bruchon Schweitzer, 2002).

En 1872, Charles Darwin évoque le mécanisme de la peur qui a pour but de fusionner les forces de l'organisme pour réagir face à une menace et assumer la survie. Il a précisé le rôle de la peur comme moyen dont l'organisme est doté pour faciliter sa survie en l'aidant à se défendre contre le danger. Darwin avance l'idée que les manifestations physiques (sécheresse de la bouche, dilatation pupillaire, accélération du rythme cardiaque) observées à la confrontation d'une menace font partie du concept de l'adaptation (Rivolier, 1989).

Le neurophysiologiste américain Cannon a fait émerger le concept d'homéostasie. Dans sa théorie il décrit le stress comme une réponse physiologique liée aux stimuli et il évoque les réactions de fuite (flight) ou de lutte (fight) des animaux exposés à diverses situations menaçantes (Ogden, 2008). Dans les pays anglo-saxons, les théories du stress biologique et du stress psychologique ont donné naissance à un champ de recherche prometteur. L'approche biomédicale a commencé avec les travaux de Selye. En effet, les premières définitions du stress, le présentaient comme les réactions d'un organisme soumis aux exigences contraignantes de son environnement, réaction ou réponse à un stimulus.

L'élaboration du concept du stress revient à Selye qui en accomplissant des expériences sur les rats, en les soumettant aux conséquences des agressions physiques

(douleur, froid, rayon x, etc.) ou chimiques (injection de divers produits), il constate que nous parvenons à la même réponse de la part de l'animal. Hans Selye²⁷, le « père » du stress, le définissait comme la réponse non spécifique que donne le corps à toute demande qui lui est faite (Jeanclaude, 2005).

1. 2. Approches du stress

1. 2. 1. L'approche biologique du stress

La première conception du stress stipule que les exigences de l'environnement sont susceptibles d'ébranler l'équilibre d'un individu. Cette notion trouve son origine dans les travaux de Claude Bernard²⁸. En 1867, celui-ci défend l'idée que le stress est considéré comme la réponse de l'organisme suite à une menace d'un stimulus, donc une réaction qui va s'effectuer en fonction du principe d'homéostasie.

Cannon²⁹ en 1932 va centrer ses travaux sur le principe d'homéostasie pour comprendre et expliquer le stress. Il a été le premier à faire une lecture du stress en se référant à la théorie de l'homéostasie. Selon Cannon l'organisme est doté d'un système autonome (système nerveux sympathique) de réponses d'urgence lui permettant de lutter ou de fuir (réponse « fight » ou « flight ») à des situations susceptibles de menacer ou de mettre en péril son intégrité physique (Rivolier, 1989)

Le stress est une pression infligée aux mécanismes homéostatiques destinés à sauvegarder le fonctionnement des organes vitaux biologiques propres à l'espèce, malgré les changements de l'environnement. Cet ensemble de réactions physiologiques de survie (accélération du rythme cardiaque, oxygénation, accroissement du métabolisme des glucides, irrigation sanguine, etc.) peut avoir des répercussions négatives pour l'organisme, notamment lorsqu'il ya une confrontation intense et qui perdure dans le temps de ce système de protection (Stora, 1991; Graziani, 2004 ; Truchot, 2004)

²⁷ Hans Selye (1907-1982) est un médecin québécois. Il est le fondateur et le directeur de l'Institut de médecine et chirurgie expérimentale de l'Université de Montréal et un pionnier des études sur le stress.

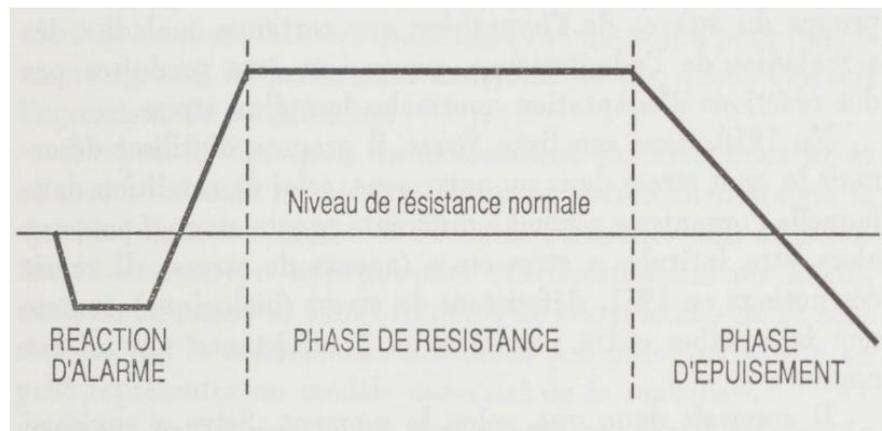
²⁸ Claude Bernard (1813-1875) est l'inventeur de la physiologie moderne. D'après ce scientifique, tout organisme est soumis à une loi de rétablissement de son milieu vers un équilibre constant.

²⁹ W. B. Cannon (1871-1945) est un physiologiste américain. C'est lui qui donne le nom d'homéostasie à ce phénomène.

Les travaux de Cannon trouveront un prolongement dans les recherches du médecin endocrinologue canadien Hans Selye, qui a défendu l'idée que l'organisme lutte de façon non spécifique à toute pression et le stress est une réponse qui vise l'adaptation. Hans Selye est le père de la conception moderne et scientifique du stress. Il explique qu'un être vivant soumis à des agressions résiste par un ensemble de réactions physiologiques et émotionnelles qui vont lui permettre de s'adapter aux contraintes de l'environnement : c'est le syndrome général d'adaptation. (Lassare, 2003 ; Légeron, 2003 ; Stora, 2016)

Selye définit le SGA comme la réponse de l'organisme à toute sollicitation qui lui est faite. Le stress est désigné comme une réponse biologique de l'organisme à des sources contraignantes d'origines diverses (physiques, chimiques, infectieuses). Les étapes du SGA se déroulent en trois temps comme le montre le schéma suivant :

Figure 8 : Les phases du syndrome général d'adaptation(Selye, 1956)



D'après ce schéma, nous pouvons identifier trois phases du syndrome général d'adaptation :

- Une première phase d'alarme, réaction de l'organisme exposé à un agent stressant ; cette réaction se divise en deux parties : le choc (état de surprise lié à l'agression soudaine) et le contre-choc, au cours duquel l'organisme réagit et met en jeu ses moyens de défense active.
- Une deuxième phase de résistance, qui apparaît si l'action de la pression se prolonge. C'est la phase d'adaptation à la nouvelle situation
- Une phase d'épuisement, lorsque l'organisme ne réussit plus à s'adapter à l'agent stressant.

Cette conception focalisée sur les changements physiologiques et biologiques du stress a connu une progression et a donné naissance aux théories psychologiques comme le modèle transactionnel de Lazarus et Folkman (1984). En effet les critiques du modèle de Seyle concernent principalement l'absence de prise en compte des facteurs psychologiques dans la réaction au stress et le caractère non spécifique de la réponse stressante. La généralisation des résultats des études sur le stress animal aux humains est très critiquable et réductrice au niveau des variables psychologiques

1. 2. 2. L'approche cognitive du stress

La compréhension du stress selon l'approche transactionnelle passe par l'analyse des facteurs psychosociaux et des processus cognitivo-émotionnels. La théorie psychologique le définit comme une transaction entre un individu et une situation. La personne ne subit pas les conséquences de l'environnement, mais au contraire, elle va interagir et déployer des activités mentales, cognitives et émotionnelles multiples et complexes. En effet, elle va évaluer l'enjeu de la situation et estimer ses capacités pour se défendre, de ces évaluations découle le bien-être ou la détresse psychologique, la santé ou la maladie (Folkman, 1984; Paulhan, 1995 ; Lassare, 2003).

Les processus psychologiques impliqués dans l'expérience du stress a impacté la définition du stress et a abouti à une description des processus de stress par le biais de quatre composantes : l'agent stressant, l'évaluation par un système cognitif ou physiologique qui distingue ce qui est menaçant de ce qui est contrôlable et prévisible ; les processus de réponse coping utilisés par le cerveau ou l'organisme pour répondre aux exigences de la situation stressante ; un pattern complexe d'effets affectant le cerveau et l'organisme (Lazarus, 1984, Truchot, 2004).

La maladie n'apparaît pas comme un résultat fatal de l'expérience du stress, dans la mesure où tout individu confronté à des situations stressantes ne subit pas obligatoirement des changements dans son état de santé et peut récupérer rapidement. Dans ce contexte, il s'agit de comprendre pourquoi un individu perçoit ou non un événement comme stressant et surtout comment il s'y ajuste en fonction de ses ressources personnelles et des caractéristiques du contexte. La théorie cognitive du stress accorde une importance à

l'activité cognitive du sujet par la prise en considération de la notion de stratégies d'ajustement qui vient moduler l'impact des événements stressants sur la santé (Lazarus & Folkman, 1984, 1988). Elle propose un modèle transactionnel du stress qui est récupéré en partie par la psychologie de la santé (Bruchon- Schweitzer et Dantzer, 1994).

En 1980, Lindsay et Norman expliquent que l'interprétation d'une situation comme stressante ou pas est plus importante que les faits. Les événements de vie n'augmentent le risque de maladie que s'ils sont perçus comme menaçants (Lindsay & Norman, 1980). Le stress ne peut pas être défini par l'événement déclenchant car le même événement peut entraîner des réactions différentes chez deux sujets, voire chez le même sujet selon le contexte, les circonstances et le moment.

La notion de « stress perçu » émergea alors au début des années 80. Pour le mesurer, nous demandons au sujet d'évaluer personnellement les événements subis. La notion de stress perçu a le mérite de repositionner le poids des événements dans l'histoire personnelle d'un sujet et de leur attribuer une signification et un sens (Quintard, 1994, 2001; Paulhan, 1995). En résumé, les agressions ont été longtemps considérées comme des facteurs déclenchant, le stress perçu est plutôt envisagé comme une variable qui « module » la relation entre une situation stressante et les réactions du sujet, qu'elles soient somatiques, cognitives, émotionnelles ou comportementales. Le stress perçu constitue l'une des facettes d'un ensemble de processus perceptivo-cognitifs mis en œuvre par le sujet, et qui consistent non seulement à évaluer la situation stressante mais aussi ses capacités personnelles à l'affronter (Boujut, 2007).

D'une manière globale, il est important de souligner que la classification d'une théorie du stress comme « biologique », « cognitive » ou « transactionnelle » est en grande partie arbitraire. Les théories biologiques ne nient pas l'importance des facteurs psychologiques ou sociaux, et certaines consacrent une place plus au moins importante à ces dernières. Ces classifications sont d'un intérêt pédagogique pour présenter les différentes théories selon leurs préoccupations majeures, ou par rapport aux dimensions les plus développées (Graziani, 2004).

1. 3. La théorie des événements de vie

Dès les années 1960, le stress a commencé à être considéré comme une partie intégrante de la vie humaine au sens où, selon Lazarus et Folkman. (1984), chaque personne est confrontée inévitablement au cours de son existence à un certain nombre d'événements déstabilisants qui l'affecte et auxquels il doit s'ajuster. Des auteurs comme Holmes et Rahe (Holmes & Rahe, 1967 ; Rahe & Arthur, 1977) ont avancé l'hypothèse de l'existence d'un lien de cause à effet entre les ruptures de la vie, et plus exactement des événements qui causent des changements de vie à différents niveaux et engendrent une augmentation de la vulnérabilité des individus face à la maladie (Rivolier, 1989, cité par Hazanov 2014).

L'idée de base stipulait que le stress résulte d'une accumulation de changements majeurs nécessitant une adaptation. De tels changements sont désignés soit comme désagréables (mort d'un conjoint, divorce, etc.) soit en tant que plaisantes (réussite personnelle, mariage). Pour longtemps, nous avons supposé que c'était l'importance des événements de vie stressants vécus par une personne (durée, gravité, fréquence, etc.) qui pouvait nuire la santé. La théorie des événements de vie a été développée pour étudier le stress et les changements relatifs au stress comme une réponse aux événements de vie. Ainsi, Holmes et Rahe (1967) ont élaboré le questionnaire d'Expériences Récentes (IER ou SRE) « Schedule of Recent Experience » qui fournit aux sujets une liste importante de changements possibles dans les événements. Ceux ci sont ordonnés en fonction du degré supposé de sévérité objective : des événements tels que le décès de l'époux, le décès d'un membre de la famille proche et un emprisonnement ; jusqu'à des événements plus modérés comme les enfants quittant le foyer, la grossesse, etc. ; ou des événements mineurs comme les vacances, changer les habitudes alimentaires, etc. (Paulhan, 1994)

L'utilisation du SRE et des mesures apparentées des expériences vécues a été critiquée pour plusieurs raisons. La dimension subjective de l'évaluation des événements est cruciale par exemple un divorce peut être extrêmement bouleversant pour une personne alors que pour une autre il peut être une réelle guérison d'une situation toxique. Donc, nous pouvons stipuler que ce ne sont pas les caractéristiques objectives des événements qui importent, ce sont leurs interprétations et significations pour la personne qui est

déterminante et qui contribue à jouer un rôle pathogène et engendrer le stress perçu (Cohen, 1988 ; Paulhan, 1994 ; Bruchon-Schweitzer, 2002).

1. 4. Le soutien social perçu

Le réseau social est défini comme l'ensemble des personnes avec lesquelles l'individu est en relation. En général un réseau social important protège l'individu, alors que l'isolement correspond à un facteur de vulnérabilité. Le réseau social est considéré objectivement (nombre, fréquence, durée des relations). Le soutien social perçu s'avère essentiel pour l'individu. Il est défini par la façon dont les individus perçoivent et évaluent l'aide perçue qui est la variable pertinente. Un individu peut être très bien entouré mais ressentir la solitude ou ses relations avec l'entourage sont perçus comme envahissantes ou conflictuelles. De cette optique, il est nécessaire de distinguer le réseau social, que nous pouvons le définir par les caractéristiques objectives des contacts sociaux (nombre, durée, fréquence, etc.) et le soutien social perçu qui correspond à l'évaluation par le sujet de la qualité de ces relations (Paulhan, 1994).

De sa part, Fisher et al (2014) rapportent que malgré le raffinement progressif de la mesure des événements de vie et du réseau social, l'impact des facteurs environnementaux sur la santé s'est avéré assez faible. Ces facteurs expliquent de 7 à 12% de la variance de la santé somatique d'après les recherches menées par son équipe. Leurs effets semblent être indirects plus que directs.

1. 5. Le contrôle perçu

Selon Lazarus et Folkman (1984), le stress consisterait en une transaction entre la personne et l'environnement dans laquelle la situation est évaluée comme excédant ses ressources et pouvant mettre en danger son bien-être. L'évaluation de nos capacités comme efficace pour gérer et contrôler une situation serait donc un second facteur cognitif pouvant impacter la relation stress-situation (Paulhan, 1994). Le contrôle perçu est un processus transactionnel qui consiste à croire que nous disposons des ressources personnelles permettant de se protéger et de maîtriser les événements.

C'est un processus évaluatif spécifique, il est lié à une situation spécifique et transitoire, ce qui le distingue du lieu de contrôle, croyance généralisée et durable (Fisher et al., 2014) le contrôle perçu joue un rôle protecteur vis-à-vis de la santé somatique et psychique (Bruchon-Schweitzer et al., 2001). Au contraire, le sentiment de perte de contrôle aurait un effet néfaste sur le développement de diverses pathologies. Ce serait un facteur de pronostic plutôt qu'un facteur de risque d'après Bruchon-Schweitzer & Quintard (2001).

À la lumière des définitions avancées sur les divers processus transactionnels : le stress perçu, le soutien social perçu et la théorie des événements de la vie et le contrôle perçu. Bruchon-Schweitzer (2002) exprime que l'approche transactionnelle souffrirait de certaines limites : il valorise le rôle des processus transactionnels et minimise celui des autres déterminants. C'est ainsi que le cadre multifactoriel et « intégratif » a été élaboré en psychologie de la santé (Bruchon-Schweitzer & Dantzer, 1994 ; Bruchon-Schweitzer, 2002) qui tient en compte plusieurs facteurs psychosociaux (personnels et environnementaux et transactionnels) pour expliquer la santé ou la maladie.

1. 6. Quelques outils de mesure du stress

Les recherches scientifiques consacrées au concept de stress se sont focalisées sur son estimation et sa quantification. Ces dernières ont suscité les débats les plus importants dans la littérature internationale. En prenant en considération les échelles générales de mesure de stress perçu, nous exposerons quelques outils qui s'appuient sur la conception transactionnelle du stress qui ont été identifiés dans la littérature.

1.6.1. Le questionnaire PSS (*Perceived Stress Scale*) de Cohen et al (1983)

Cohen et al. (1983) ont conçu plusieurs versions d'une échelle de stress perçu, la PSS (PSS 4, PSS 10, PSS 14). Cet outil est élaboré selon l'approche transactionnelle du stress de Lazarus et Folkman (1984), selon laquelle une situation est stressante lorsqu'elle est perçue par la personne comme imprévisible et incontrôlable. Le questionnaire PSS 14 présente de bonnes qualités psychométriques. Il a une bonne validité théorique, avec une corrélation de $- .470$ avec des mesures de satisfaction de la vie et des corrélations positives avec d'autres mesures de stress objectif ou perçu (Cohen & Williamson, 1988).

Sa validité interne est satisfaisante. Une analyse factorielle a donné deux facteurs qui expliquent respectivement 28% (items énoncés négativement) et 16% (items énoncés positivement) de la variance totale (Bruchon-Schweitzer & Dantzer, 1994). Il s'agit en effet, d'un outil simple et peut être appliqué dans des contextes variés. Les scores de la PSS ont des corrélations très significatives avec divers indicateurs de santé mentale et de santé somatique. Un score élevé de stress perçu prédit plus de symptômes somatiques et psychiques et un recours à des services de soins.

1.6.2. Le questionnaire ALES (*Aparaisal of Life Events Scale*) de Ferguson et al (1999)

Cette échelle a été élaborée selon la notion d'«évaluation primaire» et les dimensions du stress perçu (menace, défi, perte et bénéfice). Ferguson et ses collaborateurs ont conçu une liste d'adjectifs qui décrivent le défi, la menace et la perte. Une analyse exploratoire et confirmatoire des réponses à ces adjectifs a décelé trois facteurs : menace, défi et perte. Une validation française réalisée par Cappe (2011) et ses collègues menée auprès de cent soixante parents d'enfants autistes, deux facteurs ont été identifiés : menace/perte et défi (cité par Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014).

1. 7. Impact du stress sur la santé psychologique des étudiants

C'est une évidence de dire que le stress a des conséquences néfastes dans la vie des individus. Certes, il peut affecter négativement leur santé mentale et physique mais dans certains cas il peut jouer un rôle de leitmotiv et créer la motivation chez la personne. Dans certains contextes, il est considéré comme un facteur incriminé dans l'apparition de plusieurs troubles psychologique et physiques (Bruchon-Schweitzer, 2002).

Nous exposons à présent quelques études qui ont été réalisés sur la population étudiante pour montrer l'impact du stress sur la santé mentale des étudiants. Une étude française de type longitudinale a été réalisée par Bonnaud-Antignac et son équipe en 2015. Cette recherche a été effectuée durant l'année universitaire 2011-2012. Des questionnaires ont été remplis par 936 étudiants au mois de septembre et par 657 étudiants au mois de mars, avec un âge moyen de 19.6 ans (médiane de 19 ans).

Concernant les questionnaires utilisés, il s'agit du questionnaire de stress perçu spécifique aux étudiants. Le *freshman* stress questionnaire spécifique aux étudiants en première année de Boujut (2007), le MOS SF -36 de Ware et al. (1992) pour évaluer la qualité de vie en lien avec la santé. La SCL-90 : index psychosomatique de Derogatis dans sa version française la HAD : anxiété –dépression de Zigmond et Snaith (1983) et un questionnaire sur les conditions de vie des étudiants qui permet de recueillir des informations générales et scolaires sur le choix de filières, la motivation, l'avis et la satisfaction sur la formation ainsi que l'organisation matérielles des études (type de logement, satisfaction condition de vie, ressources, temps de transport), univers amical et affectif (relation avec la famille, avec les amis, avec la promotion), univers santé (problème de santé, l'université et la santé des étudiants, temps de travail, sacrifices). Cette étude a révélé que les étudiants de Nantes présentent des scores élevés concernant les symptômes anxieux, d'une part 56% des étudiants en septembre et 60% en mars rapportent des niveaux élevés et les symptômes dépressifs, d'autre part, puisque 64% d'étudiants en septembre et 70% en mars rapportent des niveaux élevés de symptômes dépressifs.

De même, les proportions d'étudiants présentant ces troubles et symptômes s'accroissent significativement entre les deux temps d'enquête. Les étudiants de PACES expriment un stress général de 60.4% au premier temps et 62.1% au deuxième temps et un stress académique à 20.7 au premier temps et 20.3 au deuxième temps. D'où l'importance de proposer des aides à ses étudiants et d'organiser des actions de prévention dans leur cursus de formation afin de préserver leurs santés physiques et psychologiques.

Une étude française a été réalisée par Vandentorren et al. (2005), de nature descriptive transversale, effectuée à partir d'un questionnaire explorant l'état et les comportements de santé des étudiants. Cette étude a pour objectif d'identifier les besoins d'information en santé des résidents universitaires. En effet, 370 étudiants ont participé à cette étude, en majorité des femmes 61%, d'âge médiane de 21 ans, de toutes les disciplines universitaires. La majorité des étudiants 69% se disaient stressés et / ou déprimés et plus d'un tiers fatigués. Près de 20% des étudiants fumaient et 9% déclaraient boire de l'alcool régulièrement et 7% affirmaient ne jamais consulter de médecin. Selon Fisher (1994) environ un étudiant sur trois qui a quitté le foyer familial présente des troubles somatiques

(douleurs divers, troubles digestifs, etc.) et émotionnels (anxiété, dépression, symptômes obsessionnels etc.).

En 2007, une enquête a été réalisée par l'Union Nationale des Mutuelles Étudiantes Régionales, qui porte sur la santé des étudiants dévoile, qu'en France 36.2% d'étudiants déclarent avoir des difficultés à gérer leurs stress, 31.3% déclarent avoir été, sur une période de plus de deux semaines « tristes, déprimés, sans espoir, avec une perte d'intérêt pour les activités qu'ils aiment faire habituellement au cours des 12 derniers mois ayant précédé l'enquête » et également 8.8% ont déclaré avoir eu des pensées suicidaires.

Au regard de ces recherches sur l'impact du stress sur la santé psychologique des étudiants et qui pointent les répercussions néfastes du stress sur la santé, nous avons choisi dans notre recherche d'évaluer le stress chez les étudiants tunisiens primo-inscrits et comment il peut impacter leurs santé. Ceci dit, nous tenons à indiquer que les étudiants interagissent d'une manière différente aux situations aversives, et ce qui semble menaçant et incontrôlables pour certains étudiants ne l'est pas forcément pour d'autres ce qui explique l'intérêt d'évaluer le stress perçu dans notre population et d'identifier les stratégies d'ajustements utilisées pour s'adapter à ce nouvel environnement stressant.

2. Les stratégies d'ajustements ou le coping

2. 1. Qu'est-ce que le coping ?

Durant notre existence, nous sommes confrontés inévitablement à une série d'événements de vie plus au moins pénible : naissance d'un enfant, mutation professionnelle, maladies, blessures, etc. Ces épreuves peuvent être perçues comme menaçantes et incontrôlables par l'individu, et induire des perturbations émotionnelles et avoir à long terme des effets nuisibles sur la santé physique et psychique. Nous parlons de coping ou de stratégies d'ajustement pour désigner la façon de gérer les situations difficiles. Ce terme implique l'existence d'un problème réel ou imaginé et d'autre part la mise en place d'une stratégie pour faire face à cet événement stressant (Lazarus et Folkman, 1984).

Historiquement, le concept de coping est attaché à deux registres de recherches éloignés la psychanalyse et l'expérimentation sur les animaux. Dans l'approche

expérimentale suivant une tradition évolutionniste darwinienne (Lazarus & Folkman, 1984), il a été montré par ces chercheurs que la survie d'un animal résultait de sa capacité à découvrir dans son environnement ce qui est prédictible et maîtrisable pour éviter ou surmonter les dangers au moyen de fuite ou de combat. Par ailleurs, nous devons à Freud la notion des mécanismes de défenses ayant pour fonction de protéger l'individu d'émotions, d'idées ou de pulsions pénibles, postulait que ces défenses étaient liées à divers troubles psychiques mais pouvaient aussi activer un processus de guérison. Dans le modèle de la psychologie du moi, le coping est apparenté aux défenses du moi, c'est-à-dire un ensemble de processus cognitifs inconscients dont la finalité est de diminuer ou supprimer tout ce qui peut déclencher le développement d'une angoisse (Parker & Endler, 1996 ; Stora, 2016)

« Divers processus cognitifs destinés à diminuer l'anxiété induite par un événement ont été reconnus, comme le déni (le sujet perçoit et constate la réalité tout en niant certains de ses éléments insupportables tels que la gravité de la maladie, par exemple l'isolation (le cours de la pensée se bloque autour d'une idée ou d'une représentation, empêchant ainsi une compréhension de ce qui arrive) ou l'intellectualisation (le sujet cherche une explication cohérente logique à ce qui lui arrive. Le critère essentiel du coping fonctionnel concerne ici la qualité du processus (sa souplesse, son degré d'adéquation à la réalité) et la qualité du devenir physique et psychologique du sujet » (Paulhan, 1995, p. 42).

Pour Parker et Endler (1996), les premières recherches sur le coping ont débuté dans les années 1960 dans le cadre des recherches psychanalytiques portant sur les mécanismes de défense. Le rôle de ces mécanismes de défense serait d'installer une sorte d'homéostasie psychologique lorsque celle-ci alarmée par des conflits intrapsychiques (Vaillant, 1971). Plusieurs modèles classent les mécanismes de défense sur un continuum allant des stratégies les plus archaïques aux plus matures et typiques d'un fonctionnement adaptatif (Vaillant, 1971). L'accent est mis sur les processus conscients pour les stratégies d'ajustement afin de se protéger contre les situations aversives.

A partir des travaux de Cohen & Lazarus. (1979), le coping est envisagé comme un système protecteur dont l'objectif est de retrouver l'équilibre émotionnel, nous nous intéressons davantage à la diminution de la tension plutôt qu'à la résolution du problème créé par l'événement. Pour les auteurs, une définition complète du coping nécessite

d'intégrer les fonctions de régulation émotionnelle et de résolution de problème, c'est-à-dire les stratégies inconscientes et conscientes que l'individu met en place pour s'ajuster à un événement qu'il perçoit comme menaçant.

Les recherches sur le stress se sont longtemps focalisées sur l'étude des stimuli et des réponses. À l'heure actuelle comme nous l'avons évoqué au cours du chapitre précédent, le stress est défini comme une transaction entre l'individu et son environnement qui prend en considération l'existence de deux processus fondamentaux, à savoir l'évaluation et le coping. Le concept de coping trouve son origine dans les années soixante grâce aux travaux de Lazarus (1966) qui a largement contribué à mieux le définir. Étymologiquement parlant, l'expression vient de l'anglais « to cope with » qui signifie « faire face », venir à bout de quelque chose. Elle trouve une traduction française dans les qualificatifs de stratégies, de comportement, de processus, de réponse ou encore de style (Bruchon-Schweitzer, 2002).

Afin de répondre aux exigences perçues de son environnement, l'individu met en œuvre des stratégies d'ajustement. Celles-ci sont une forme de résolution de problème dans lequel l'enjeu est le bien-être de l'individu. La notion de coping s'inscrit dans une approche transactionnelle du stress. Il désigne selon Lazarus et Folkman (1984) les efforts cognitifs et comportementaux constamment changeants, destinés à gérer les exigences internes et/ ou externes spécifiques qui sont perçus comme menaçant ou débordant les ressources d'une personne.

Le coping désigne l'ensemble des processus transactionnels qu'un individu interfère entre lui et la situation afin de réduire son impact. Confronté à une situation aversive, l'individu explore diverses manières pour faire face aux exigences de la situation, en tenant compte de l'évaluation initiale de ses ressources personnelles et sociales.

L'approche cognitive du stress définit deux évaluations cognitives : l'évaluation primaire et l'évaluation secondaire (Lazarus et Folkman, 1984). L'évaluation est un processus cognitif à travers lequel un individu apprécie une situation particulière et si elle peut menacer son bien-être et quelles sont les ressources personnelles disponibles pour y faire face. La stratégie de coping se met en place après les auto-évaluations et ce en

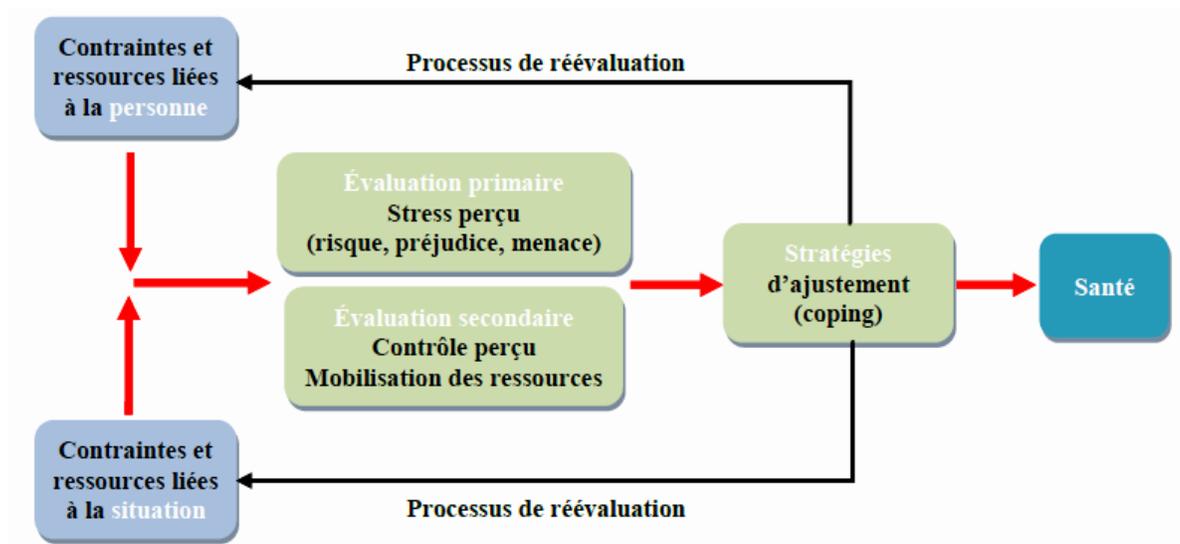
référence au schéma et aux processus cognitifs (la perception de l'écart entre contraintes et ressources fait immerger le stress perçu).

2. 2. Types d'évaluation

2. 2. 1. L'évaluation primaire

La personne évalue subjectivement les enjeux de la situation. Il peut s'agir d'une perte (corporelle, relationnelle, matérielle, etc.) d'une menace (éventualité d'une perte) ou d'un défi (possibilité d'un bénéfice). Lors de l'évaluation primaire, l'individu pose la question de savoir « ce qui est en jeu », ou encore « est-ce que je suis en danger ou est-ce que la situation est bénéfique pour moi, ici et maintenant et dans le futur, et dans quelle mesure ? » (Paulhan, 1994). En effet, ce n'est pas les événements comme faits qui sont stressants mais leur évaluation cognitive et leur répercussion émotionnelle et physiologique propre à chaque individu qui module la relation entre stressseurs et état de santé. Par ailleurs, l'évaluation subjective et l'interprétation d'une situation comme perte ou une menace génère des émotions négatives telles que la honte, la colère ou la peur tandis que l'évaluation d'un défi engendre des émotions positives telles que la passion ou l'euphorie.

Figure 9 : Schéma de l'évaluation primaire et secondaire (Folkman & Lazarus, 1984)



2. 2. 2. L'évaluation secondaire

Une fois la situation appréciée, le sujet évalue ses ressources personnelles : pense-t-il va pouvoir maîtriser les événements ? C'est le contrôle perçu. L'individu va se demander ce qu'il peut faire pour faire face à la perte, dépasser la menace ou obtenir le bénéfice. Différentes options de coping sont alors indiquées : le changement de la situation, l'acceptation, la fuite, l'évitement, la quête de davantage d'informations et la recherche de soutien social. Cette évaluation est décisive pour le choix des stratégies de coping qui seront utilisées pour faire face à la situation stressante, stratégies dont l'objectif est de diminuer directement la tension émotionnelle mais ne changeant en rien le problème (coping centré sur l'émotion) ou stratégies qui, en modifiant la situation, agissent indirectement sur l'émotion (coping centré sur le problème). (Paulhan, 1994)

2. 3. Les types de stratégies d'ajustement

Dans la théorie transactionnelle du stress, la transaction est évaluée, les possibilités de contrôle sont examinées, par la suite le sujet choisit des stratégies d'ajustement pour résoudre la situation menaçante. Après avoir apprécié la contrainte déstabilisante et les ressources dont il dispose pour y faire face, l'individu élabore un ensemble de stratégies de coping. Elles sont définies comme des efforts cognitifs et comportementaux pour maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes créées par la transaction stressante (Folkman, 1984), le processus de coping se définit par l'action (les efforts comportementaux) et un processus de pensée (les efforts cognitifs). Ainsi, deux grands types de coping ont été distingués (Folkman, 1984).

2. 3. 1. Les stratégies centrées sur la résolution du problème

Ces stratégies correspondent à des efforts en vue d'éliminer ou de contrôler les sources de stress ; les individus tentent de modifier la situation elle-même. Cette stratégie vise à réduire les exigences de la situation et/ ou augmenter ses propres ressources pour s'ajuster. Le coping centré sur le problème comprend deux dimensions, la résolution du problème (recherche d'information, élaboration de plan d'actions) et l'affrontement de la

situation (efforts et actions directs pour modifier le problème (Folkman & Lazarus, 1984). Certains auteurs le désignent comme coping vigilant, d'autres l'appellent stratégie d'approche ou encore coping actif.

2. 3. 2. Les stratégies centrées sur les émotions

Ces stratégies correspondent à des efforts en vue de réduire ou d'éliminer les émotions engendrées par la situation aversive. L'individu n'agit pas directement sur le problème, mais il essaie de diminuer directement la tension émotionnelle par plusieurs moyens comme la fuite ou la prise de distance (Paulhan, 1994). Les stratégies centrées sur les émotions sont décrites comme des tentatives réalisées par l'individu pour réguler les tensions émotionnelles introduites par la situation. La gestion des émotions peut se faire de diverses façons (émotionnelle, physiologique, cognitive, comportementale. Lazarus et Folkman (1984) ont précisé six dimensions en liaison avec le coping centré sur l'émotion, la minimisation de la menace, avec prise de distance, la réévaluation positive, l'auto accusation, l'évitement fuite (*j'ai essayé de me sentir mieux en buvant ou fumant*), la recherche de soutien émotionnel et la recherche de soutien social.

2. 3. 3. Les stratégies centrées sur le soutien social

Plusieurs stratégies d'adaptation sont évoquées dans de nombreuses recherches. La recherche du soutien social fait appel à une stratégie dirigée vers la recherche de l'aide d'autrui pour faire face à la situation menaçante (Folkman & Lazarus, 1985 ; Cousson & Bruchon-Schweitzer, 1994). Paulhan (1994) explique que la réévaluation de la situation, consiste à fournir des efforts cognitifs pour définir et redéfinir le sens de la situation pour la personne, et évaluer les ressources perçues pour s'y ajuster et en rendant ainsi la situation supportable et contrôlable. L'évitement est une autre stratégie qui correspond à un retrait / éloignement cognitif et émotionnel de la situation stressante.

Paulhan (1994) précise que la recherche de soutien social correspond aux efforts du sujet pour obtenir le réconfort et l'aide d'autrui, il s'agit de tentatives d'une personne pour obtenir soit une écoute, des informations, ou encore une aide matérielle. Ces stratégies d'adaptation peuvent être décomposées. Des sous-échelles ont été élaborées, afin d'évaluer

les différentes composantes des stratégies de coping de base. Le Way of Coping Questionnaire (WCQ) Folkman et Lazarus (1988) par exemple contient huit sous-échelles. Le COPE de Carver, Scheier et Weintraub (1989) en compte treize.

Un débat est toujours d'actualité sur les stratégies d'adaptation qui peuvent être soit transitionnelles et spécifiques, ou stables à certaines situations. Il faudrait noter que le modèle transactionnel ne considère pas les stratégies d'ajustement comme des traits stables de la personnalité mais comme un processus dynamique, spécifique de la réaction d'un individu face à une situation aversive. Cette réflexion s'oppose à l'approche dispositionnelle selon laquelle le sujet, de par son histoire et son parcours personnel, est amené à s'adapter aux situations stressantes de manière relativement stable (Lazarus et Folkman, 1984).

Pour conclure, il existe plusieurs études dont les résultats contribuent à l'identification des stratégies d'adaptations plus efficaces que d'autres : les stratégies de coping dites passives (stratégies centrées sur les émotions et l'évitement) sont associées à des effets négatifs du stress, alors que des stratégies désignées actives (centrées sur le problème) sont associées à des effets positifs du stress (Paulhan, 1994). L'idée selon laquelle il existe des styles de coping est contradictoire avec la théorie transactionnelle du stress, les stratégies de réponse au stress étant définies indépendamment de leurs efficacités. Il n'y aurait pas de stratégies efficaces en elles-mêmes, indépendamment des particularités personnelles et perceptivo-cognitives du sujet et des spécificités de la situation (Bruchon-Schweitzer, 1994).

2. 4. Quelques outils de mesure des stratégies d'ajustement

Plusieurs échelles d'évaluation des stratégies d'ajustement ont été élaborées. Nous avons choisi de décrire quelques unes qui sont les plus connues et utilisées et qui présentent des qualités psychométriques satisfaisantes.

2. 4. 1. Le questionnaire CISS d'Endler et Parker (1990)

Le questionnaire CISS (Coping Inventory For Stressful Situations) élaboré par Endler et Parker (1990) est actuellement l'un des inventaires de coping le plus satisfaisant. C'est un instrument qui présente de bonnes qualités psychométriques. Il permet d'identifier

trois dimensions ; coping centré sur le problème, coping centré sur l'émotion, et le coping centré sur l'évitement. Ce questionnaire a donné des résultats intéressants quels que soient l'âge, le sexe et la culture des sujets. Le questionnaire CISS a le mérite, par rapport à d'autres mesures du coping, d'évaluer des facteurs stables. Il vise des styles de coping dispositionnel et un coping défini comme une transaction individu-environnement. Il faut souligner que cette échelle a connu une adaptation et une validation française effectuées par (Rolland, 1998). Cet instrument a été validé sur un échantillon de 156 sujets.

2. 4. 2. Le questionnaire WCC –R de Vitaliano et al. (1985)

Lazarus et son équipe ont développé le questionnaire WCC (Ways of Coping Check-list) en s'inspirant de la théorie transactionnelle du stress selon laquelle le coping a deux fonctions : résoudre les problèmes et contrôler les émotions. Après plusieurs recherches, ils élaborent le questionnaire WCQ (Ways of Coping Questionnaire) qui est composée de 50 items, les individus sont amenés à se présenter une situation récente, vécue comme menaçante, et pour chaque réponse proposée indiquer s'ils l'avaient utilisée (de 1 : non, à 4 : oui).

Nous pouvons indiquer que le WCQ a connu des critiques pour ses qualités psychométriques insatisfaisants. L'équipe de Bruchon-Schweitzer a choisi de réaliser une adaptation française de la version courte de la WCC (Folkman et Lazarus, 1984, 1988). Le questionnaire WCC-R tel que révisé par Vitaliano et al. (1985) a été validé suite à une étude réalisée sur 468 sujets et aux 42 items de cette échelle. Ce qui a permis d'identifier trois dimensions : coping centré sur le problème, coping centré sur l'émotion et recherche de soutien social (soutien informatif, matériel, émotionnel, etc). Les coefficients de consistance interne sont très satisfaisants (0.71 à 0.82). et les coefficients de fidélité test-retest à une semaine d'intervalle sont corrects (respectivement 0.90, 0.84 et 0.75). (Bruchon-Schweitzer, 2002, 2014)

2. 4. 3. Le questionnaire COPE de Carver et al. (1989)

Nous précisons que c'est une échelle de coping général. Les auteurs ont conçu un outil à partir des dimensions du coping dégagées de la littérature. Il a été soumis à 978

étudiants avec la consigne : « *Que faites-vous lorsque vous êtes stressé ?* ». La version obtenue du COPE contient 13 facteurs composés de 4 items chacune, à titre d'exemple, nous pouvons citer le coping « actif », l'organisation, la recherche de soutien émotionnel, la réévaluation positive, l'acceptation, le coping religieux, l'évitement comportemental, l'évitement cognitif. Il existe comme pour le CISS une version situationnelle et une version dispositionnelle du COPE, ce qui en fait un outil très intéressant à utiliser selon Bruchon-Schweitzer (2002).

2. 5. L'impact des stratégies d'ajustement sur la santé psychologique des étudiants

En 2013, Masé et Verliac ont réalisé une étude qui porte sur le stress et stratégies de coping d'étudiants en première année du cycle universitaire : et sur les rôles distinctifs de facteurs transactionnels et dispositionnels. L'échantillon est composé de 221 étudiants de première année primo-entrants à l'université dont 137 femmes et 84 hommes inscrits dans des filières différentes à l'université de la région parisienne. Les échelles utilisées pour effectuer cette étude sont : l'échelle des tracasseries quotidiennes de Réveillère et al. (2001) pour évaluer le stress perçu, le questionnaire de soutien social perçu ou QSSP développé par (Boujut & Bruchon-Schweitzer, 2007), l'échelle de névrosisme dans sa version française (Rolland et al., 1998) pour évaluer les facteurs de personnalité, l'optimisme dispositionnel (OD) le LOT-R Life Orientation Test et le coping par le WCC-R de Vitaliano et al (1985).

Les chercheurs révèlent les résultats suivants : dans le cadre de la gestion de la vie universitaire et de la vie quotidienne, les stratégies de coping centrées sur les émotions s'opposent aux stratégies actives de confrontation aux événements et de centration sur le problème. L'optimisme dispositionnel et le soutien social notamment la fréquence du soutien institutionnel sont associés positivement au coping centré sur le problème. Le névrosisme entretient une relation négative avec le coping centré sur problème et, à l'instar du stress perçu, positive avec le coping centré sur les émotions.

Le soutien social qualitatif et quantitatif fourni par un environnement accueillant ainsi que l'optimisme dispositionnel sont associés au coping centré sur la recherche de soutien social. L'entourage familial et universitaire peut jouer un rôle structurant dans cette

période de transition délicate. Cependant, l'institution universitaire n'est pas perçue comme suffisamment encadrante pour certains étudiants de première année qui peuvent se sentir livrés à eux-mêmes. Il est donc utile d'informer le personnel de l'université (enseignants et personnel administratif) sur l'importance du soutien social accordé à l'étudiant pour qu'il puisse adopter des stratégies de coping adéquate et à trouver en soi et dans son environnement les ressources nécessaires pour faire face aux situations aversives.

Grebot et Barumandzadeh (2005) avancent au regard des résultats obtenus de leur recherches que les évaluations cognitivo-émotionnelles positives de défi et de bénéfice semblent susciter des stratégies d'ajustement fonctionnelles et de recherche d'information ainsi que des stratégies de self control et de remise en cause personnelle. En revanche les évaluations cognitivo-émotionnelles négatives de menace ou de perte tendent à mobiliser des stratégies d'ajustement dysfonctionnelles de fuite-évitement (sommeil, alcool) et de confrontations hétéro agressives. Selon Grebot (2005), un vécu émotionnel positif dominant chez les étudiants nous incite à se demander si la supériorité des évaluations cognitivo-émotionnelles positives sur les évaluations négatives n'est pas l'expression d'une représentation idyllique, magique, utopique ou irréaliste des études supérieures, et si l'accession à l'enseignement universitaire n'est pas la voie ouverte à de nombreuses illusions positives risquant par la suite d'être déçus.

Conclusion

Au terme de ce chapitre, nous précisons que le stress est de plus en plus répandu dans les sociétés modernes et que les individus ont toujours composé avec le stress et qu'ils n'ont pu survivre qu'en l'assumant. Ce mot, rappelons-le, est étymologiquement issu du latin « stringere » qui signifie tendu, raide, serré et pressé. D'ailleurs, depuis plusieurs années, psychologues, biologistes s'intéressent et multiplient les études sur le stress afin de le définir et de comprendre et d'expliquer les mécanismes qui l'entourent.

L'approche transactionnelle avance l'idée que le stress ne réside pas dans l'environnement, ni dans l'individu mais dans la transaction entre l'individu et l'environnement. Les individus réagissent de façon variable quand ils sont exposés à des situations stressantes. De ce fait, Lazarus et Folkman avancent l'idée que le stress est un état psychologique issu de la perception d'un déséquilibre entre les attentes perçues et l'autoévaluation de ses propres ressources pour s'ajuster aux exigences de la tâche. Le stress est conceptualisé en tant que phénomène perceptif dynamique et individuel qui est plus important que l'agent provoquant le stress.

Au delà du modèle biologique qui limite le stress à la réponse physiologique de l'organisme face à un agent menaçant, le modèle transactionnel offre de nouvelles possibilités et sa spécificité réside dans le fait qu'il tient compte à la fois des variables objectives liées au contexte et des caractéristiques subjectives de l'évaluation que fait l'individu en situation avec une dimension d'effets attendus sur le court et le long terme. Ces effets sont modulés par des processus d'évaluation, cognitifs subjectifs.

Selon Bruchon-Schweitzer (2002), l'approche transactionnelle avec la définition du concept de stratégies d'ajustement a métamorphosé la compréhension et l'étude des situations de stress. Ce dernier est considéré comme une transaction entre l'individu et l'environnement. L'accent est mis sur la perception de l'événement et la diversité des moyens dont l'individu dispose pour faire face à la menace. Cependant, cette approche présente certaines limites, puisqu'en valorisant des processus transactionnels, elle minimise ou occulte les autres déterminants de la santé (antécédents biomédicaux, environnementaux, socio-économiques et dispositionnels) dont l'impact est bien établi dans

le cadre intégratif et multifactoriel qui constitue notre orientation théorique dans la présente recherche.

Le modèle intégratif et multifactoriel s'inscrit dans le champ de la psychologie de la santé. Cette approche considère la santé de manière large et tient compte, pour expliquer l'état de santé ultérieur, des facteurs psychosociaux, c'est-à-dire de l'environnement dans lequel évolue l'individu et de ses dispositions personnelles. Cette discipline s'attache ainsi à comprendre les déterminants de la santé et de la maladie, ainsi que les différences interindividuelles existants en la matière.

Ceci dit, nous pensons que celui-ci convient parfaitement à notre problématique. En fait, l'étudiant en première année se trouve dans un contexte potentiellement stressant avec cette double transition ; du lycée à l'université et l'accès aux études supérieures d'une part et la transition vers l'âge adulte d'autre part. Donc, il est nécessaire d'étudier les déterminants de la détresse psychologique constatée chez cette population en lien avec les évaluations ainsi que les réactions émotionnelles, cognitives et comportementales face aux nouvelles conditions de vie auxquelles il est confronté.

Chapitre 5

L'impact des facteurs de personnalité sur la santé psychologique des étudiants

Introduction

Ces dernières décennies, les études en psychologie d'une manière générale et les recherches en psychologie de la santé particulièrement se sont focalisées sur le bien-être de l'individu. Elles se sont intéressées aux facteurs pouvant protéger ou fragiliser son ajustement aux maladies. Les études réalisées jusqu'à ce jour témoignent de l'importance accordée à la personnalité comme facteur susceptible d'affecter le processus du stress et la santé psychologique et physique. Ce concept a suscité un intérêt croissant dans la littérature scientifique. Les étudiants, parce qu'ils diffèrent dans leurs aspects cognitifs, affectifs, physiologiques et comportementaux réagissent de manières différentes à l'environnement universitaire reconnu comme potentiellement stressant et sont affectés différemment et à des degrés très variables. Ces différences interindividuelles peuvent expliquer en partie pourquoi certains étudiants préservent leur capital santé alors que d'autres sombrent dans la détresse psychologique et la dépression (Boujut 2007 ; Strenna 2014).

Dans les paragraphes qui vont suivre nous procéderons à la présentation de quelques éléments de définitions de la personnalité suivant son modèle théorique puis nous exposerons quelques outils de mesure proposés par les chercheurs. Ce chapitre sera centré sur l'apport de la théorie des traits de personnalité. Nous citerons quelques recherches qui se sont focalisées sur l'impact des traits de personnalité sur la santé psychologique. La recherche sur les facteurs de personnalité ont fait l'objet d'une abondante littérature afin d'établir des liens avec la santé psychologique et physique. En effet, certains facteurs protecteurs ont été identifiés tels que l'estime de soi, l'espoir, la résilience et l'optimisme alors que d'autres facteurs sont désignés comme fragilisant comme la dépression, l'anxiété, le névrosisme, le pessimisme et les émotions négatives en général (Friedman, 2001; Fisher, 2014).

Nous allons, par la suite, apporter des éléments de définitions du concept de l'estime de soi, du névrosisme. Le concept de l'espoir a été abordé comme il a été défini par la psychologie positive. Nous allons essayer d'apporter un éclairage et une meilleure compréhension de ces concepts et de décrire quelques mesures d'évaluation et de citer quelques études qui ont établi des liens entre les facteurs dispositionnels et la santé psychologique en générale et en particulier chez les étudiants.

1. La personnalité

L'étude de la personnalité a incité un intérêt croissant dans la littérature scientifique (Filloux, 1965; Bruchon-Schweitzer & Quintard, 2001 ; Ashton, 2014). Ce concept a évolué dans un contexte où plusieurs théories se sont tissées en complémentarité ou en opposition les unes aux autres, des articles et des publications ont été produits pour étudier ce concept. En effet, l'exploration de la personnalité constitue un vaste domaine d'étude et une aventure captivante pour le professionnel. Elle traduit des désirs profonds pour comprendre l'âme humaine, expliquer ses mystères et nos propres conduites, attitudes, motivations, ainsi que celles des autres (Rolland 2013 ; Cervone & Pervin, 2014).

À ce jour, plusieurs théories de la personnalité ont été élaborées pour apporter une compréhension plurielle de l'être humain. Les critiques qui ont été soulevées ont permis de dresser un corpus plus robuste et rigoureux : les premiers travaux d'inspiration psychanalytique représentés par les recherches de Freud, Jung et Adler, le paradigme humaniste-existential représenté par les analyses de Carl Rogers et Maslow et les théories fondées sur la notion de trait de personnalité par Allport, Eysenck, Cattell. Toutes ces théories ont contribué à apporter des connaissances importantes sur la personnalité souvent contradictoires mais aucune théorie ne peut prétendre qu'elle est auto-suffisante (Chartier et al., 2018).

Dans ce domaine complexe des théories de la personnalité, nous pouvons considérer ces dernières comme une boîte à outils, chacune apportant des outils conceptuels uniques pour comprendre les différentes facettes de la personnalité et pour aider les psychologues du terrain à faire une meilleure exploration des phénomènes intéressants qui concernent la vie psychique des individus investigués

Rolland (2013) décrit la personnalité comme un ensemble de caractéristiques psychologiques qui distinguent chaque être humain, considérées dans un corpus global. Ces caractéristiques sont examinées dans leur évolution à travers les étapes de la vie, mais se particularisent d'abord par leur constance. Cette composante de stabilité relative assure la continuité de la perception de soi, et consolide l'impression qu'a la personne de sa propre identité. Certaines de ces composantes sont communes à des groupes ou à l'ensemble des

individus, mais la synthèse de ces caractéristiques est particulière à chaque personne, de la même façon que tout être humain possède des empreintes digitales qui lui sont propres

Selon Porot (1984), le terme de personnalité dérive du mot latin « persona » qui signifie « masque du théâtre, rôle, personnage ». Le concept de personnalité est étymologiquement lié à la notion de rôle joué par l'individu dans un contexte et face à un public. Il désigne ce qu'il y a de relativement permanent et stable dans l'organisation dynamique du fonctionnement psychique. Les modèles théoriques auxquelles nous nous référons pour décrire le fonctionnement psychologique sont très variés, avec des problèmes de définition surtout avec des termes voisins comme tempérament, caractères, traits, etc.

Reuchlin (1992) défend l'idée que la personnalité représente une caractéristique stable et générale de la manière d'être d'une personne et dans sa façon de résister aux situations problématiques dans lesquelles elle se trouve. La personnalité est l'aboutissement de tous les éléments qui contribuent à la représentation mentale du sujet pour lui donner sa physionomie propre. Cette configuration résulte des particularités de sa composition psychophysiologique, et ses particularités instinctivo-affectives, elles –mêmes alimentées par des connexions sensitivo-sensorielles et cénesthésiques, de ses modes de réaction, des traces sont laissées par toutes les épreuves qui ont jalonné son histoire individuelle (Reuchlin, 1992 cité par Bernaud, 1998).

Selon les psychanalystes (PirLOT & Cupa, 2012) L'approche psychanalytique soutient l'idée que la personnalité s'exprime par le conflit. En effet, les pulsions du « ça » recherchent un assouvissement immédiat, mais le moi soumis aux contraintes de la réalité tente d'en différer satisfaction et le « surmoi » veut en assujettir l'expression en accord avec les standards moraux. Ainsi toute expression de la personnalité est le fait d'un compromis entre les diverses instances psychiques. Le « moi » a alors recours à divers mécanismes de défense pour se protéger contre l'angoisse générée par les pulsions inacceptables du « ça » et la menace de critique venant du « surmoi ».

Pour Cupa (2012), la personnalité est définie comme l'organisation dynamique des aspects subjectifs, intellectuels, affectifs, voir morphologiques de l'individu. La notion de structure de la personnalité se réfère à l'organisation psychique profonde, stable et

définitive du sujet. La stabilité des structures impliquerait une impossibilité foncière de passer de la structure névrotique à la structure psychotique ou inversement, à partir du moment où un Moi spécifique est organisé dans un sens ou dans l'autre.

1. 1. La théorie des traits de personnalité

1. 1. 1. Le modèle d'Allport

Allport (1937), psychologue, est l'un des pionniers de la théorie des traits de la personnalité. Il conçoit la personnalité comme une organisation dynamique propre à chaque individu et qui synthétise l'ensemble des systèmes psychophysiques qui déterminent ses pensées et ses actions, lesquelles sont les caractéristiques de son adaptation particulière à son milieu. La personnalité est décrite comme une entité unique qui traduit la façon avec laquelle une personne pense, réfléchit et se comporte dans les différentes situations (Rolland, 2013).

Allport a contribué à dégager une théorie des traits. Il a identifié 17 953 mots qui renvoient au langage de la personnalité et a décrit différentes catégories de traits : les traits cardinaux, les traits centraux et les traits secondaires, les traits communs à plusieurs personnes et les traits individuels. Allport avait une vision intégrale et clinique de la personnalité. Il considérait que chaque personne est une entité singulière et qu'une compréhension complète de la conduite n'est possible qu'à la condition de réaliser une analyse distinctive de la personnalité. Il a établi trois caractéristiques essentielles au concept de la personnalité : la cohérence, le dynamisme et la stabilité (Bernaud, 1998).

Nous observons dans les conduites humaines des régularités, des noyaux relativement cohérents et permanents de cognitions, d'émotions et de comportements, qui manifestent une stabilité temporelle et une cohérence trans-situationnelle relative. La psychologie différentielle, dont ces conduites sont l'un des objets d'étude, dénomme ces noyaux cohérents : traits ou dimensions de personnalité.

Pour Bernaud (1998) les traits se rapportent à une conception élémentariste de la personnalité : chaque trait correspond à une composante de la personnalité, chaque composante étant séparée du reste et démarquant l'individu sur une facette bien précise

(exemple : l'ouverture, la sociabilité et l'agréabilité sont des traits ordinaires de la personnalité). Les traits ne sont pas les équivalents de la conduite, ils expriment la probabilité de chances que la conduite se présente dans une situation déterminée et à un moment singulier

Plusieurs recherches de psychologues s'inspirent de cette conception différentialiste basée sur la notion de trait (Eysenck, 1957 ; Cattell, 1965 ; Costa & Mc Crae, 1992 ; Bernaud 1998). Pour Mc Crae & Costa (1990) «*les traits de personnalité sont des dimensions décrivant des différences individuelles dans les tendances à manifester des configurations cohérentes et systématiques de pensées, d'émotions et d'actions*», (cité par Rolland, 2001, p. 16).

1. 1. 2 le modèle de Cattell 1965

Cattell (1965) est envisagé comme un chevronné de l'évaluation objective et scientifique de la personnalité. Cattell utilise la notion de trait pour décrire la personnalité. Il a postulé une distinction entre les traits d'aptitude, les traits de tempérament et les traits dynamiques et une distinction entre les traits de surface et les traits de source. Il a contribué à la construction des 16 facteurs de la personnalité. Cette contribution est considérée comme enrichissante dans le domaine de l'élaboration des instruments de mesure de personnalité (Benedetto, 2008).

Les seize facteurs dénombrés sont les suivants :

1. Cordialité – chaleur (distant versus chaleureux)
2. Raisonement (concret versus abstrait)
3. Stabilité émotionnelle (changement versus stable)
4. Force du moi (Moi faible versus Moi fort)
5. Vivacité (Posé versus vif)
6. Conscience et respect des conventions (opportuniste versus consciencieux)
7. Assurance en société (timide versus audacieux)
8. Sensibilité (dur versus tendre)
9. Vigilance (confiant versus soupçonneux)

10. Imagination (pratique versus imaginaire)
11. Intériorisation (sincère versus rusé)
12. Inquiétude au changement (confiant versus anxieux)
13. Ouverture (conservateur versus innovateur)
14. Autonomie à l'égard du groupe (dépendant versus se suffisant à lui-même)
15. Perfectionnisme (incontrôlé versus contrôlé)
16. Tension (détendu versus tendu)

1. 1. 3. Le modèle d'Eysenck

Eysenck, est un psychologue de tradition factorieliste. Il élabore en 1957 un modèle bifactoriel de la personnalité composé de deux traits : l'introversion –extraversion. Le trait extraverti est proche de l'hystérique alors que le trait l'introverti est associé à la personnalité dysthymique et le névrosisme. Ce facteur se traduit chez le sujet par une faiblesse d'adaptation aux situations difficiles. Eysenck défend l'idée que les différences de traits entre les individus ont un fondement biologique. Il explique que le comportement d'extraversion est lié à la production de salive, au conditionnement et au niveau de vigilance ; il défend largement la conception héréditaire de la personnalité. Il a contribué à la construction de deux célèbres inventaires de la personnalité (EPI et EPQ) (Benedetto, 2008).

1. 1. 4. Le modèle des cinq facteurs de Costa & Mc Crae (1992)

Ce modèle résulte de nombreux travaux qui défendent une autre lecture de ce concept et qui préconisent que la personnalité est composée de cinq facteurs s'inspirant d'une approche lexicale qui utilise les descripteurs du comportement pour définir les traits à partir d'analyses factorielles successives (Strenna, 2014). Le modèle des cinq facteurs *big five* élaboré par Costa & Mc Crae. (1992) est le modèle le plus répandu dans le monde à l'heure actuelle et le plus utilisé par les psychologues praticiens et les chercheurs qui veulent réaliser une expertise de la personnalité. Aujourd'hui, il existe un large consensus pour considérer qu'il est important de décrire la personnalité en cinq grands facteurs bipolaires (John, 1990 ; cité par Huteau, 1995). Les dimensions du modèle en cinq facteurs

sont définies par leur pôle et chacune des dimensions est représentée par un ensemble de traits.

Les travaux de Costa & Mc Crae (1992) ont conduit à la formulation des cinq facteurs suivants :

L'extraversion qui se caractérise par la sociabilité, la gaieté, la vivacité, l'énergie, l'enthousiasme, l'activité, l'impulsivité, et la recherche de stimulation. L'introversion, à l'inverse est caractérisée par la timidité, la réserve, et la tranquillité.

L'agréabilité elle oppose les personnes au caractère agréable, altruiste, bienveillant à celles au caractère dur, malveillant et hostile envers autrui.

La conscienciosité : oppose les personnes consciencieuses, soucieuses de réussir, ordonnées, responsables, très impliquées dans leur travail, minutieuses et persévérantes, à toutes celles qui présentent en négatif les mêmes caractéristiques.

Le névrosisme est l'un des cinq dimensions fondamentales de la personnalité d'une excellente validité de construit. C'est une dimension utilisée par Eysenck et a été reprise dans le modèle du Big Five élaboré par Costa & Mc Crae (1992). Il fait référence à une perception du monde extérieur comme hostile ou source de problème. Il est lié à l'instabilité émotionnelle et l'hyperréactivité associée à la labilité du système nerveux autonome (Bruchon-Schweitzer, 2014) et se traduit par l'anxiété, l'irritabilité, la colère et la sensibilité dépressive. Le névrosisme oppose les personnes présentant une grande stabilité émotionnelle à celles atteintes de névrosisme qui présentent une grande timidité sociale associée à une tendance à l'anxiété, à l'irritabilité, à se focaliser sur les aspects négatifs de la réalité, voire à la dépression. Le névrosique semble tendu, irritable, inquiet, jaloux, hostile et vulnérable aux chocs émotionnels. Le névrosisme d'une part prédispose à une forte vulnérabilité au stress (Costa & Mc Crae, 1987) et d'autre part à la détresse psychologique. Il est considéré comme un facteur de risque qui peut avoir un impact néfaste sur la santé physique et psychologique (Bruchon-Schweitzer & Quintard, 2001 ; Boujut et al., 2007, 2009). Il faut souligner qu'Eysenck (1991) a élaboré plusieurs outils pour évaluer le névrosisme, nous pouvons citer ces quatre outils : MPI, EPI, EPQ, EPQ-R.

L'ouverture oppose les personnes ayant une large ouverture d'esprit qui se manifeste par une certaine curiosité intellectuelle, des intérêts larges, une capacité à vivre des expériences nouvelles, le besoin de variété et la sensibilité artistique, à celles manquant de curiosité, d'originalité, d'ouverture et de vivacité d'esprit.

Tableau 8 : Dimensions principales mesurées par l'inventaire de personnalité révisé NEO (Costa & Mc Crae, 1992), Adaptation française (Rolland,1998)

Domaines	Névrosisme, extraversion, ouverture, agréabilité, conscience
Névrosisme	N1 : Anxiété N2 : Colère -hostilité N3 : Dépression N4 : Timidité sociale N5 : Impulsivité N6 : Vulnérabilité
L'extraversion	E1 : Chaleur E2 : Grégarité E3 : Assertivité E4 : Activité E5 : Recherche de sensations E6 : Émotions positives
L'ouverture	O1 : Ouverture aux rêveries O2 : Ouverture à l'esthétique O3 : Ouverture aux sentiments O4 : Ouverture aux actions O5 : Ouverture aux idées O6 : Ouverture aux valeurs
L'agréabilité	A1 : Confiance A2 : Droiture A3 : Altruisme A4 : Complaisance A5 : Modestie A6 : Sensibilité
La conscience	C1 : Compétence C2 : Ordre C3 : Sens du devoir C4 : Recherche de réussite C5 : Autodiscipline C6 : Délibération

1. 2. Quelques questionnaires de mesure de la personnalité

Les recherches et les théories sur la personnalité ont été l'objet d'un grand nombre de questionnaires utilisés par les psychologues praticiens pour évaluer la personnalité :

1. 2. 1. Le questionnaire de personnalité multidimensionnel (MPQ)

Le *Multidimensionnel Personnalité Questionnaire* a été construit par Tellegen (1982, 2003) pour mesurer une variété de traits de la personnalité. Ce questionnaire contient près de 300 items et évalue 11 traits, qui sont répartis en trois groupes représentant les dimensions fondamentales de la personnalité. Les échelles MPQ indiquent des qualités de cohérence interne satisfaisantes et de validité acceptable et sont fréquemment utilisées dans les études sur les émotions, l'impulsivité et l'imagination.

1. 2. 2. Le questionnaire de cinq grands facteurs de personnalité (BFI)

L'échelle de Big Five (John et al., 1991) possède une version française (Plaisant et al., 2010) et a été développée comme une mesure courte de cinq traits de personnalité importants connus sous le nom de « Big Five ». Cette échelle contient 44 items, compte tenu de sa précision, elle montre des niveaux de fiabilité de cohérence interne et de validité du contenu satisfaisantes.

1. 2. 3. Le questionnaire de personnalité NEO révisé (NEO-PI-R) et l'inventaire des cinq facteurs NEO (NEO-FFI)

Le NEO-PI-R avec sa version antérieure, le NEO-PI) et le NEO –FFI ont été développés pour mesurer cinq grandes dimensions de la personnalité (Costa & Mc Crae, 1985,1992) qui possède une adaptation française (Rolland et al., 1998). Le NEO-PI-R est le questionnaire le plus long des deux, avec 240 items qui mesurent 30 traits de personnalité. Ces traits sont regroupés en cinq échelles pour mesurer cinq caractéristiques plus larges ; le névrosisme, l'extraversion, l'ouverture à l'expérience, l'agréabilité et la conscienciosité. Le NEO-FFI est une échelle courte de 60 items qui mesure les cinq grandes dimensions. Les échelles des deux questionnaires ont montré un très bon niveau de fiabilité et de validité et sont devenues les inventaires de personnalité les plus utilisés dans la recherche psychologique (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014)

1. 2. 4. L'impact de la personnalité selon le modèle des cinq facteurs sur la santé mentale

La personnalité et particulièrement à travers les cinq facteurs peut être associée au stress psychologique et à la santé des étudiants dans la mesure où elle a en tant que fonction de modifier, d'améliorer ou encore d'altérer leurs réponses face au stress que peut représenter l'entrée aux études supérieures. Plusieurs recherches ont montré que certains traits de personnalité pouvaient avoir un impact protecteur ou fragilisant sur la santé mentale.

Kotov et al (2010) font une revue quantitative de cent soixante-quinze études de 1980 à 2007 publiées sur les relations entre les cinq grands facteurs et certaines catégories de troubles mentaux (troubles anxieux, troubles dépressifs, dépendance à des substances. Tous les groupes diagnostiqués ont des scores en névrosisme élevés. Les auteurs soulignent l'intérêt du névrosisme pour la recherche et la pratique clinique (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014).

Pour sa part, Boujut et al. (2007) mènent une étude longitudinale sur un an, sur une cohorte d'étudiants de première année. Cette étude a révélé que la colère-hostilité est l'une des facettes du facteur général névrosisme mesuré avec le NEOPI-R de Costa & Mc Crae (1992), et le stress académique, la solitude, et le coping émotionnel s'avèrent être des facteurs de vulnérabilité vis-à-vis du risque de dépression en fin de première année d'études.

L'étude de (Nandrino, Réveillère & Saily, 2003) a pour but de démontrer l'existence d'un lien entre la personnalité et les tracas mineurs pour la population étudiante. L'échantillon est composé de 140 femmes (soit 85% des sujets) et 25 hommes (15% des sujets) inscrits en deuxième année psychologie à l'université de Lille Charles de Gaulle. Les échelles utilisées sont : le NEO-PI-R de Rolland 1998 et l'échelle des tracas quotidiens de (Réveillère et al, 2001). Les résultats révèlent que le profil de personnalité des étudiants est déterminant pour la sensibilité aux stresseurs mineurs. Les corrélations significatives observées entre le score en gêne perçue de l'échelle des tracas et le névrosisme du NEO-PI-R soulignent la plus grande susceptibilité aux tracas quotidiens des étudiants ayant un score

élevé en névrosisme. Ce dernier est fortement lié aux contraintes quotidiennes ce qui tend à confirmer l'hypothèse d'un mécanisme négatif d'évaluation qui s'opère chez les sujets névrotiques. Il met en évidence l'appréciation négative de soi et de sa valeur avec les capacités académiques et le choix des études ainsi qu'une appréciation négative de la situation et de l'environnement avec la gestion du temps et la relation aux pairs (Strenna, 2014).

2. L'estime de soi

L'estime de soi est une dimension fondamentale de notre personnalité. Elle a fait l'objet de plusieurs recherches et ce depuis des décennies (Bolognini & Plancherel, 1994 ; Alaphilippe, 1997 ; André & Lelord, 2011 ; Bardou, Oubrayrie-Roussel & Tap, 2014). Elle se traduit par une appréciation subjective qui s'exprime verbalement et par des comportements. Son fondement et ses fluctuations sont influencés par les rapports du sujet à lui-même et les autres. Elle a fait l'objet de nombreuses recherches scientifiques, plusieurs définitions ont été proposées suivant des modèles théoriques multiples qui ont apporté des éclairages à ce concept (Rosenberg, 1965 ; Coopersmith, 1984 ; Harter, 1992 ; Beauregard et al., 2000). Les études en psychologie du développement et en psychologie de la santé, notre cadre théorique, se sont mis d'accord sur l'intérêt porté au concept l'estime de soi. Ces études ont par ailleurs accordé des liens entre une estime de soi élevée et un fonctionnement psychologique épanoui dans le renforcement de la personnalité. D'autres études se sont intéressées à l'estime de soi en tant qu'une composante émotionnelle qui oriente nos comportements et nos décisions (Naceur, 2010, 2013).

Le verbe « estimer » vient en effet du latin « estimare », « évaluer », dont la signification est double : à la fois « déterminer la valeur de » et « avoir une opinion sur ». Une estime de soi satisfaisante est un indicateur d'une bonne adaptation sociale. Elle est indispensable pour gérer le stress occasionné par des situations déstabilisantes. Elle traduit les efforts réalisés afin d'obtenir une adaptation sociale et préserver une bonne santé mentale (André & Lelord, 2011 ; Bardou, Oubrayrie-Roussel & Tap, 2014).

En effet, Tap (1986) défend l'idée que la construction identitaire de tout individu, en tant que personne et en tant que membre d'un groupe social, est le fruit de plusieurs

éléments. Elle passe par l'intériorisation d'images et de représentations de soi, autant individuelles que groupales. Ces représentations sont à mettre en rapport avec les exigences et les pressions du milieu ainsi que les ambitions et les motivations de l'individu. Le sentiment de valeur ou estime de soi s'alimente et se construit dans une dynamique interactionnelle entre moi-autrui. Cette dynamique met en jeu un processus de comparaison sociale, à travers les identifications, les perceptions de similitudes ou l'ouverture à autrui (Tap, 1986).

Les définitions de l'estime de soi sont variées. Elles sont nourries par des modèles théoriques multiples qui apportent des éclairages enrichissants au concept d'estime de soi. Nous allons aborder d'une manière succincte quelques définitions avancées par divers chercheurs d'orientations différentes (psychosociales, interactionnistes, phénoménologiques, psychanalytiques, sociocognitives et motivationnelles) qui ont marqué l'évolution historique du concept de l'estime de soi au cours du XX^{ème} siècle.

Bardou & Oubrayrie-Roussel. (2014), expriment que globalement nous pouvons spécifier quatre grandes périodes qui marquent l'évolution du concept de l'estime de soi :

- À la fin du XIX siècles et au début du XX siècle avec les théories de James 1890, Baldwin 1897 et Cooley 1902 qui dévoilent les orientations psychosociales fondatrices de l'estime de soi.
- Les années 1930 avec les travaux de Mead 1934 et un peu plus tard dans les années 1960-1970 le courant de la psychanalyse (Arieti, 1967 ; Jacobson, 1964 ; Winnicott, 1969 ; Kohut, 1971).
- De la fin des années 1970 jusqu'aux années 1980-1990 le concept de soi émerge avec trois grandes visions ; une vision à la fois développementale et interactionniste en références aux travaux de (James, 1892 ; Baldwin, 1897 ; Mead, 1934 ; Rosenberg, 1965, 1979) ayant été développée par Harter (1978, 1998, 2003).
- La fin du XX^{ème} siècle au début du XXI siècle est aussi relative à l'émergence des théories sociocognitives (Croker et al., 2002 ; Martinot, 2001) et des théories motivationnelles du soi.

William James (1890)

En 1890, William James s'est interrogé sur la conception de l'estime de soi. Il l'a défini comme la conscience de la valeur du moi. James (1890) revendique l'idée que l'estime de soi se rapporte à une appréciation subjective intime de soi en lien étroit avec ses valeurs personnelles qui s'explique par le rapport entre le soi réel et le soi idéal. L'estime de soi est une composante essentielle de l'individu, c'est une harmonie entre les réussites et les aspirations d'un côté et de l'autre un rapport d'équilibre entre les réussites et les échecs.

Selon Charles Horton Cooley (1902), l'estime de soi est socialement déterminée, elle est le résultat d'un effet de miroir reflétant l'opinion que les autres significatifs expriment (Harter, 1988). Par ailleurs, Rosenberg (1979) définit l'estime de soi comme un sentiment plus ou moins convenable que chaque individu accorde à l'égard de sa propre personne, la considération et le respect qu'il se porte et le sentiment qu'il se fait de sa propre valeur en tant que personne (Rosenberg, 1979). L'estime de soi est conçue comme l'évaluation globale de la valeur de soi en tant que personne, elle soutient un double registre : évaluatif et affectif. L'estime de soi est constituée de quatre dimensions : le sentiment de sécurité et de confiance, la connaissance de soi, le sentiment d'appartenance à un groupe, et le sentiment de compétence.

Pour Coopersmith (1967) l'estime de soi est définie comme l'approbation ou la désapprobation portée sur soi-même. Elle indique dans quelle mesure un individu se croit capable ou important. C'est un ensemble d'attitudes et d'opinions que les individus portent à soi dans leurs rapports aux autres.

L'Ecuyer (1975) pense que l'estime de soi n'est qu'une structure du concept de soi qui consiste en une manière de réagir aux perceptions que l'individu a de lui-même, réactions sous la forme d'évaluation ou de jugement de valeur favorable ou défavorable que l'individu porte à l'égard de lui-même. Tap (1988) avance l'idée que l'estime de soi représente la dimension affective de l'identité car elle agit sur l'ensemble des états affectifs et motivationnels du sujet. Il s'agit de la valeur que le sujet se donne à lui-même. « *L'estime*

de soi est en lien avec les sentiments et les émotions éprouvés par le sujet dans le cadre des évaluations qu'il a fait de lui-même » (Bardou, 2014, p. 96).

Pour Rogers et al. (1977), l'estime de soi se perçoit comme le leitmotiv de l'activité sociale alimentée par une source de satisfaction, de sécurité consciente ou inconsciente avec une imprégnation affective positive ou négative, avec des liens étroits à des processus cognitifs. L'estime de soi correspond à une évaluation du concept de soi, c'est-à-dire à l'ensemble des représentations dont l'individu dispose à propos de lui-même et à l'approbation ou à la désapprobation qu'un sujet porte sur lui-même. Elle permet d'apprécier le sentiment qu'il a de ses propres compétences et de ses qualités dans les différentes sphères de la vie : l'école, la famille et la société. (Coslin, 2003).

Selon André & Lelord. (1999), l'estime de soi soutient trois composantes : l'amour de soi, la vision de soi et la confiance en soi. Au cours de la vie, l'appréciation de l'estime de soi est influencée par les événements, les épreuves, les expériences individuelles et les sentiments de réussites ou d'échecs. L'estime de soi peut subir des variations chez un individu au cours de son développement. Mais l'amour de soi aidera l'individu à se reconstruire après un échec ou face à une rupture menaçante.

Oubrayrie et al. (1994) définissent l'estime de soi comme une dimension de l'identité du sujet. L'estime de soi donne à l'identité personnelle sa tonalité affective, à ce titre, elle est l'un des fondements de l'identité. « Harter (1982) définit l'estime de soi général comme un ensemble d'évaluation générale et d'attitudes de l'individu à l'égard de sa propre valeur. Cette appréciation positive ou négative, repose sur le système de valeurs personnelles qu'a l'individu ou sur les normes extérieures intériorisées au cours de l'enfance » (cité par Bardou, 2014, p. 234).

2. 1. Structure de l'estime de soi

La structure de l'estime de soi peut être conçue selon deux approches différentes ; l'une est unidimensionnelle, l'autre est multidimensionnelle.

2. 1. 1. Approche unidimensionnelle

Comme nous venons d'exposer, l'estime de soi se présente comme l'ensemble des représentations, des attitudes et des sentiments se traduisant par des jugements positifs ou négatifs qui amèneront confiance ou dévalorisation à l'égard de soi. De ce point de vue, deux conceptions de l'estime de soi, prenant en considération deux abords théoriques distinctes dans la littérature.

La première approche postule qu'une évaluation de l'estime de soi qui s'appuierait sur un seul indicateur faisait de l'estime de soi un construit global (Coopersmith, 1967 ; Rosenberg, 1979) ne permettrait pas de saisir sa dynamique évaluative en rapport avec l'ensemble des sphères de la vie sur lesquelles elle aurait une influence. Beauregard et al. (2000) font référence au concept d'estime de soi dans une dimension ou l'estime de soi peut être considéré comme une représentation affective que nous faisons de nous-mêmes. C'est un jugement positif envers sa propre personne, à ses qualités et à ses habiletés. C'est aussi la capacité de conserver dans sa mémoire ses représentations positives, de manière à les utiliser pour relever des défis et surmonter les situations déstabilisantes.

Rosenberg (1965) a conçu l'estime de soi comme unidimensionnelle en considérant l'estime de soi comme renvoyant à une évaluation globale de soi. Par ailleurs, elle a conçu une échelle évaluant un score global de l'estime de soi : le « Rosenberg Self-Esteem Scale ». Les travaux de Rosenberg sont très répandus et son échelle d'estime de soi globale a été utilisée dans de nombreuses études témoignant ainsi l'utilité d'obtenir la mesure d'un sentiment global de soi en relation avec d'autres dimensions de la personnalité.

1. 2. Approche multidimensionnelle

Selon certains auteurs (Coopersmith, 1967 ; Rosenberg, 1979) l'estime de soi peut être globale s'intégrant dans un modèle unidimensionnel. Alors que d'autres auteurs (Byrne, 1984; Marsh, 1990; Harter, 1999), ont défendu un modèle multidimensionnel d'estime de soi, composé de plusieurs dimensions qui sont liées aux différentes sphères de la vie (par exemple, estime de soi sociale, estime de soi physique, estime de soi scolaire, etc) renvoyant à plusieurs dimensions, structurées de manière hiérarchique,

évoluant de manière relativement indépendante les unes des autres (par exemple, compétence scolaire, relation sociale harmonieuse, compétence sportive, attrait dans les relations amoureuses, etc). L'impact des réussites et les échecs sur l'estime de soi sera différent selon l'importance accordée par le sujet au domaine considéré (Marsh, 1990 ; Rosenberg et al., 1995 ; André & Lelord, 1999 ; Harter, 1999, cité par Dorad et al., 2013).

2. 2. Les étapes clés du développement de l'estime de soi

Le sentiment de valeur de soi se développe tout au long de l'enfance et de l'adolescence. Il est alimenté par les différentes sources d'expériences affectives vécues depuis l'enfance, soutenu par des processus très complexes. En premier lieu, il s'agit des origines. Dès les premières années de la vie, deux sources d'expériences contribuent à procurer au petit enfant les composantes fondamentales de l'estime de soi ; la qualité de sa relation affective avec ses parents et ses propres accomplissements (Bariaud & Bourcet, 1998). L'amour et l'attention que ses parents lui accordent, leur acceptation et leur soutien inconditionnel lui donnent le sens premier d'avoir une valeur, ses expériences connotées d'affection lui permettent à la fois la réalisation de ses désirs et la maîtrise de l'environnement et comme résultat deux forces se constituent; la sécurité d'être et la sûreté d'agir (Bariaud & Bourcet, 1998).

En deuxième lieu, il est question de l'intériorisation des jugements des autres. Bariaud & Bourcet, (1998) indiquent que tout au long de l'enfance et de l'adolescence, la conception évaluative de soi se développe en partie par l'intériorisation des jugements positifs ou négatifs des « autres significatifs » comme les parents, la nourrice et les enseignants. Les recherches confirment l'influence du soutien parental, l'affection et de l'approbation que les parents manifestent à l'égard de l'adolescent alimentent en grande partie l'estime de soi (Harter, 1989).

Si les parents jouent un rôle crucial dans le développement de leur enfant, il faut indiquer qu'à l'adolescence le réseau social intervient d'une manière pertinente. Nous ne pouvons pas négliger l'impact de l'environnement social qui s'élargit et se diversifie à l'adolescence. Certaines personnes importantes dans des rôles complémentaires s'affirment comme des références nouvelles pour la valorisation de soi chez l'adolescent, certains

adultes, et surtout les pairs dont l'acceptation et l'approbation sont recherchées avec plus d'intensité que jamais dans la première partie de l'adolescence, comme indispensable édifice à l'idée de soi (Harter, 1989).

En dernier lieu, il faut souligner l'importance des perceptions des réussites et des échecs. L'estime de soi est affectée par l'interprétation des réussites et des échecs et ce, dans des domaines qui ont du sens pour soi et pour les autres signifiants. En moyenne, c'est vers 7-8 ans que l'enfant possède des aptitudes cognitives nécessaires à la comparaison de ses capacités avec celles de ses pairs, ce qui peut en cas d'infériorité perçue, causer de pénibles prises de conscience. Plus autonome, l'adolescent a davantage de possibilités d'échapper à des comparaisons défavorables (Bourcet, 1997) en choisissant des activités dans lesquelles il se sent en réussite et en s'entourant de camarades dont les performances ne se démarquent pas trop des siennes. Ainsi, il se préserve une bonne estime de soi.

La perception des échecs et des réussites est un processus complexe dans la construction de l'estime de soi. Il conviendrait d'étudier ce mécanisme dans l'enfance et à l'adolescence qui renvoie à la question des liens étroits qu'entretiennent les tendances dépressives et l'auto-dévalorisation et la faible estime de soi. En effet, certains individus ont tendance assez tôt de se rendre responsable de leurs échecs, à s'en culpabiliser et dépriment et se dévalorisent assez rapidement suite à l'écart des modèles, des aspirations, des idéaux intériorisés depuis l'enfance (Doré, 2017).

2. 3. Quelques outils de mesure de l'estime de soi

Il est souvent indiqué que l'échelle de l'estime de soi « The Rosenberg Self-Esteem Scale » est l'une des échelles les plus utilisées dans le domaine de la recherche. Nous l'accordons cette importance à sa simplicité d'utilisation vu qu'elle est composée de dix items, sa rapidité de passation (pas plus de cinq minutes), sa précision (elle mesure l'estime de soi faible ou élevée) et enfin sa validité et ses qualités psychométriques satisfaisantes. De plus, les énoncés de l'échelle se rapportent aux attributs du concept de l'estime de soi.

L'Échelle toulousaine d'estime de soi (ETES) a été conçue par Oubrayrie et De Léonardis & Safont en 1994. La version longue est composée de 60 énoncés et la version

courte est composée de 20 questions. Ce questionnaire mesure d'une part l'estime de soi générale et d'autre part le soi affectif, social, physique, scolaire, et futur professionnel. Cette échelle a connu plusieurs validations sur une population adolescente et montre de bonnes qualités psychométriques (Oubrayrie, Safont & Tap, 1991; Sordes-Ader, 1996).

Heatherton & Polivy en 1991 élaborent l'échelle de mesure de l'estime de soi « The State Self-Esteem Scale ». L'échelle est utilisée dans l'évaluation de l'estime de soi fluctuante. Un grand intérêt est accordé à cet instrument puisque l'estime de soi peut varier selon différentes situations ou contextes. Cette échelle est constituée de 20 items qui abordent l'aspect apparence, l'aspect social et la performance. Celle-ci est utilisée dans la conduite d'études cliniques visant la manipulation de l'estime de soi. La validité de cette échelle a été testée dans différents contextes.

2. 4. L'impact de l'estime de soi et la santé psychologique

Avoir une estime de soi positive permet au sujet de s'engager dans une activité sociale riche et épanouie. L'estime de soi est un facteur motivationnel primordial pouvant favoriser la réalisation personnelle et l'intégration sociale du sujet. Elle a une fonction de valorisation de l'identité du sujet et l'adaptation à la réalité sociale. Par contre, une estime de soi négative a tendance à minimiser les compétences du sujet, à le bloquer dans ses actions et finalement à impacter son adaptation et son intégration sociale. Une perception négative de soi peut amener à diminuer le niveau d'aspiration du sujet, à réduire ses projets et à nuire à l'acquisition des compétences psychosociales (Bolognini & Plancherel, 1998)

L'étude de Moksnes et al., (2010) s'est centrée sur l'impact de l'estime de soi sur le stress et la détresse psychologique à travers la dépression et l'anxiété. Elle a été réalisée sur un échantillon de 1504 étudiants norvégiens (769 filles et 735 garçons) âgés de 13 à 18 ans (âge moyen de 14.8 ans). Les outils préconisés pour cette étude sont : l'inventaire d'anxiété de Spielberger (STAI : Spielberger, 1983), l'échelle d'estime de soi de Rosenberg (RSE : Rosenberg, 1965) et l'échelle de dépression de Zung (1995), le stress a été mesuré avec une échelle de stress pour adolescents comportant 58 items basés sur les relations amoureuses, les activités de la vie quotidienne, les aptitudes scolaires.

Des corrélations négatives significatives ont été observées entre le stress perçu et l'estime de soi ($r = -.270$). L'estime de soi était également corrélée négativement à l'anxiété ($r = -.620$) et à la dépression ($r = -.640$). Les résultats ont montré des corrélations positives significatives entre la perception du stress et la dépression ($r = .440$) et l'anxiété ($r = .350$). (Moksnes et al., 2010).

Une estime de soi satisfaisante prédispose à une bonne adaptation sociale. Elle est capitale pour faire face au stress occasionné par les situations déstabilisantes et nécessaire pour réaliser une insertion professionnelle et sociale adaptée (André & Lelord, 1999). En effet, des recherches ont établi des liens entre estime de soi, motivation et niveau de « maturité vocationnelle » (Harter, 1988) observant un développement professionnel plus marqué chez les adolescents ayant une estime de soi positive (Martinot, 1995 ; Bolognini & Plancherel, 1998 ; André & Lelord, 1999 ; Oubrayrie & Bardou, 2014).

Les résultats obtenus dans ces différentes études confirment qu'il existe des liens entre le niveau d'estime de soi, le stress et la santé mentale. Par ailleurs, le niveau d'estime de soi n'est pas le seul à impacter le processus du stress et ses conséquences. La relation peut aussi concerner la stabilité de l'estime de soi. La stabilité ou l'instabilité, à un niveau individuel, concerne les fluctuations plus ou moins importantes, que l'estime de soi des individus peut subir. Il apparaît en effet que certains individus voient leur estime de soi fluctuer sur des laps de temps assez courts. Une estime de soi stable est favorable à un bon fonctionnement psychologique (Kernis, 2005) alors que les personnes présentant une estime de soi instable réagissent plus intensément aux situations déstabilisantes.

Dans cette optique, l'estime de soi à une fonction adaptative et protectrice pour l'individu et une faible estime de soi affecterait profondément la capacité à s'adapter à un changement. Les déficits de l'estime de soi représenteraient l'une des sources majeures de souffrance psychologique et constitueraient un facteur déterminant dans les demandes de prise en charge psychothérapeutiques. De plus l'émergence et le maintien de nombreuses difficultés psychologiques seraient étroitement liés à des problèmes d'estime de soi (André & Lelord, 1999).

En conclusion, l'estime de soi oriente les évaluations primaires et secondaires lorsque l'individu est en face d'une difficulté ou une situation menaçante. Selon Tap les adolescents qui ont une estime de soi élevée présentent des stratégies de coping centrées sur le contrôle. Ainsi, les adolescents ,qui s'estiment plus, ont le sentiment qu'ils peuvent agir sur la situation qui pose problème et la contrôler en essayant de canaliser les émotions. Par contre ceux qui présentent un niveau d'estime de soi faible adoptent des stratégies d'ajustement de retrait ou de refus (Oubrayrie & Bardou, 2014).

3. L'espoir

La psychologie positive est un nouveau courant de pensée en psychologie. Ce courant est apparu sous l'influence de Martin Seligman (1990) qui a fait le constat que la psychologie a réalisé beaucoup de travaux sur les traitements et aux troubles psychiques et qu'il était temps de réaliser des recherches sur les forces et les ressources psychologiques des individus, des questions négligées selon lui durant des décennies (Csillik, 2017).

Lecomte (2009) défend l'idée avancée par Seligman et Csikszentmihalyi (2000) que le but de la psychologie positive est de tenter de modifier la centration sur les aspects pathologiques de la vie sur lesquels s'est concentrée la psychologie jusqu'à aujourd'hui pour ancrer cette dernière sur ce qui permet de forger les qualités positives de l'être humain. La psychologie positive s'attarde à étudier : comment cultiver le bonheur, le bien être et le fonctionnement optimal dans la vie de chacun. Ces concepts présentent les notions clés d'un domaine vaste et complexe de la psychologie positive. Les contributions avancées par ce nouveau courant se sont avérées tout à fait innovantes et prometteuses sur un plan théorique et pratique, et ce dans plusieurs sphères : Santé mentale, orientation tout au long de la vie, réussite académique, performance sportive, des résultats probants dans les psychothérapies de certains troubles psychologiques ou somatiques (Snyder et Lopez, 2002).

La psychologie positive s'intéresse au fonctionnement sain, efficient et optimal de l'être humain (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Cette approche est axée sur les ressources psychologiques des individus que sur leurs lacunes psychologiques ou leurs compétences manquantes. La psychologie positive est un courant de pensée qui propose

une compréhension scientifique rigoureuse plus complète et équilibrée de l'expérience humaine et qui se nourrit des auteurs précédents notamment de la psychologie humaniste, tout en apportant des éléments novateurs, testés à la lumière d'un empirisme rigoureux, avec des méthodologies robustes et sophistiquées et une élaboration de plusieurs outils psychométriques qui permettent de mesurer les concepts clés avancés par cette théorie. Dans ce qui suit, nous allons nous focaliser sur le concept de l'espoir, proposer quelques éléments de définitions, préciser quelques outils de sa mesure et retracer les étapes clés de son évolution chez les individus.

3. 1. Le concept de l'espoir

De nombreuses publications scientifiques (Snyder et al., 1991 ; Feldman & Snyder, 2005 ; Snyder, Land, & Sigmon, 2005) ont été consacrées ces dernières années au concept de l'espoir. Initialement issu de la tradition judéo-chrétienne, il était considéré comme un phénomène émotionnel passif survenant seulement lors des moments les plus durs de la vie (Snyder et al., 2002, cité par Delas et al 2015). La littérature scientifique a commencé à s'intéresser à l'espoir à partir des années 1950. Depuis, il est reconnu comme une ressource psychologique positive protectrice dans le domaine de la santé et du bien-être physique et l'épanouissement psychologique et thérapeutique (Delas et al., 2015).

Plutôt que de favoriser les aspects émotionnels de l'espoir, les chercheurs ont conceptualisé un modèle cognitif dans lequel l'espoir est reconnu comme une façon de penser (Snyder, Land, & Sigmon, 2005). En désignant l'espoir en tant que processus cognitif et non comme une émotion ou un état impacté par une forte composante affective. Snyder conceptualise l'espoir comme la croyance selon laquelle l'individu est convaincu de pouvoir trouver des stratégies efficaces pour atteindre ses objectifs et avoir la motivation nécessaire pour la réalisation de ses objectifs et surmonter ou contourner les obstacles rencontrés (Snyder, Land, & Sigmon, 2005). Celui-ci a développé une théorie autour de cette ressource psychologique et a élaboré quelques outils pour le mesurer pour rendre le concept plus rigoureux.

De son côté, Seligman (2000) a abordé le concept d'optimisme sous l'angle des caractéristiques individuelles en termes de style explicatifs : la manière dont un individu

explique les événements positifs ou négatifs auxquels il est exposé (Seligman, 1995). Ceux qui attribuent un événement négatif à des causes externes, instables, et spécifiques et un événement positif à des causes internes, stables et globales sont décrits comme étant optimistes. L'espoir se démarque de l'optimisme qui correspond à une attente généralisée que des choses positives se produisent dans le futur. En revanche, la disposition à l'espoir implique d'avoir un objectif bien délimité soutenu par une motivation et la détermination pour l'atteindre (Snyder, 1995 ; Seligman, 2002).

Selon Snyder (1995), dès que nous pensons à notre avenir rapidement nous allons évoquer un événement ou un souhait que nous voudrions voir se réaliser. Les buts constituent l'ingrédient principal et la dimension cognitive qui alimente et enrichit la théorie de l'espoir. Selon Snyder, les individus sont orientés vers leurs objectifs lorsqu'ils réfléchissent à leur futur (Snyder, 1995). La théorie de l'espoir est fondée sur la volonté soutenue par les ressources dont dispose l'individu pour l'atteinte de ses buts « the will and the way ». Snyder qualifie l'espoir comme un processus cognitif qui découle de la volonté déterminante de l'individu de réussir à atteindre ses buts. C'est la composante motivationnelle ou la détermination à atteindre ses finalités et à être performant dans la mise en œuvre des moyens pour les aboutir. C'est la composante opératoire ou la planification des moyens, (Snyder et al., 1991).

Dans la même continuité des idées, Snyder avance l'idée que se concentrer sur des buts n'est pas un indicateur de réussite. En effet il est concevable d'abandonner, de remplacer un but par un autre, ce qui ne reflète pas un comportement inadaptatif (Snyder, 1998). Une attention particulière a été apportée dans ce cadre théorique à la définition de but comme un processus qui se décompose en trois étapes :

- il y a d'abord la fin de poursuite active du but qui a été fixé.
- le but est complètement abandonné.
- un nouveau but de remplacement est déterminé.

En somme, l'espoir selon Snyder (2005) correspond à un état positif de motivation alimenté par trois ingrédients indispensables : pour penser avec espoir, il faut se fixer des buts, concrétiser les moyens ou des stratégies variés de les atteindre et la motivation de les

mettre en œuvre. La première constitue la capacité à clairement définir les buts, les objectifs d'une personne (goals thinking). Le but peut être à court ou à long terme mais il doit être atteignable. La deuxième composante correspond aux capacités de développement de stratégies spécifiques pour atteindre les buts, la perception qu'a un individu de ses propres capacités à trouver des voies le mèneront vers ses buts et représente donc le fait qu'une personne se sente capable de trouver des moyens d'atteindre ses buts (pathways thinking).

Ainsi, une personne qui veut atteindre ses buts, elle doit se considérer comme étant capable de les atteindre. La troisième composante de l'espoir correspond à l'organisation, à l'initiation et au soutien d'une motivation suffisante pour mettre en œuvre ces stratégies (agency thinking). C'est la composante motivationnelle de l'espoir qui représente l'idée qu'une personne se fait de ses capacités à se diriger vers la voie choisie et à progresser dans cette voie pour atteindre son but (Snyder et al., 2005).

L'espoir trait correspond à la disposition globale d'un individu à cette ressource psychologique, quelle que soit la situation. Elle doit être distinguée de l'espoir état qui correspond à l'espoir que ressent un individu dans une situation donnée et qui est donc fluctuant ; son niveau varie selon les situations et les possibilités du moment. L'espoir trait est la disposition globale d'un individu à l'espoir, quelle que soit la situation. Ce type d'espoir est stable et son niveau ne change pas ou peu avec le temps, en absence d'une intervention spécifique visant à augmenter cette ressource.

Les recherches scientifiques se sont multipliées cette dernière décennie autour de l'espoir et son impact sur le bien être des individus (Snyder et al., 1991 ; Feldman & Snyder, 2005 ; Gallagher & Lopez., 2009 ; Jafari et al., 2010). En effet, les personnes qui ont un niveau d'espoir élevé favorisent les actions pour atteindre leurs buts et utilisent davantage des stratégies de résolution des problèmes pour composer avec les difficultés. L'espoir est corrélé positivement avec le bien être et les résultats positifs obtenus dans les différents domaines (scolaire, universitaire, performance sportive) mais aussi avec une meilleure santé physique globale (Snyder et al., 1991 ; Feldman & Snyder, 2005). La disposition à l'espoir est positivement associée au bien-être à la satisfaction de la vie (Feldman & Snyder, 2000 ; Kato & Snyder, 2005 ; Jafari et al., 2010). Ainsi l'espoir est un

indicateur d'une santé mentale positive (Gallagher & Lopez., 2009). Il existe un lien négatif entre l'espoir et les symptômes psychopathologiques de type : l'anxiété, les symptômes dépressifs et les idées suicidaires (Chang, 2003 ; Chang et al., 2006). Les personnes qui ont un niveau d'espoir élevé ont aussi tendance à moins utiliser des stratégies de coping d'évitement et trouvent plus facilement de nouvelles manières d'atteindre leurs buts lorsqu'elles sont confrontées à des conditions pénibles (Snyder, Land, & Sigmon, 2005).

En conclusion, plusieurs chercheurs (Peterson, 2000 ; Snyder, 2002 ;Gallagher & Lopez, 2009) ont démontré que l'espoir est positivement corrélé à l'estime de soi, à la qualité perçue à résoudre des problèmes, au contrôle perçu, à la réussite et à une meilleure capacité d'adaptation. L'espoir –trait a également un effet sur le niveau de stress des individus ; ainsi il permet de réduire le stress engendré par les situations déstabilisantes. De même, l'espoir peut aider la personne à mettre en place des stratégies d'ajustement plus adaptatives pour confronter les événements stressants (Folkman, 2010) .

3. 2. Les processus qui contribuent au développement de l'espoir chez les individus

Selon Snyder (2000) les facteurs personnels, contextuels ou environnementaux ont un impact sur l'individu pour cultiver son niveau d'espoir. Il a mis en valeur une approche intéressante pour comprendre et expliquer comment se développerait l'espoir chez l'enfant. L'idée cruciale est que, dès la naissance, les humains sont animés par l'idée d'explorer et de comprendre son environnement. L'un des premiers buts du nouveau né est de développer les compétences pour le prédire et le contrôler pour garantir un développement harmonieux (Snyder et al., 2002 cité par Martin-Krumm & Tarquinio, 2011).

Le facteur pathways serait le premier à se développer chez les enfants, puis comme second facteur agency et ce grâce à la qualité de l'attachement aux personnes significantes qui s'occupent d'eux (Bowlby 1982). (Snyder, Yang & Lewin, 2003) ont pu démontrer que les parents avec un niveau d'espoir élevé sont plus attachés, se montrent plus tendres et

affectueux et se dévouent pour un développement harmonieux pour les enfants. Une telle qualité d'attachement donne aux enfants un sens renforcé d'atteindre les buts désirés. L'importance des liens forts avec les personnes significatives qui entourent les enfants ainsi que l'importance que les enfants soient protégés et pas sur protégés joue un rôle important dans le développement de l'espoir. Cependant, une vie trop facile peut s'avérer nuisible au développement de l'espoir (Snyder et al., 1997). Les enfants ont besoin d'apprendre à faire face aux situations aversives qui peuvent se dresser sur leurs chemins et apprendre à identifier et à développer les ressources dont ils disposent pour contourner les obstacles afin d'augmenter leur niveau d'espoir.

Dans la même continuité des idées Snyder précise que plusieurs programmes et dispositifs d'accompagnement sont possibles et faciles à pratiquer dans la vie quotidienne pour permettre aux individus d'acquérir les capacités de se fixer les buts et d'identifier les stratégies pour les atteindre même s'il s'agit d'un environnement hostile. Cette démarche ou ce processus est composé de trois types de stratégies : la fixation du but, les techniques pathways, et les techniques agency (Cheavens et al., 2001). En effet, la première étape consiste à permettre à l'individu d'identifier un ensemble de buts, c'est important de se fixer de multiples buts dans des contextes aussi variés de manière à dédramatiser les effets d'un échec dans un domaine particulier et que cela n'affecte pas le niveau d'espoir général.

Nous pouvons enseigner aux personnes comment penser avec espoir en les dotant par les différents outils destinés à identifier leurs valeurs et centres d'intérêts à partir desquelles ils peuvent préciser des buts. Il est également possible de demander de se rappeler des activités plaisantes pour se fixer des buts. Après avoir défini une liste des priorités et des valeurs, nous accompagnons le sujet dans la prise de décision de se fixer des buts à court et moyen termes et apprendre à évaluer les progrès et à bénéficier des émotions positives associés à leurs réalisations et dans un deuxième temps une fois la liste des buts réalistes est établie, nous aidons la personne à développer la volonté de les atteindre.

La volonté d'atteindre des buts n'est pas une portion magique. C'est la définition de stratégies concrètes pour les atteindre ou la mise en action d'une planification. Dans ce cadre théorique, la planification consiste à décomposer le but en sous-butts qui pourront être poursuivis progressivement. Il ne faut pas limiter la personne en lui donnant des

enseignements mais plutôt stimuler son imagination quant aux différents moyens qu'il est possible de mettre en œuvre. En fait, si une stratégie n'est pas adaptée, une autre alternative plus réaliste doit être disponible pour la remplacer. Ces différentes étapes peuvent être considérées comme des ingrédients indispensables pour enseigner l'espoir (Snyders, 2000) en contexte général ou en contexte scolaire (Snyder, 2002). En résumé, trois ingrédients sont indispensables pour penser avec espoir : les buts, penser avoir des moyens variés de les atteindre et à la volonté de les mettre en œuvre. C'est parce que le choix d'une manière d'atteindre un but peut s'avérer inefficace que la personne doit penser en posséder plusieurs, mais elle doit avoir la volonté de les mettre en œuvre de se montrer motivée jusqu'à leur atteinte effective (Snyder, Feldman, Shorey & Rand, 2002).

3. 3. Quelques outils de mesure de l'espoir

L'échelle d'espoir-trait est destinée aux adultes (Adult Dispositional Hope Scale, ADHS) (Snyder et al. 1991 ; Snyder, Land, & Sigmon, 2005). Cette version est utilisée dans notre enquête Échelle d'espoir-trait version française de (Gana, Daigre, & Ledrich 2012) (Psychometric properties of the french version of the Adult Dispositional Hope Scale Assessment). Elle a été développée pour identifier le niveau dispositionnel d'espoir chez des adultes. Cette échelle comporte douze items et a une structure bifactorielle, avec deux sous-échelles. Les réponses sont proposées avec une échelle de likert allant 1= « toujours faux » à 8 = « toujours vrai ». La sous échelle concernant la composante motivationnelle (agency) comporte quatre items qui portent sur la détermination d'un individu à atteindre ses buts : Un item concerne le passé, deux concernent le présent et un concerne le futur (Snyder et al. 1991). La deuxième sous-échelle (quatre items) évalue la composante opératoire (pathways) composée des items relatifs à la composante opératoire. Elle évalue l'idée que se font les individus de leurs capacités à trouver des moyens efficaces pour surmonter les problèmes rencontrés et atteindre leurs buts. Enfin quatre items sont neutres et représentent des leurres.

Le score total d'un individu varie entre 8 et 64 ; plus le score est élevé plus le niveau d'espoir –trait d'un individu est élevé. Cette échelle a fait l'objet d'études de validation et ses qualités psychométriques s'avèrent satisfaisantes (Snyder et al., 1991) cette échelle a été traduite et validée en français par Gana et al. (2013) sur un échantillon de

310 adultes et présente de bonnes qualités psychométriques. Ainsi, la consistance interne mesurée par le coefficient de Cronbach est satisfaisante, elle est évaluée à 0.78 (Gana et al., 2013).

Pour le deuxième outil il s'agit du state hope scale appelé Goals scale for the présent (Snyder et al., 1996), l'échelle de mesure des buts du moment (EMBM). Le principe de l'élaboration de l'EMBM est le même. Sachant toutefois que chaque facteur est mesuré par seulement trois items et qu'il n'ya pas de leurres. La différence se situe ensuite dans la formulation des items dans laquelle a été ajoutée une notion de temporalité (par exemple, « *En ce moment, je cherche à atteindre mes buts énergiquement à la place de je cherche à atteindre mes buts énergiquement* »). Les études de validation indiquent des qualités psychométriques satisfaisantes pour cette échelle, l'indice de cohérence interne de alpha Cronbach est de 0.71 selon (Martin-Krumm & Tarquinio, 2011).

3. 4. L'impact de l'espoir sur la santé psychologique

Ce cadre théorique a permis un nombre important de recherche dans les domaines de l'ajustement psychologique, l'accomplissement personnel, la résolution de problème et la santé, ceux qui présentent un haut niveau d'espoir sont ceux qui atteignent des compétences élevées (Snyder & Cheavens, 2002). Les résultats de l'étude réalisée par cette équipe révèlent que les étudiants qui possédaient un bon niveau d'espoir en comparaison à ceux qui en possédaient moins, réussissaient mieux dans les différentes disciplines d'études.

Snyder et al. (2002) ont réalisé une étude grâce à un suivi longitudinal de six années), les résultats ont décelé que les scores de l'EME permettaient de prédire les performances des étudiants durant le parcours universitaire, ceux qui présentant les scores les plus élevés sont ceux qui obtiennent les meilleures performances universitaires, une plus grande probabilité d'être diplômés et un risque plus faible d'échec ou d'abandon. Les chercheurs concluent que les étudiants avec un haut niveau d'espoir sont ceux qui sont les

plus capables d'identifier leurs buts, de rester focaliser dessus, de trouver des stratégies multiples de les atteindre et d'avoir un bon niveau de motivation.

Dans leur étude, Sigmon & Snyder. (1990) ont révélé que l'espoir est associé à la capacité de résoudre des problèmes. Ils ont montré que l'espoir permettait à la fois de prédire le coping centré sur la résolution des problèmes et la capacité à développer des stratégies pour faire face à un environnement stressant. Ainsi, les résultats de cette étude ont révélé que les effets de l'espoir sur la stratégie de résolution de problème ne peuvent pas être expliqués par les effets médiateurs des affects positifs comme l'optimisme.

De nombreuses études ont été menées (Snyder, Michael & Cheavens, 1999 ; Snyder et al., 2000) dans le domaine de la santé et dans la capacité à retrouver son équilibre après des problèmes graves de santé. Les résultats de ces études révèlent que les patients ayant un niveau d'espoir élevé sont capables de résister et se montrer résilients et moins sujets à la dépression et l'anxiété.

En résumé, les bénéfices d'un espoir élevé ont été établis et confirmés dans différents contextes à la fois pour les enfants, les étudiants et pour les adultes. Le modèle qui lui est associé s'avère être un bon prédicteur pour la santé psychologique et physique, l'ajustement psychologique et la capacité à faire face, la réussite universitaire, la performance sportive (Snyder et al., 1999).

Conclusion

Les débats actuels sur la personnalité ont fait l'objet d'une publication abondante. Ils ont donné naissance à plusieurs théories qui se sont tissées et développées de façon indépendante les unes des autres et ont apporté un enrichissement indéniable à ce concept. Nous avons exposé d'une manière succincte le modèle des traits de la personnalité et nous avons présenté quelques définitions de la personnalité. Notre intérêt pour la psychologie de la santé comme cadre théorique pour comprendre l'ajustement des étudiants à leur nouveau contexte renvoie à l'importance accordée à la personnalité comme caractéristique individuelle susceptible d'affecter le processus du stress et la santé psychologique et physique des individus.

Ce concept a suscité le plus d'intérêt dans la littérature scientifique. Les étudiants, parce qu'ils diffèrent dans leurs aspects cognitifs, affectifs, physiologiques et morphologiques réagissent de manière différente à l'environnement universitaire reconnu comme potentiellement stressant et en sont affectés différemment et à des degrés très variables. La théorie des traits de personnalité a apporté des éléments de compréhension sur le concept et des outils de mesure proposés par ce modèle sont d'un intérêt indéniable pour le praticien dans ses démarches, ses investigations et différentes démarches.

Le névrosisme désigne la tendance à éprouver de l'anxiété, la colère, une susceptibilité dépressive. Les liens entre le névrosisme comme facteur de vulnérabilité et le développement d'une maladie psychologique ou physique sont établis par plusieurs recherches. Le NEOPI-R de Costa & Mc Crae (1992) est l'échelle la plus utilisée à l'heure actuelle pour mesurer le modèle des cinq facteurs dans le monde et dans toutes les cultures.

En plus, les recherches en psychologie sont d'accord sur l'importance accordée à l'estime de soi et souligne son influence dans le fonctionnement psychologique et le bien-être. Les individus peuvent devenir vulnérables s'ils portent des jugements de désapprobation envers eux-mêmes et vont se retrouver dans des situations de détresse pouvant accentuer un état de rupture ou de mal être. Actuellement les liens entre une bonne estime de soi et une santé épanouie sont bien établis.

L'espoir tel qu'il a été conceptualisé et abordé par la psychologie positive a fait l'objet de plusieurs recherches qui ont témoigné de son importance dans le domaine de la santé et les psychothérapies. Cependant, il doit continuer à prouver son efficacité dans d'autres domaines comme le monde professionnel et l'orientation tout au long de la vie. Les recherches de demain doivent se centrer sur ces aspects évoqués pour favoriser le bien être et l'épanouissement de l'individu dans des domaines aussi nombreux et variés.

Au vu des définitions proposées et des théories de la personnalité et des modèles développés dans ce chapitre et qui portent sur les facteurs dispositionnels et leurs impacts sur la santé des étudiants. Nous pouvons conclure que le sujet qui se valorise et qui a de la valeur aux yeux des autres, qui se sent reconnu, aimé, admiré, accepté lorsqu'il arrive à faire face à des situations déstabilisante il renforce ses ressources psychologiques son estime de soi est élevé, et cultive un beau niveau d'espoir pour s'ajuster à son nouvel environnement stressant. Ces facteurs l'immunisent en quelque sorte contre le névrosisme, la peur et l'anxiété et l'échec, d'où l'intérêt de renforcer et consolider les programmes d'intervention basés sur ces notions car ils auront un impact considérable sur la santé psychologique et physique des étudiants.

Chapitre 6

Problématique et hypothèses de recherche

1. Problématique

Notre recherche s'inscrit dans le cadre des travaux qui se préoccupent de la santé mentale des individus et ses déterminants. Actuellement, les publications scientifiques sur la santé psychologique chez les étudiants sont abondantes. Plusieurs chercheurs s'accordent à dire que leur état de santé est à plusieurs égards préoccupant (Furr et al., 2001 ; Lafay & Manzanera, 2003 ; Grebot & Barumandzadeh, 2005 ; Boujut & Bruchon-Schweitzer, 2007 ; Bouteyere et al., 2007 ; Spitz et al., 2007; Strenna & Chakhraoui, 2011 ; Estingoy & Fort, 2013 ; Masé & Verliac, 2013 ; Bonnaud-Antignac & Tessier, 2015 ; Pedrelli et al., 2015).

Les recherches tunisiennes qui ont traité cette problématique restent limitées. Elles concernent les étudiants en médecine et en filières paramédicales. Une spécialité reconnue comme stressante et compétitive. Les thèmes qui ont été abordés par ces études sont liés au stress, au tabagisme, aux conduites addictives, aux troubles alimentaires (Masmoudi et al., 2014 ; Charfi et al., 2015 ; Nakhli et al., 2016; Rejeb et al., 2016 ; Kacem et al., 2017). Notre recherche s'assigne l'objectif de participer modestement à la création d'une source de données pour mieux diagnostiquer les besoins et les attentes de la population étudiante tunisienne, en tenant compte d'une dimension importante qui est la santé psychologique et ses déterminants. La finalité est de pouvoir adapter les politiques des universités et les politiques socio-sanitaires du pays en matière de dispositif de prévention et de prise en charge des besoins et des attentes des étudiants.

Les enjeux de la transition lycée-université que nous avons évoqués dans la partie théorique sont multiples. La transition du lycée aux études supérieures est considérée comme une étape complexe. Il s'agit d'une double transition : passage du lycée aux études supérieures et passage de l'âge adolescent à l'âge adulte. Ce parcours est marqué par des changements bouleversants. L'étudiant doit s'adapter à un nouvel environnement qui implique de nouvelles relations sociales, un nouveau rapport à soi et aux enjeux cognitifs, psychologiques et identitaires multiples et complexes (Boyer, Coridian & Erlich, 2001; Cohen Scali, 2001 ; Gruel, Galland & Houzel, 2009 ; Ronzeau & Van de Velde, 2014). Il faut noter que plusieurs ruptures et changements stressants jalonnent ce parcours : éloignement du cocon familial, perte des repères habituels, quête identitaire, gestion d'une autonomie nouvellement acquise, décrite comme une autonomie piégée, difficultés

relationnelles et affectives, une charge de travail assez importante, stress des examens, des difficultés financières, une orientation pas forcément choisie et qui ne répond pas aux aspirations de l'étudiant. Tout cela peut amener à la démotivation et à l'échec académique (Charlot, 1997 ; Boyer, Coridian & Erlich, 2001; Réveillère et al., 2001 ; Gruel, Galland & Houzel, 2009 ; Millet, 2012 ; Ronzeau & Van de Velde, 2014).

Force est de constater que l'université représente le milieu où l'image de la compétence personnelle est en jeu, dans lequel l'individu est responsable du résultat, et où la réussite est incertaine et valorisée socialement (Faurie et al., 2016). En ce sens, l'université renvoie à ce que Hectausen (1974) appelle un contexte d'accomplissement susceptible de générer du stress (Doron, Stephane & Le Scanff, 2003, cité par Faurie 2016). Avec le phénomène de massification de l'université (Coulon, 1997) et un effectif étudiant qui connaît une croissance rapide et face aux compétences qu'exigent les études supérieures (Millet, 2012 ; Jellab, 2011), les étudiants sont déstabilisés car ils ne sont pas bien préparés et suffisamment outillés pour affronter les difficultés de la vie universitaire. Certains vont développer des croyances irrationnelles en lien avec les examens et l'échec (Walburg, Arnault & Callahan, 2014). À cet égard, l'entrée à l'université devient une source de stress considérable, notamment avec l'apparition des tracas quotidiens dont les étudiants n'ont pas fait l'expérience auparavant (Sandrin & Gillet, 2016).

De nombreux facteurs fragilisants et protecteurs, recensés dans la littérature scientifique internationale, sont associés à la santé psychologique ou mentale des individus. Dans notre recherche, nous avons choisi de nous intéresser aux études menées sur la santé psychologique des étudiants et ses liens avec le stress perçu, les stratégies d'ajustement, la dépression, l'estime de soi, le névrosisme et l'espoir. Ces études s'avèrent très révélatrices et affichent des résultats très inquiétants (Réveillère et al., 2001 ; Lafay et al., 2003 ; Adlaf et al., 2005 ; Boujut et al., 2009 ; Strenna et al., 2011 ; Estingoy et al., 2013 ; Bonnaud-Antignac et al., 2015).

Au regard des résultats préoccupants des études qui ont été présentées dans la partie théorique, nous avons choisi d'évaluer la santé psychologique chez les étudiants tunisiens en tentant de comprendre et d'expliquer certains problèmes de santé

psychologique rencontrés chez ces étudiants. À cette fin, nous formulons les questionnements suivants :

- Quelle est la prévalence de détresse psychologique des étudiants tunisiens primo-inscrits ?
- Quels sont les facteurs psychologiques protecteurs ou fragilisants qui peuvent influencer leur état de santé ?
- Comment ces facteurs identifiés impactent soit la préservation d'un fonctionnement psychologique équilibré, soit l'apparition d'une détresse psychologique qui va entraver la bonne adaptation au milieu académique et qui risque de mener au décrochage universitaire. Nous rappelons ici que 50% des étudiants tunisiens en première année sont en échec académique.
- Face à ce constat, pouvons-nous dégager un profil des étudiants susceptibles de développer une détresse psychologique ? Quelles sont les principales sources de stress auxquelles les étudiants sont confrontés en première année ?

Concernant les principaux objectifs de la recherche, nous précisons que nous avons choisi d'évaluer la santé psychologique chez les étudiants et ses liens avec certains facteurs sociodémographiques (sexe, filière scientifique ou littéraire, choix de la spécialité, etc.), certains facteurs transactionnels, à savoir le stress perçu et les stratégies d'ajustement (Grebout & barumandzadeh, 2005 ; Neveu et al., 2010 ; Saleh et al., 2017) et certains facteurs de personnalité tels que le névrosisme, l'estime de soi et la dépression (Boujut, Koleck, Bruchon-Schweitzer & Bourgeois, 2009 ; Strenna & Chahraoui, 2011). Nous avons opté pour l'étude de l'espoir comme ressource psychologique (Seligman, Peterson, Snyder, 2000).

De la sorte, notre étude se veut longitudinale et vise l'objectif d'évaluer la santé psychologique chez les étudiants tunisiens primo-inscrits, sur deux temps, au début d'année universitaire, au mois d'octobre 2017, puis en fin d'année universitaire au mois d'avril 2018. Nous allons effectuer une étude qualitative par des entretiens semi-directifs pour comprendre le vécu psychologique des étudiants et comment ils ont composé avec l'expérience universitaire durant le premier semestre. Nous voulons réaliser une étude descriptive et corrélationnelle, et effectuer une analyse de régression afin d'identifier les

facteurs psychologiques qui ont un impact sur la santé et la détresse psychologique et leurs rôles, en nous référant au cadre théorique de la psychologie positive et de la psychologie de la santé.

2. Originalité de notre étude

La santé mentale chez les étudiants est une question d'actualité et une préoccupation majeure de santé publique. Elle a fait l'objet de plusieurs enquêtes réalisées dans plusieurs pays dans le monde. En Tunisie, il n'existe pas de structure de collecte de données ou d'observatoire, à l'instar des structures existantes en France, qui examinent chaque année, par des enquêtes baromètres santé, les problématiques psychologiques liées au contexte universitaire ainsi que leurs évolutions.

La découverte des études universitaires est pour certains étudiants primo-inscrits un temps de rupture et de fragilité, qui s'effectue douloureusement, et où il s'agit de déployer des efforts pour construire de nouveaux repères et de nouveaux liens qui transforment le rapport à soi, aux autres et au monde (Boyer, Coridian & Erlich, 2001). Face à ces pressions, ces mêmes étudiants vont se sentir livrés à eux même et constituent une proie facile au stress, à l'anxiété et à la dépression (Boujut et al., 2009), ce qui justifie l'intérêt d'un encadrement adapté à cette population fragile proposé par les divers acteurs universitaires.

Le cadre théorique de notre recherche est la psychologie de la santé. Ce courant théorique est peu développé en Tunisie, tout comme la psychologie positive, lesquels sont peu enseignés à l'université tunisienne. La psychologie de la santé vise le bien-être de l'individu et se fixe comme objectif la compréhension des facteurs qui peuvent protéger ou au contraire fragiliser la santé des individus. De nos jours il y a un intérêt croissant pour les ressources psychologiques étudiées par la psychologie positive (Seligman, 2004) pouvant améliorer l'ajustement individuel (Taylor et al., 2000) et préserver la qualité de vie de la personne (Seligman, 2005 ; Wong, 2011). Parmi ces ressources figure l'espoir. Même s'il fait l'objet de récentes recherches (Snyder, 1999 ; Folkman, 2010), l'espoir demeure un construit encore très peu étudié dans le domaine de la santé bien qu'il puisse jouer un rôle

bénéfique pour un fonctionnement psychologique optimal et dans l'épanouissement personnel (Robieux et al., 2018).

Notre étude s'intéresse au concept de l'espoir (Snyder, 1992), emprunté à la psychologie positive, car nous voulons savoir comment les étudiants tunisiens se projettent dans l'avenir, dans un pays en période post-révolutionnaire et qui vit des mutations multiples déstabilisantes et mouvantes dans plusieurs domaines : social, politique et économique. Dans ce contexte d'incertitude politique et de morosité économique, nous nous demandons si les étudiants tunisiens sont en mesure de relever les défis et avoir des projets à concrétiser dans l'avenir surtout après l'obtention du diplôme ? Sont-ils capables de créer les moyens et les stratégies nécessaires à les réaliser ? L'espoir en psychologie positive n'est pas une simple conviction. Il s'agit d'avoir la capacité cognitive à planifier des buts et une vision claire pour les accomplir et à contourner les difficultés.

Notre intérêt pour le champ de la psychologie de la santé comme une orientation théorique nous a paru pertinent et intéressant afin de comprendre la santé psychologique et ses déterminants chez les étudiants tunisiens primo-entrants et pour comprendre les variabilités interindividuelles dans l'évaluation de l'expérience universitaire. Cette dernière n'est pas perçue de la même manière par tous les étudiants. Évaluée soit comme une menace, soit comme une opportunité pour s'accomplir ou se réaliser, chacun va puiser dans ses ressources personnelles les moyens nécessaires pour s'ajuster et évoluer à mesure des expériences vécues. Cette approche propose un cadre explicatif qui est intégratif et multifactoriel visant à étudier, comprendre et prédire les facteurs psychologiques pouvant jouer un rôle dans la préservation d'un état de bien-être psychologique ou au contraire, dans le cas d'apparition d'une maladie, sont susceptibles d'accélérer ou ralentir son évolution (Bruchon-Schweitzer & Dantzer, 1994).

Le cadre proposé intègre trois types de facteurs de risque et de prédiction et qui fonctionnent en étroite interdépendance. Dans un premier lieu, les antécédents appelés facteurs environnementaux ou sociodémographiques, peuvent fragiliser ou protéger les individus. Les facteurs dispositionnels qui correspondent à des traits de personnalité prédisposent à la vulnérabilité. Dans un deuxième lieu, les facteurs transactionnels, comme le stress perçu, les stratégies d'ajustement et le soutien social perçu, plus ou moins

fonctionnels, sont adoptés par les individus pour faire face aux situations stressantes. En dernier lieu, il s'agit des critères ou des issues à prédire, comme le bien-être psychologique ou l'apparition d'une maladie.

Notre recherche suit une méthodologie mixte en fonction la complexité de notre problématique. Par ailleurs, notre étude a été réalisée en plusieurs étapes : une phase exploratoire avec la traduction des outils de mesure sur une population tunisienne, une phase de l'étude longitudinale, effectuée sur deux moments, en début et en fin d'année universitaire et une phase finale d'entretiens semi-directifs pour saisir le vécu psychologique et connaître l'expérience des étudiants avec leurs propres mots sur les maux ressentis en découvrant le monde universitaire .

3. Hypothèses

Nous pensons, selon notre hypothèse générale, que la santé psychologique chez les étudiants tunisiens primo-inscrits est associée et modulée par plusieurs facteurs, telles que les caractéristiques socio-biographiques propres à chaque étudiant, à savoir le sexe, la filière poursuivie, choisie ou subie, le soutien social, familial et amical, le type de filière, scientifique ou littéraire, le niveau socio-économique des parents, la satisfaction des conditions d'organisation de l'administration et des enseignants et les conditions d'hébergement, les facteurs de personnalité tels que, l'estime de soi, l'espoir et le névrosisme et les facteurs transactionnels comme le stress perçu et les stratégies d'ajustement, mises en place pour affronter les nouvelles difficultés du contexte universitaire.

Nous allons tenter d'identifier les influences de tous ces facteurs et leurs liens avec l'absence ou l'apparition de la détresse psychologique chez la population étudiante ciblée. Nous allons essayer, à l'aide d'une analyse creusée et avec une lecture rigoureuse, de vérifier les hypothèses que nous présenterons dans les paragraphes ultérieurs de cette recherche afin de mieux comprendre cette détresse psychologique et ses déterminants.

2. 1. Hypothèse générale

Celle-ci est formulée comme suit : certains facteurs contextuels (sociodémographiques et environnementaux), dispositionnels (aptitudes, personnalités) et transactionnels (processus d'évaluation et d'ajustement) auraient un impact sur la santé psychologique des étudiants tunisiens primo-inscrits. Dans notre cas, l'hypothèse générale se décline en quatre hypothèses secondaires (HS).

Notons que nous retenons une hypothèse au préalable qui postule que certains étudiants tunisiens sont affectés par la détresse psychologique alors que d'autres préservent leur santé lors de l'accès au monde universitaire. Cette hypothèse répond à notre objectif de recherche puisqu'il s'agit, entre autres finalités, d'évaluer la santé psychologique chez les étudiants primo-entrants.

HS 1. : Les facteurs sociodémographiques et environnementaux auraient un impact sur la santé psychologique des étudiants tunisiens.

HS 2. : Les facteurs dispositionnels, à savoir les facteurs positifs (l'estime de soi et l'espoir) et les facteurs négatifs (le névrosisme et la dépression) auraient un impact sur la santé psychologique chez les étudiants tunisiens primo-inscrits.

HS 3. Les facteurs transactionnels à savoir le stress perçu et les stratégies d'ajustement auraient un impact sur la santé psychologique chez les étudiants tunisiens primo-inscrits.

HS4. Certaines variables dispositionnelles et transactionnelles seraient associées significativement à la variable dépendante « santé psychologique ». Cette hypothèse sera vérifiée avec l'analyse de régression des résultats du temps 1 (dorénavant T1).

HS5. Au temps 2 (dorénavant T2), nous postulons que notre variable dépendante « santé psychologique » et nos variables transactionnelles et dispositionnelles vont évoluer, c'est-à-dire les stratégies d'ajustement fonctionnelles (le coping centré sur le problème), l'estime de soi et l'espoir.

2. 2. Hypothèses opérationnelles

Pour réaliser l'objectif de notre recherche, nous formulons les hypothèses opérationnelles comme suit :

2. 2. 1. Les variables sociodémographiques

Pour cette hypothèse, nous supposons que dans une première phase d'exploration du phénomène, nous allons vérifier si cette détresse psychologique est associée à des caractéristiques socio-biographiques, à savoir le niveau socio-économique, le sexe, la filière poursuivie, choisie ou subie, scientifique ou littéraire, la satisfaction du soutien social, la satisfaction aux conditions de l'hébergement, etc. En partant de ces variables, nous formulons nos hypothèses opérationnelles détaillées.

HS1.1. Nous postulons l'existence d'une différence significative entre le groupe «conditions socio-économiques défavorables» et les deux autres groupes «conditions socio-économiques modestes» et le groupe «conditions socio-économiques favorables» avec l'analyse des comparaisons des moyennes au GHQ-12. Nous postulons que le groupe «défavorable» aurait une moyenne plus élevée au GHQ-12 et souffrirait plus de détresse psychologique.

HS1.2 : Nous postulons l'existence d'une différence significative entre le groupe des «filles» et le groupe des «garçons», avec l'analyse des comparaisons des moyennes au GHQ-12. Nous postulons que les filles auraient une moyenne plus élevée au GHQ-12 et elles souffriraient plus de détresse psychologique.

HS1.3 : Nous postulons l'existence d'une différence significative entre le groupe «orientation choisie» et le groupe «orientation subie», avec l'analyse des comparaisons des moyennes au GHQ-12. Le groupe « orientation subie» aurait une moyenne plus élevée au GHQ-12 et souffrirait plus de détresse psychologique.

HS1.4. : Nous postulons l'existence d'une différence significative entre le groupe « satisfait du soutien social » et le groupe «insatisfait», avec l'analyse des comparaisons des

moyennes au GHQ12. Le groupe «insatisfait du soutien social» aurait une moyenne plus élevée au GHQ12 et souffrirait plus de détresse psychologique.

HS1.5 : Nous postulons l'existence d'une différence significative entre le groupe «satisfait des conditions d'hébergement» et le groupe «modestement satisfait» et le groupe «insatisfait», avec l'analyse des comparaisons des moyennes au GHQ12. Le groupe «insatisfait» aurait une moyenne élevée au GHQ12 et souffrirait plus de détresse psychologique.

HS1.6 : Nous postulons l'existence d'une différence significative entre le groupe «filiale scientifique» et le groupe «filiale littéraire», avec l'analyse des comparaisons des moyennes au GHQ12. Le groupe «filiale scientifique» aurait une moyenne élevée au GHQ12 et souffrirait plus de détresse psychologique

2. 2. 2. Les variables dispositionnelles

Nous supposons ici que certaines variables de personnalité auraient un impact sur la santé psychologique chez les étudiants tunisiens, à savoir les facteurs de protection tels que l'estime de soi et l'espoir et les facteurs fragilisants comme le névrosisme et la dépression. De ce fait, nous postulons les hypothèses opérationnelles en détail.

HS2.1 : Nous postulons la présence d'une corrélation négative entre notre variable dépendante «santé psychologique» et la variable «espoir».

HS2.2 : Nous postulons la présence d'une corrélation négative entre notre variable dépendante «santé psychologique» et la variable «estime de soi».

HS2.3 : Nous postulons la présence d'une corrélation positive entre notre variable dépendante «santé psychologique » et la variable «dépression».

HS2.4 : Nous postulons la présence d'une corrélation positive entre notre variable dépendante «santé psychologique» et la variable «névrosisme».

2. 2. 3. Les variables transactionnelles

Nous supposons que les variables transactionnelles auraient un impact sur la santé psychologique chez les étudiants tunisiens, à savoir le stress perçu et les stratégies d'ajustement mises en place pour y faire face. Ainsi, nous formulons les hypothèses opérationnelles détaillées.

HS3.1. : Nous postulons la présence d'une corrélation positive entre notre variable dépendante « santé psychologique » et la variable « stress perçu ».

HS3.2. : Nous postulons la présence d'une corrélation négative entre notre variable « santé psychologique » et la variable « coping centré sur le problème ».

2. 2. 4. Hypothèse pour l'étude longitudinale

Nous supposons que les étudiants tunisiens primo-inscrits arrivent à s'ajuster aux nouvelles exigences de la vie universitaire et s'adapteraient à leurs nouvelles responsabilités. De ce fait, nous nous attendons que les étudiants soient moins exposés à une situation de détresse psychologique et affrontent mieux leurs difficultés au temps 2.

HS 4. En fin d'année T2, nous postulons que notre variable dépendante « santé psychologique » et nos variables transactionnelles et dispositionnelles vont évoluer positivement, à savoir les stratégies d'ajustement fonctionnelles (le coping centré sur le problème), l'estime de soi et l'espoir. Cette hypothèse HS 5 sera vérifiée avec le T Student pour échantillon apparié. Nous nous attendons à retrouver une différence statistiquement significative entre les résultats du T1 et les résultats du T2.

TROISIÈME PARTIE

ÉTUDE EMPIRIQUE

Chapitre 7

Méthodologie de la recherche

Introduction

Cette partie sera consacrée à préciser notre méthodologie de recherche. Dans notre étude, nous avons opté pour le choix d'une méthodologie mixte. Dans les paragraphes qui vont suivre, nous allons indiquer les raisons de ce choix. Notre étude s'est déroulée en Tunisie et la population étudiée est constituée de jeunes étudiants primo-inscrits âgés de 18 à 20 ans. Les étudiants concernés sont issus de filières en sciences humaines et sociales (Faculté des Lettres et Sciences Humaines de Sfax) et de filières scientifiques (Faculté des Sciences de Sfax) et sont tous résidents dans les cités universitaires. Nous avons opté pour une approche quantitative par l'utilisation des échelles qui ont été traduites en arabe, et une approche qualitative basée sur des entretiens semi-directifs et sur l'analyse de leur vécu. En nous référant aux objectifs relatifs à notre problématique, nous sommes amenés à préciser notre choix méthodologique.

Nous allons examiner les quatre étapes de la recherche. Dans un premier temps nous allons justifier le choix d'une méthodologie mixte et clarifier le choix de la combinaison d'une étude longitudinale quantitative d'un côté, et une étude qualitative de l'autre. Nous allons présenter d'une manière succincte la technique de l'analyse du contenu adoptée pour analyser les discours des étudiants lors des entretiens. Nous allons également aborder la méthodologie de la traduction des outils de recherche en adoptant la méthodologie proposée par Vallerand (1989). Ainsi, nous allons présenter la méthodologie de l'étude exploratoire qui a eu pour objectif d'examiner le terrain de recherche et de prendre contact avec les étudiants et de tester la compréhension des items traduits en arabe. Dans un deuxième temps, nous allons aborder la méthodologie de notre étude longitudinale, réalisée sur deux temps, au début de l'année et au mois d'avril. Dans une quatrième étape, nous avons réalisé des entretiens semi-directifs pour mieux cerner les enjeux de l'expérience universitaire. D'ailleurs, ces quatre étapes définissent notre démarche méthodologique qui combine méthode quantitative et qualitative.

1. Choix d'une méthodologie mixte

Afin d'atteindre nos objectifs, nous avons fait le choix d'utiliser une méthodologie mixte pour son devis qui intègre les atouts de l'approche quantitative et son aspect qui envisage l'utilisation des échelles. Les atouts de l'approche qualitative pour son aspect explicatif et compréhensif, en réalisant des entretiens semi-directifs auprès des étudiants. Selon Creswell & Plano Clark (2007), le choix de cette méthodologie dans la recherche s'appuie principalement sur les questions posées ce qui correspond à notre étude. La littérature scientifique révèle que les méthodes mixtes ont fait l'objet d'un foisonnement de travaux et de publications (Creswell & Plano Clark, 2007) dans les sciences sociales depuis une quinzaine d'année. Cet engouement a permis aux méthodes mixtes d'atteindre une meilleure maturité. Les controverses et les critiques suscitées suite à ces travaux ont contribué à l'apparition d'une analyse réflexive sur leurs définitions, leurs utilisations et leurs fondements théoriques (Pascal et al., 2018).

Les définitions des méthodes mixtes sont nombreuses. L'équipe de Johnson et al. (2007) proposent une définition suite à une analyse profonde de plusieurs explications, repérées dans la littérature « *les méthodes mixtes sont un type de recherche dans lequel un chercheur ou une équipe de recherche combine des aspects des méthodes qualitatives et quantitatives (à savoir les postulats, les outils de collecte de données, l'analyse, les techniques d'inférence) à des fins d'approfondissement et de corroboration* » (Johnson et al. 2007, p.123). Creswell & Plano Clark (2007) définissent les méthodes mixtes à travers six particularités. D'abord, collecter et analyser des données qualitatives et quantitatives. Puis mixer ces deux formes de données en choisissant le type de combinaison appropriée. Par la suite, donner la priorité à un ou à deux types de données selon ce que la recherche souhaite valoriser. Ensuite, utiliser cette démarche dans une seule et même étude ou pendant les différentes étapes d'un programme de recherche plus large pour inscrire la démarche dans un paradigme et des traditions théoriques. Et finalement, arriver à mobiliser un design de recherche adapté.

La méthodologie mixte conçoit quatre types d'orientations : l'approche intégrée, l'approche explicative, l'approche exploratoire et l'approche de triangulation. Quant à

l'approche intégrée, elle permet de vérifier si les données d'une méthode complémentaire utilisée apportent des informations supplémentaires aux résultats de la méthode quantitative. Pour ce qui est de l'approche explicative, elle vise à vérifier de quelle manière les résultats qualitatifs permettent d'expliquer les résultats quantitatifs d'une recherche. Concernant l'approche exploratoire, elle est utilisée pour la définition de concepts, la réalisation d'instruments de mesure et le développement des interventions. Le devis de triangulation vise à confirmer ou corroborer les résultats dans une perspective de validation des interprétations (Creswell et al., 2007).

L'adoption d'une méthodologie mixte dans notre recherche nous paraît pertinente et enrichissante, car elle permet d'apporter des clarifications sur les aspects descriptifs et explicatifs des facteurs qui contribuent à l'absence ou à l'apparition de la détresse psychologique chez les étudiants tunisiens. Nous avons opté pour une approche qualitative au moyen de 20 entretiens semi-directifs et d'une analyse thématique des discours. Nous avons aussi interrogé directement les étudiants sur leurs difficultés rencontrées au début de l'année universitaire. Nous avons souhaité faire apparaître leur détresse psychologique d'une manière spontanée dans le discours des étudiants à part les informations collectées par les échelles utilisées.

1. 1. L'étude longitudinale : étude quantitative

Nous avons réalisé une étude longitudinale auprès d'un échantillon composé de 344 étudiants. Et nous avons procédé à la traduction des questionnaires dans le contexte tunisien. Il nous est apparu pertinent de traduire les échelles en arabe en faisant appel aux services de quatre professeurs de langue arabe et langue française. Les outils traduits ont montré de bonnes qualités psychométriques. Une analyse descriptive a été effectuée sur les variables qualitatives (les caractéristiques sociodémographiques) et sur les variables quantitatives des différentes échelles (moyennes, écarts-types, score minimum et score maximum).

Nous avons mené une analyse corrélacionnelle portant sur les différentes échelles à l'aide du coefficient de Pearson. Le test de corrélation permet de mesurer la force d'une

liaison et le degré de relation entre deux séries de données. Pour les résultats, nous avons retenu un seuil de significativité inférieur à .05. Nous avons effectué une analyse des régressions pour connaître l'importance relative des variables psychosociales qui pouvaient avoir un impact sur la santé psychologique des étudiants tunisiens. Nous avons alors réalisé une analyse de régression multiple pas à pas ascendante. Cette méthode nous aide à préciser l'implication et le poids de chaque prédicteur dans l'explication de la variable dépendante. Nous avons voulu savoir de quelle manière ils s'organisent hiérarchiquement entre eux et nous avons précisé le pourcentage de variation expliquée R^2 et leur significativité (p).

1. 2. L'étude qualitative : L'entretien semi directif

L'entretien semi-directif est utilisé dans le champ des sciences humaines et sociales. Il se révèle comme un outil indispensable pour parvenir à recueillir des informations subjectives sur les personnes, leurs biographies, leurs représentations personnelles, etc. (Chahraoui, 1999). En clinique, l'entretien permet d'obtenir des informations sur la souffrance du sujet, ses difficultés de vie et les événements négatifs vécus. Il est considéré comme un outil pertinent permettant d'identifier les difficultés d'un sujet et leur attribuer une signification et comprendre le sujet dans sa singularité ainsi que la mise en contexte de l'apparition de ses difficultés. L'entretien clinique de recherche est pratiqué en nous référant à un guide d'entretien plus ou moins structuré. Il s'agit d'un ensemble organisé de fonctions, d'opérateurs et d'indicateurs qui structurent l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer et qui visent à émerger un maximum d'informations sur l'univers mental et symbolique du sujet (Blanchet, 1992).

Au vu des constats précités, nous avons eu recours à l'entretien semi-directif, conçu comme un canevas ou un guide semi-structuré dans notre travail de recherche. Les entretiens ont été enregistrés et retranscrits en arabe puis en français (Bardin, 1977). L'entretien est considéré comme un discours provoqué (Blanchet et al., 1992) s'il est bien restitué et bien codé ; des concepts peuvent surgir des idées, des réflexions et des émotions répétitives sont donc interprétées, réécrites et construites en catégories. Ce type d'entretien déclenche, dans notre cas, la production d'un verbatim spontané nécessaire à la compréhension du vécu psychologique suite à l'expérience universitaire. Le guide

d'entretien correspond à une série de questions prédéfinies et qui font apparaître une suite de thèmes et de sous thèmes.

1. 3. Traitement et analyse des données qualitatives

La technique de traitement des données que nous avons adoptée dans cette partie de la recherche est l'analyse qualitative du contenu. Cette technique stipule un ensemble de règles d'analyse, visant par des procédures systématiques et objectives de description du contenu des messages (Bardin, 1977), « *à obtenir des indicateurs (quantitatifs ou non) permettant l'inférence de connaissances relatives aux conditions de production-réception variables inférées de ces messages* » (Bardin, 1977, p. 43). Pour Bardin (1977), chaque enchaînement verbal exprime les représentations de la personne interviewée. Cet aspect se dévoile par le choix des expressions et des mots, tels que les connecteurs spatio-temporels, les adjectifs, les verbes, les propositions, la construction des phrases, l'ordre des mots, les connotations des mots, etc.

En effet, cette analyse vise à distinguer les grands thèmes abordés dans les discours qui sont formés par des catégories et des sous-catégories. Les informations assemblées sont ordonnées en catégories et sous-catégories, organisées, interprétées et mesurées pour en dégager ou bien des généralités ou bien des différences relatives au phénomène étudié, une catégorie, un problème, un enjeu, un événement. Le phénomène explique ce qui est en train de se passer. Une sous-catégorie correspond aux questions se rapportant au phénomène ; quand, où, pourquoi, qui, quoi, comment, avec quelles conséquences apportant au concept une plus grande puissance explicative, relier les catégories entre elles et répondre à ces questions permet de conceptualiser le phénomène, le « pourquoi », le situer dans une structure conditionnelle et à identifier le « comment », les moyens par lesquels une catégorie se manifeste dans le processus (Strauss et Corbin, 2004).

1. 4. Le guide de l'entretien semi-directif

Pour répondre à nos objectifs de recherche, et en nous inspirant des items des échelles préconisées pour notre recherche (échelle de stress perçu de Boujut, échelle de santé psychologique GHQ-12 et échelle d'espoir de Snyder), nous avons élaboré un guide

constitué de quatorze questions en relation avec notre problématique. Ces questions sont considérées comme une trame qui a permis la libre expression chez l'étudiant. Elles nous ont également permis d'élucider plusieurs thèmes sur le stress vécu au début de l'année universitaire, les stratégies mises en place pour y faire face, etc.

Évaluation du thème « stress »

1. Comment se passent ces deux premiers mois à la faculté ?
Est-ce que le passage à la faculté était pour vous un événement important ?
Préciser en quoi ?

Évaluation du thème sources du « stress »

2. Avez-vous rencontré des difficultés particulières au cours de ces deux premiers mois ? Pouvez-vous en préciser ?

Évaluation du thème des « stratégies d'ajustement »

3. Avez-vous effectué des stratégies pour faire face aux changements dont vous avez parlé ?

Évaluation du thème « soutien social »

4. Comment se passent vos relations avec vos amis ?
5. Comment se passent vos relations avec votre famille ?

Évaluation du thème de « l'état de santé psychologique »

6. Comment jugez-vous votre état de santé psychologique depuis votre arrivée à la faculté ?
7. Avez-vous ou bien des difficultés de concentration et de fatigue ou bien des difficultés de sommeil, envie de pleurer et manque de confiance en soi ?
8. Comment réagissez-vous face à ces problèmes ?

Évaluation du thème « recours au personnel de la santé psychologique »

9. Avez-vous consulté un psychologue ?

Évaluation du thème de « l'orientation universitaire »

10. Avez-vous été orienté dans la filière de votre choix ?
11. Est-ce que le choix correspond à vos attentes ?
12. Est-ce que vous pouvez m'expliquer davantage ?

Évaluation du thème de « l'espoir »

13. Pensez-vous que vous êtes quelqu'un d'assez méthodique et organisé qui détermine ses objectifs dans la vie et qui sait comment profiter des expériences passées et contourner les obstacles ?
14. Aujourd'hui, pensez-vous que vous portez le projet de vie qui vous correspond et que vous connaissez le chemin pour réaliser vos buts et que vous êtes suffisamment motivé ?

Dans un tableau récapitulatif, nous reprenons les thématiques et les objectifs ainsi que les questions posées aux étudiants.

Tableau 9 : Récapitulatif des objectifs et thématiques du guide d'entretien

Thématique	Objectifs	N° de question	Questions
Évaluation du thème stress	Savoir comment l'étudiant évalue les deux premiers mois à la faculté	Q1	Comment se passent ces deux premiers mois à la faculté ? Est-ce que le passage à la faculté était pour vous un événement important ? Préciser en quoi ?
Évaluation du thème sources du stress	Identifier les sources du stress	Q2	Avez-vous rencontré des difficultés particulières au cours de ces deux premiers mois ? Pouvez-vous en préciser ?
Évaluation du thème des stratégies d'ajustement	Identifier les stratégies d'ajustements mise en œuvre	Q3	Avez-vous effectué des stratégies pour faire face aux changements dont vous avez parlé ?
Évaluation du thème soutien social	Autoévaluation du soutien familial et amical	Q4 et Q5	Comment se passent vos relations avec vos amis ? Comment se passent vos relations avec votre famille
Évaluation du thème de l'état de santé psychologique	Évaluation de la santé psychologique	Q6. Q7.Q8	Comment jugez-vous votre état de santé psychologique depuis votre arrivée à la faculté ? Avez-vous des difficultés ou bien de concentration et de fatigue, ou bien des difficultés de sommeil, envie de pleurer, et de manque de confiance en soi. Comment réagissez-vous face à ces problèmes ?
Évaluation du thème recours au personnel de la santé psychologique	Identifier la demande d'aide auprès d'un psychologue	Q9	Avez-vous consulté un psychologue?

Évaluation du thème de l'orientation universitaire	La filière correspond	Q10.	Avez-vous été orienté dans la filière de votre choix ?
	aux attentes de	Q11.	Est-ce que le choix correspond à vos attentes ? Est-ce que vous pouvez
	l'étudiant	Q12	l'expliquer
Évaluation du thème de l'espoir	L'étudiant se projette		Pensez-vous que vous êtes quelqu'un
	dans l'avenir et	Q13.	d'assez méthodique et organisé qui
	comment contourner	Q14	précise ses buts dans la vie et qui sait comment profiter des expériences
	les obstacles		passées et contourner les obstacles? Aujourd'hui pensez-vous que vous portez le projet de vie qui vous correspond et que vous connaissez le chemin pour réaliser vos buts et que vous êtes suffisamment motivé ?

Nous avons opté pour une approche qualitative de la recherche au moyen de 20 entretiens (12 étudiantes et 8 étudiants) semi-directifs et d'une analyse thématique des discours. En effet, nous avons souhaité interroger directement les étudiants pour mieux comprendre leurs détresses psychologiques. Nous avons voulu comprendre les facteurs associés à cette souffrance et ses symptômes à travers le discours des étudiants. Cela apparaît d'une manière spontanée dans le discours des sujets en complémentarité avec les résultats obtenus aux questionnaires liés à la partie quantitative.

Notons que la première partie du guide nous a permis d'aborder les facteurs associés à cette détresse et ses symptômes, à savoir le vécu du stress durant les deux premiers mois des études, les différentes sources du stress, les ressources psychologiques déployées pour s'ajuster à ce nouvel environnement et le soutien social perçu, amical et familial. Les deux dernières questions ont porté sur le choix de la filière et le thème de l'espoir pour apprécier si l'étudiant tunisien porte un objectif à réaliser dans un projet d'avenir, que ce soit sur le plan professionnel ou dans autre domaine et comment il compte contourner les obstacles dans un avenir professionnel incertain.

Concernant la méthode d'analyse, nous avons enregistré et retranscrit les entretiens (voir exemple dans annexes). Nous avons d'abord réalisé une « lecture flottante », puis nous avons effectué une analyse des entretiens et nous avons pu dégager les différents éléments de détresse psychologique puis les facteurs de protection ou de résilience qui sont liés, à notre sens, soit aux caractéristiques personnelles, soit à l'entourage familial ou à l'environnement, à savoir la formation poursuivie subie ou choisie.

D'une manière globale, les différentes phases de l'analyse de contenu se sont organisées autour de trois phases chronologiques : la préanalyse, l'exploitation du matériel, et le traitement des résultats. Au départ, « *la préanalyse est la phase d'organisation qui a pour objectif l'opérationnalisation et la systématisation des idées de départ de manière à aboutir à un schéma précis du déroulement des opérations successives à un plan d'analyse* » (Bardin, 1977, p. 125), la « lecture flottante » est la première étape qui consiste à prendre contact avec les documents à analyser, ensuite, l'exploitation du matériel qui consiste essentiellement en opération de codage. « *À la fin, des opérations statistiques simples (pourcentages) ou plus complexes (analyse factorielle) sont effectuées pour établir des tableaux de résultats* » (Bardin, 1977, p.132). Dans notre étude, le codage s'est effectué à un niveau sémantique. La notion de thème est centrale dans l'analyse de contenu. « *Le thème est qualifié comme « une affirmation sur un sujet. C'est-à-dire une phrase, ou une phrase composée, habituellement un résumé ou une phrase condensée, sous laquelle un vaste ensemble de formulations singulières peuvent être affectées* » (Berelson, cité par Bardin, 1977, p. 136).

L'analyse thématique vise à identifier des noyaux de sens qui dévoilent des éclairages importants sur la souffrance psychologique des étudiants. Nous avons dénombré la fréquence d'apparition de ces thèmes « *dans la mesure où c'est la régularité quantitative d'apparition qui a du sens et une signification* » (Bardin, 1977, p 141). Finalement, nous avons effectué des catégories pour les différents thèmes. « *Les catégories sont présentées par des colonnes qui rassemblent un groupe d'éléments sous un titre bien déterminé, un rassemblement effectué en raison des caractères communs des ces éléments* » (Bardin, 1977, p 150). La catégorisation permet de repérer les points communs et de les regrouper afin d'organiser le discours.

Le traitement des résultats s'est effectué par l'analyse statistique des pourcentages en prenant en considération la fréquence de chaque thème abordé pendant les entretiens. Les résultats ont pu ainsi servir de base à une analyse approfondie et plus fine du ressenti des étudiants. Nous avons relevé certaines phrases des discours des étudiants pour illustrer chacun des thèmes catégorisés.

2. La méthodologie de la traduction des outils de recherche

À l'heure actuelle, les questionnaires se multiplient et sont de plus en plus répandus et utilisés dans le domaine de la recherche en psychologie. Leur rôle comme instrument indispensable pour la collecte des informations sur la population étudiée est indéniable. Les questionnaires sont élaborés dans plusieurs langues et sont testés dans des cultures différentes partout dans le monde. De ce fait, une attention particulière doit être portée à la méthodologie d'adaptation transculturelle et de validation des échelles. C'est un sujet qui préoccupe un nombre grandissant de chercheurs (Vallerand et al., 1989 ; Beaton et al., 2000).

Une procédure d'adaptation transculturelle selon Vallerand et ses collègues (1989) a été adoptée pour traduire les instruments choisis pour notre recherche. La méthode de la traduction inversée, décrite par Vallerand (1989), a été utilisée. Cette procédure s'est déroulée en six étapes sauf pour la sixième étape qui n'a pas été réalisée dans notre recherche par manque de temps. La fidélité ou la fiabilité des tests a été réalisée en nous référant à la cohérence interne par le coefficient alpha de Cronbach.

Première phase : Comme le précise Vallerand (1989), la première étape consiste en la réalisation d'une traduction préliminaire qui sera réalisée par deux traducteurs bilingues. Le but de cette étape est de traduire, le plus fidèlement possible, la version originale à la version cible en prenant en considération l'équivalence conceptuelle des deux versions.

Deuxième phase : Le retour des deux traductions initiales permet de réaliser une synthèse des deux traductions avec l'obtention d'un consensus sur les différents points de divergences en reformulant, si nécessaire, les items moins clairs.

Troisième phase : L'objectif de cette étape est de faire une « traduction inversée ». Il s'agit de remettre le document consensuel à deux traducteurs bilingues, pour retraduire l'échelle dans sa langue d'origine. La traduction inversée est une méthode qui présente plusieurs avantages. Elle permet de réduire les risques de biais linguistiques, psychologiques et de compréhension en confiant la traduction à un minimum de deux personnes et de vérifier la justesse de l'instrument traduit par rapport à la version originale du questionnaire (Vallerand, 1989).

Quatrième phase : La comparaison et les ajustements ont été faits à partir d'un travail conjoint des quatre personnes qui avaient effectué le travail de traduction. Des décisions ont été prises quant à la mise en équivalence entre l'outil original et l'échelle reproduite selon le conceptuel et la sémantique. De ce fait, des ajustements nécessaires ont été formulés en vue d'obtenir une traduction la plus juste possible.

Cinquième phase : Le but de la cinquième étape du processus de traduction est de réaliser un prétest de la version expérimentale en appréciant la compréhension et la clarté des énoncés qui composent la version expérimentale du questionnaire. Vallerand (1989) propose une approche qui consiste à demander aux sujets d'évaluer la compréhension des items sur une échelle de 1 à 7. Les professeurs traducteurs devront ensuite modifier si nécessaire les items de la version cible ayant obtenu des remarques de moyenne ou faible compréhension.

Sixième phase : La sixième étape du processus de validation a pour objectif d'effectuer la validité concomitante. La méthode consiste à administrer la version originale et la version révisée de l'instrument de mesure aux participants à la recherche. Par la suite, l'analyse des données permet d'effectuer des corrélations entre les deux versions, de même que pour chaque item des deux langues source et cible. Des corrélations positives élevées entre les deux versions indiquent une congruence entre questionnaires (Vallerand, 1989). Cette étape inclut par ailleurs, l'évaluation du contenu ainsi que l'évaluation de la fidélité du questionnaire et l'évaluation de la validité du construit.

Dans notre recherche, nous nous sommes limités aux processus de traduction des questionnaires préconisés pour la partie empirique sans procéder à la phase de validation telle quelle a été proposée par Vallerand (1989).

3. Méthodologie de l'étude exploratoire

3. 1. Participants

Les étudiants concernés par cette recherche appartiennent à la classe d'âge 18-20 primo-inscrits tunisiens (les étrangers étaient exclus de l'étude) non redoublants et inscrits dans des filières scientifiques et littéraires à Sfax. Un échantillon de 86 étudiants a été amené à répondre à de différents questionnaires au mois d'avril 2016.

3. 2. Procédure

Le lancement de la recherche s'est concrétisé au mois d'avril 2016 où nous avons rencontré les étudiants dans la cité universitaire, leur lieu d'hébergement, dans la salle de lecture où nous avons rencontré plusieurs groupes pour la passation des questionnaires. Après avoir pris le consentement des étudiants, nous avons précisé que les données de l'enquête seront exploitées dans le cadre de notre recherche doctorale et seront strictement confidentielles.

3. 3. Outils de mesures de l'étude

Nous avons utilisé plusieurs outils sachant que les questionnaires sont en deux langues, française (source) et arabe (cible) et sont annexés à la fin de cette thèse.

3. 3. 1. Le questionnaire de santé générale GHQ12 :

General Health Questionnaire est un questionnaire d'auto-évaluation mis au point par Goldberg et Williams en 1988, conçu pour détecter les troubles psychiques mineurs. La version abrégée comporte 12 items qui concernent des sentiments de tension, de dépression, d'incapacité à y faire face, d'anxiété et de manque de confiance en soi.

Pour chacun des 12 items, l'étudiant est invité à exprimer ce qu'il ressent au cours des dernières semaines. La consigne est la suivante : « Nous aimerions savoir comment, d'une manière générale vous vous êtes porté(e) ces dernières semaines? Veuillez répondre à toutes les questions en entourant la réponse qui vous semble correspondre le mieux à ce que vous ressentez ».

La cotation des items peut être faite selon deux procédés. Selon une échelle de Likert en 4 point de 0 à 3 soit 0-1-2-3, allant de « moins que d'habitude », ou « pas du tout » à « beaucoup » et « plus que d'habitude », pour une utilisation dimensionnelle. Cette cotation élimine les tendances à des réponses médianes. « *En réponse bimodale en notant 0, les réponses « moins que d'habitude », et « pas plus que d'habitude », et en notant 1 les réponses « un peu plus que d'habitude », et « bien plus que d'habitude », soit 0-0-1-1. Les notes 4 ou 5 pour déterminer un cas en détresse psychologique* » (cité par Strenna, 2011, p. 150)

3. 3. 2. Le questionnaire abrégé de la dépression BDI-S (Beck Dépression Inventory)

Cette échelle est utilisée pour les études épidémiologiques et pour les dépistages. Elle comprend 13 items en lien avec les sentiments de tristesse, de découragement, d'échec, de satisfaction, de culpabilité, de déception et d'idées suicidaires. Cet instrument présente une cohérence interne satisfaisante (Beck & Beck, 1972 ; Beck & Beamesderfer, 1974). Les seuils de gravité retenus pour cette échelle sont : entre 0 et 3 pour « pas de dépression », de 4 à 7 pour « dépression légère », de 8 à 15 concernanr « dépression modérée », 16 et + lorsqu'il s'agit d'une « dépression sévère » (Beck & Beck, 1972 ; Beck & Beamesderfer, 1974).

3. 3. 3. L'échelle d'estime de soi de Rosenberg

L'échelle de Rosenberg (1965), traduite par Chambon (1992) est composée de 10 items qui mesurent l'estime de soi globale. Les réponses sont renseignées à l'aide d'une échelle de type Likert à 4 modalité allant de 1, « tout à fait en désaccord », à 4, « tout à fait d'accord ». Des scores élevés indiquent une meilleure estime de soi (supérieur à 30). Une

validation du questionnaire a été réalisée sur un échantillon de 601 lycéens français par l'équipe de Chabrol (2004) , elle a montré une cohérence interne satisfaisante $\alpha = 0.81$ (Chabrol et al ., 2004)

3. 3. 4. Le questionnaire du névrosisme extrait du NEOPI-R (Costa Mc Crae, 1985)

Le Névrosisme des sujets sera évalué à l'aide de l'échelle de névrosisme du NEO-PI-R (Costa et Mc Crae, 1985), qui est composé de 6 sous-échelles et dont la validité a été établie dans plusieurs cultures. Les individus obtenant des notes basses en névrosisme sont stables sur le plan émotionnel. Ils sont généralement calmes, d'humeur égale, et capables de faire face à des situations stressantes sans être ni inquiets, ni déstabilisés. Cette échelle permet non seulement d'obtenir un score global de névrosisme, mais aussi des scores pour chacune de ses six facettes (facteurs de premier ordre plus spécifiques) qui constituent le névrosisme : l'anxiété, la dépression, la colère/hostilité, l'impulsivité, la timidité sociale et la vulnérabilité au stress. La somme des notes obtenues à ces six sous-échelles permet d'obtenir un score général de névrosisme s'échelonnant de 48 à 240. Ce questionnaire présente une excellente validité de construit dans sa version américaine (Costa & Mc Crae, 1992), et dans la version française (Rolland, Parker & Stumpf, 1998).

3. 3. 5. Les processus transactionnels (stress perçu et stratégies d'ajustement)

Le questionnaire de stress perçu, spécifique aux étudiants primo-inscrits (Boujut et al., 2007) contient 25 items. Chaque item représente une source de stress. Il est coté sur une échelle de likert de 1 à 5, 1 pour « pas du tout » à 5 désignant « beaucoup ». Le score de stress perçu général va de 25 « stress perçu faible » à 125 « stress perçu très intense ». Cette échelle donne un score de stress général et évalue quatre facteurs de stress (source de stress) et chaque dimension peut avoir un score.

- 1- Les dysfonctionnements de la faculté (comme la mauvaise organisation de la faculté ou le manque d'attention des professeurs).
- 2- Le stress académique (concernant la nouvelle méthode de travail et la quantité de travail).

- 3- Les difficultés relationnelles avec les proches (tels que les problèmes avec les proches, problème d'ordre sentimental).
- 4- Solitude et isolement (révélant le sentiment de solitude et le fait de ne connaître personne).

Ce questionnaire a été conçu et validé par Boujut (2007) dans sa recherche doctorale. Il a été administré à 1110 étudiants français. Les réponses ont été traitées par une ACP (analyse des composantes principales) et une rotation varimax ainsi quatre facteurs ont été identifiés : un stress académique indiquant un Alpha de Cronbach de 0.82, le dysfonctionnement de la faculté avec un Alpha de Cronbach de 0.71, la solitude présentant un Alpha de Cronbach de 0.73. Enfin, les problèmes relationnels avec les proches avec un Alpha de Cronbach de 0.75. Ainsi les coefficients d'homogénéité sont satisfaisants (Boujut, 2007)

4. Méthodologie de l'étude longitudinale

4. 1. Participants

Rappelons que les étudiants sélectionnés pour cette recherche appartiennent à la classe d'âge 18-20 primo-inscrits tunisiens, dont les étrangers étaient exclus de l'étude, non redoublants et inscrits dans des filières scientifiques et littéraires à Sfax (Faculté des lettres et des Sciences Humaines, Faculté des sciences). Un échantillon de 344 étudiants a été amené à répondre aux différents questionnaires au début d'année universitaire 2017-2018, au T1, c'est-à-dire au mois d'octobre 2017.

Au T2, c'est-à-dire au mois d'avril 2018, nous avons recontacté notre échantillon pour une deuxième évaluation. Notre échantillon final est composé de 252 étudiants répondants au T2. L'évaluation qualitative est réalisée auprès de 20 étudiants (12 étudiantes et 8 étudiants) qui ont été abordés en entretiens semi-directifs au mois de novembre 2017. Ils ont été appelés à répondre à une série de questions préétablies qui ont été proposées pour apporter une meilleure compréhension sur le vécu psychologique de cette transition dans l'univers des études supérieures.

4. 2. Procédure

Le lancement de la recherche s'est concrétisé au mois d'octobre 2017 où nous avons rencontré les étudiants dans les cités universitaires. Nous les avons sollicités pour participer à notre étude avec la condition de les revoir dans un deuxième moment en fin d'année au mois d'avril 2018. Pour cette raison, nous avons demandé les coordonnées de l'étudiant : le numéro de téléphone, le nom et prénom et le numéro de sa chambre. Après avoir pris le consentement des étudiants sur cette condition, nous avons précisé que les données de l'enquête vont être exploitées dans le cadre de notre recherche doctorale et resteront confidentielles.

4. 3. Outils de mesure de l'étude

4. 3. 1. Questionnaire socio-biographique :

Il s'agit principalement d'un questionnaire sur les conditions de vie des étudiants. Ce premier questionnaire a permis de recueillir différents types d'informations :

- Informations générales et scolaires (choix de la filière, avis et satisfaction sur la formation et satisfaction par rapport aux attentes et à l'organisation de la faculté).
- Organisation matérielle des études (satisfaction par rapport aux conditions de vie, aux ressources financières, au transport, aux activités sportives, etc.).
- Univers amical et familial (relation avec la famille, avec les amis, etc.).
- Univers santé psychologique (recours à un professionnel de la santé).

4. 3. 2. Les questionnaires de la recherche principale

Nous rappelons que les questionnaires de l'étude principale sont déjà décrits dans l'étude exploratoire à savoir : le questionnaire de santé générale GHQ12, l'inventaire abrégé de la dépression de Beck, l'échelle d'estime de soi de Rosenberg (Rosenberg, 1965, traduction de Chambon 1992), le questionnaire du névrosisme NEOPI /R (Costa & Mc Crae, 1985) et le questionnaire de stress perçu spécifique aux étudiants primo-inscrits de (Boujut et al 2007). Dans les paragraphes qui vont suivre nous allons présenter l'échelle

d'espoir de Snyder et al., (1991) et le questionnaire de coping : La WCC (Ways of Coping Checklist).

4. 3. 3. Échelle d'espoir (Snyder et al., 1991)

L'échelle de mesure de l'espoir (EME) est composée de 12 items, 4 pour le facteur lié à la volonté à atteindre des buts, 4 pour celui lié à la confiance en la capacité à trouver les moyens de les atteindre et les 4 derniers sont des leurres. Les réponses sont apportées sur une échelle de 1 (complètement faux) à 8 (tout à fait vrai). Le score total d'un individu varie entre 8 et 64. Plus le score est élevé, plus le niveau d'espoir –trait d'un individu est élevé. Cette échelle a fait l'objet d'études de validation et ses qualités psychométriques s'avèrent satisfaisantes (Snyder et al., 1991).

Cette échelle a été traduite et validée en français par Gana, Daigre et Ledrich en 2013, sur un échantillon de 310 adultes et présente de bonnes qualités psychométriques. Ainsi, la consistance interne mesurée par le coefficient de Cronbach est satisfaisante de 0.71 pour la sous-échelle de la composante opératoire et de 0.66 pour la sous échelle de la composante motivationnelle et de 0.78 pour l'échelle totale Gana et al. (2013).

4. 3. 4. Le questionnaire de coping : Le WCC (Ways of Coping Checklist)

Le questionnaire WCC (Ways of Coping Checklist) a été créé par Folkman et Lazarus (1980). Cet outil a été conçu selon une approche transactionnelle du coping. Une liste de 68 items a été élaborée, illustrant la dimension du coping centré sur le problème et la dimension du coping centré sur l'émotionnel. Ils aboutissent, à la suite d'une série d'analyses factorielles, au WCQ de 50 items qui a été critiqué en raison de ses mauvaises qualités psychométriques.

La validation française, que nous avons utilisée, a été établie à partir de la version révisée de Vitaliano et al. (1985). La WCC-R présente des qualités psychométriques satisfaisantes de longueur raisonnable (27 items). Elle a été menée sur un grand nombre de sujets et a indiqué que les qualités psychométriques de l'outil (consistance interne, fidélité, validité de construit et de critère) sont bonnes (Cousson, Bruchon-Schweitzer, Quintard & Nuissier, 1996).

Conclusion

Nous rappelons que nous avons opté pour une méthodologie mixte : une étude quantitative et une étude qualitative pour mieux comprendre la détresse psychologique constatée chez les étudiants. Nous avons présenté la méthodologie de l'étude exploratoire et de l'étude longitudinale. Nous avons également, décrit d'une manière succincte la méthodologie de traduction des outils de recherche selon Vallerand (1989) et nous avons évoqué la technique de l'analyse de contenu, selon Bardin (1977), qui vise à analyser le discours des étudiants.

Par ailleurs, nous avons réalisé une étude exploratoire avec laquelle nous avons pu traduire et tester nos outils de recherche dans le contexte tunisien. Nous avons réalisé une étude longitudinale, effectuée sur un échantillon composé de 344 étudiants, sur deux temps, en début d'année universitaire et au mois d'avril 2018, où nous avons rencontré seulement 252 étudiants. Nous avons rejoint une vingtaine d'étudiants pour des entretiens semi-directifs en utilisant un guide d'entretien. Dans le chapitre suivant, nous présenterons d'abord les principaux résultats de l'étude exploratoire. Puis, nous exposerons les résultats de l'étude longitudinale et quelques extraits des discours des étudiants rencontrés, selon les thématiques catégorisées.

Chapitre 8

Présentation des résultats

Introduction

Dans cette partie nous présenterons tout d'abord les résultats de l'étude exploratoire qui a ciblé un échantillon de 86 étudiants. Par la suite, nous procéderons à la présentation de l'étude longitudinale qui a concerné une population composée de 344 étudiants, rencontrés dans un premier temps au mois d'octobre de l'année universitaire 2017-2018, et dans un deuxième temps au mois d'avril 2018. Précisons ici que seulement 252 étudiants ont répondu aux questionnaires de T2. Finalement, nous allons passer à l'exposition des résultats de l'analyse du discours des étudiants suite aux entretiens réalisés afin de mieux expliquer le vécu psychologique et ses représentations suite à l'accès à l'enseignement supérieur.

Dans le but de faciliter la lecture de cette partie réservée aux résultats, nous avons choisi de les exposer en plusieurs étapes.

Première étape : Il s'agit de la présentation des principaux résultats de l'étude exploratoire en commençant par l'analyse descriptive des caractéristiques socio-biographiques de notre échantillon. Après, nous indiquons la prévalence de la détresse psychologique et nous présenterons l'indice de cohérence des outils traduits pour les besoins de notre étude. De plus, nous évoquerons les évaluations concernant le stress perçu, l'estime de soi, la dépression et le névrosisme tout en précisant les scores obtenus aux échelles avec « score moyen », « écart type », « score minimum », « score maximum ». Enfin, nous présenterons la matrice des corrélations entre les variables quantitatives de la recherche. En fait, il est question de vérifier la force de la relation entre notre variable dépendante (la santé psychologique) et les autres variables indépendantes, en l'occurrence le stress perçu, les sources du stress, l'estime de soi, la dépression et le névrosisme.

Deuxième étape : C'est la phase d'exposition des résultats de l'étude longitudinale au temps T1, en abordant l'analyse descriptive des caractéristiques socio-biographiques de notre échantillon. Nous indiquerons la prévalence de la détresse psychologique et nous présenterons l'indice de cohérence des outils de recherche. En outre, nous montrerons les différences significatives entre certaines variables socio-biographiques et les résultats au GHQ-12, en recourant aux tests de T Student et de F de l'Anova. D'ailleurs, nous

aborderons les évaluations du stress perçu, les stratégies d'ajustement, le névrosisme, l'espoir, l'estime de soi et la dépression, en précisant les scores obtenus aux différentes échelles, à savoir : « score moyen », « écart type », « score minimum » et « score maximum ». Nous présenterons ensuite, la matrice des corrélations entre nos différentes variables. Enfin, nous aborderons l'analyse de régression multiple qui sera utilisée pour vérifier le poids de certaines variables indépendantes dans l'explication de la variable dépendante la « santé psychologique ».

Troisième étape : Concernant les résultats du T2, nous présenterons, dans cette étape, les scores obtenus aux différentes échelles, les stratégies d'ajustement, l'espoir et l'estime de soi ainsi que les résultats au GHQ-12. De surcoût, le test T Student pour échantillon apparié nous indiquera une différence de moyennes significative entre les résultats du T1 et les résultats du T2. Et enfin, nous effectuerons l'analyse de régression des résultats du T2.

Quatrième étape : Dans cette dernière étape, nous exposerons quelques extraits des entretiens semi-directifs effectués avec les étudiants tunisiens de première année. Cette présentation apportera une dimension compréhensive aux vécu et ressenti concernant les difficultés rencontrées au premier trimestre.

1. Première étape : présentation des principaux résultats de l'étude exploratoire d'avril 2016

Une étude exploratoire a été réalisée en avril 2016. Elle a concerné 86 étudiants dont 46 femmes et 40 hommes, inscrits dans des filières scientifiques et littéraires à Sfax. L'objectif de cette recherche est l'exploration du terrain et la prise de contact avec les étudiants pour mieux connaître leurs difficultés. Quant à l'administration, il s'agit de la passation de quelques questionnaires choisis pour notre recherche, traduits en arabe qui ont comme finalité de vérifier leur compréhension et de noter des difficultés du terrain et de valider aussi leur exploitation pour l'étude longitudinale.

1. 1. Analyse descriptive des données sociodémographiques

Notre échantillon est constitué de 86 étudiants âgés entre 18 et 20 ans, inscrits en première année dans des filières scientifiques et littéraires à Sfax (Femmes n=46, donc 53.5%) (Hommes n=40, donc 46.5%).

- Pour le type du baccalauréat : 9.3% ont eu un bac Maths, 44.2% un bac Sciences, 10.5% un bac Lettres, 20.9% un bac Économie, 3.5% un bac Technique et 11.6% un bac Informatique.

- Pour le choix de la filière : 32.6% ont subi l'orientation et 67.4% ont choisi leur propre filière.

- En ce qui concerne la satisfaction du niveau socio-économique des étudiants : 12.8% ont déclaré que leur niveau est défavorable, 72.1% ont un niveau modeste et juste moyen alors que 15.1% ont témoigné avoir un niveau favorable.

- Pour ce qui est de la bourse : 57% ont révélé qu'ils ont une bourse contre 43% qui n'ont pas de bourse.

- Quant à l'activité professionnelle : 27.9% exercent une activité professionnelle et 72.1% ont déclaré qu'ils n'ont aucune activité professionnelle.

- Pour la satisfaction des conditions d'hébergement : 37.2% ont répondu qu'ils ne sont pas satisfaits, 60.5% ont exprimé que c'était juste correct. En revanche 2.3% seulement ont signalé qu'ils sont satisfaits.

- Pour ce qui est des conditions d'encadrement des professeurs : 19.8% ont déclaré qu'elles sont défavorables, 66.3% ont répondu que c'est juste moyen et 14% ont dit qu'elles sont favorables.

- Pour les modalités de l'organisation pédagogique : 37.2% ont indiqué qu'elles sont défavorables, 57.2% ont répondu qu'elles sont moyennes. Cependant, seulement 5.8% ont déclaré qu'elles sont favorables.

Tableau 10 : Caractéristiques socio démographiques de notre échantillon

Intitulé de la variable	Modalités	Pourcentage%
Âge	Âge moyen 19 ans	
Sexe	Femmes	53.5%
	Hommes	46.5%
Type du bac	Math	9.3%
	Science	44.2%
	Lettres	10.5%
	Économie	20.9%
	Technique	3.5%
	Informatique	11.6%
Choix de la filière	Subi	32.6%
	Choisi	67.4
Satisfaction niveau socio-économique	Défavorable	12.8%
	Modeste	72.1%
	Favorable	15.1%
Niveau d'instruction du père	Sans/instruction	10.5%
	Primaire	36%
	Collège	16.3%
	Lycée	19.8%
	Université	17.4%
Niveau d'instruction de la mère	Sans/instruc	27.9%
	Primaire	31.4%
	Collège	11.6%
	Lycée	23.3%
	Université	5.8%
Avoir une bourse	Oui	57%
	Non	43%
Activité professionnelle	Oui	27.9%
	Non	72.1%
Satisfaction des conditions d'hébergement	Défavorable	37.2 %
	Moyen	60.5%
	Favorable	2.3%
Satisfaction des conditions du transport	Défavorable	47.7%
	Moyen	36%,
	Favorable	16%
Satisfaction de la qualité de son alimentation	Défavorable	44.2%
	Moyen	50%

	Favorable	5.8%
Avoir de nouvelles amitiés	Oui	80.2%
	Non	19.8 %
Contact régulier avec la famille	Oui	87.2%
	Non	12.8 %
Satisfait de son soutien social	Oui	79.1%
	Non	20.9
Satisfaction de l'encadrement des professeurs	Défavorable	19.8%
	Moyen	66.3%
	Favorable	14%
Satisfaction de l'organisation de la faculté	Défavorable	37.2%
	Moyen	57%
	Favorable	5.8%
Satisfaction de l'activité sportive	Défavorable	40.7
	Moyen	48.8%
	Satisfaisant	10.5%

Le tableau 10 est récapitulatif. Il illustre les données sociodémographiques de notre échantillon : sexe, âge, type du bac, choix de la filière, ressources financières, conditions de vie dans le campus, satisfaction du soutien social, contact avec la famille, les amis, activité professionnelle en dehors des études, etc. Nous pouvons constater que le niveau d'instruction des parents est faible et que le niveau socio-économique des parents est moyen. Les étudiants sont moyennement satisfaits de l'organisation pédagogique de l'université et des prestations d'hébergement et de restauration ainsi que des activités sportives et culturelles organisées par l'Office des Oeuvres Universitaires du Sud (l'OOUS)³⁰.

³⁰ L'OOUS est une institution publique qui dépend du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique. Une des missions primordiales de l'office est de rapprocher les services des étudiants qui poursuivent leurs études au sein des établissements de l'enseignement supérieur dans les gouvernorats de Sfax et du Sud. C'est l'équivalent du Centre Régional des Oeuvres Universitaires et Scolaires (CROUS) en France.

1. 2. Évaluation de la santé psychologique

Dans notre étude, les résultats indiquent que 54.7% de l'échantillon ne présentent pas de signes de détresse psychologique, tandis que 45.3% sont en détresse. Le tableau 11 montre les résultats à l'échelle GHQ-12 avec un score minimum de 0 et un score maximum de 11 et une moyenne de 4.45 avec un écart type de 3.34.

Tableau 11 : Etude exploratoire : évaluation de la santé psychologique suivant le score obtenu au questionnaire de santé mentale (GHQ-12) selon la cotation bimodale avec comme critère un score seuil supérieur ou égale à 4

<i>Intitulé de la variable</i>	<i>Échelle</i>	<i>Pourcentage</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
santé /détresse psychologique	GHQ-12 Au seuil de 4	Bonne santé : 54.7% Détresse : 45.3%	4.45	3.34	0	11

1. 3. Évaluation de la cohérence interne des outils psychométriques

Tout d'abord, nous voulons préciser que les outils de mesure préconisés pour notre étude préliminaire présentent de bonnes qualités psychométriques et que la cohérence interne des échelles a été plutôt satisfaisante puisque nos données indiquent que les indices sont supérieurs à $\alpha = .69$.

L'Alpha Cronbach de l'échelle GHQ12 correspond à : .876. L'Alpha Cronbach de l'échelle d'estime de soi de Rosenberg correspond à : .825. L'Alpha Cronbach de l'échelle de Beck correspond à : .902. L'Alpha Cronbach de l'échelle de Boujut du stress perçu et sources de stress correspond à : .862. L'Alpha Cronbach de l'échelle de névrosisme NEOPI-R correspond à : .825. L'Alpha Cronbach de l'échelle de Cohen PSS 14 correspond à : .783.

Nous constatons de cette manière, que nos questionnaires présentent une cohérence interne acceptable comme le montrent les indices des échelles du tableau 12 ci-dessous.

Tableau 12 : Étude exploratoire : indices de cohérence interne des questionnaires utilisés

Nom de l'échelle	Indice de cohérence
l'échelle GHQ12	.876
l'échelle d'estime de soi de Rosenberg	.825
l'échelle de l'échelle de Beck	.902
l'échelle de Boujut du stress perçu	.862
l'échelle de névrosisme NEOPI-R	.825
l'échelle de Cohen PSS 14	.783

1. 4. Étude exploratoire : analyse des différences de moyennes entre certaines variables socio-démographiques et les résultats au GHQ-12

1. 4. 1. Variable « sexe »

La lecture du tableau 13 indique les éléments suivants : une moyenne de 4.25 au GHQ-12 chez les filles, et une moyenne de 4.38 chez les garçons. La moyenne est plus élevée chez les filles mais cette différence n'est pas statistiquement significative.

Tableau 13: Comparaison des moyennes selon la variable sexe et les résultats du questionnaire de santé mentale GHQ-12

<i>Échelle</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>t</i>	<i>P</i>
	<i>Filles</i>		<i>Garçons</i>			
	<i>N=46</i>		<i>N=40</i>			
GHQ-12	4.52	3.23	4.38	3.50	-.202	NS

1. 4. 2. Variable « choix de la filière »

Le tableau 14 illustre les résultats suivants : le groupe qui a subi l'orientation a obtenu une moyenne de 6.43 à l'échelle au GHQ-12, en revanche le groupe qui a choisi l'orientation a obtenu une moyenne de 3.50 au GHQ-12. Cette différence des moyennes est statistiquement significative.

Tableau 14: Comparaison des moyennes selon la variable choix de la filière et aux résultats du GHQ12

<i>Échelle</i>	<i>M</i>		<i>M</i>		<i>t</i>	<i>P</i>
	<i>Groupe subi</i>	<i>Et</i>	<i>Groupe choisi</i>	<i>ET</i>		
	<i>N=28</i>		<i>N=58</i>			
GHQ-12	6.43	3.32	3.50	2.92	4.15	.000

1. 4. 3. Variable « satisfaction du soutien social »

La lecture du tableau 15 précise que le groupe satisfait du soutien social a obtenu une moyenne de 3.90 à l'échelle au GHQ-12 et que le groupe insatisfait du soutien social a obtenu une moyenne de 6.58 au GHQ-12. Cette différence des moyennes est statistiquement significative.

Tableau 15: Comparaison des moyennes selon la variable satisfaction du soutien social et aux résultats du GHQ12

<i>Échelle</i>	<i>M</i>		<i>M</i>		<i>t</i>	<i>P</i>
	<i>Groupe satisfait</i>	<i>ET</i>	<i>groupe insatisfait</i>	<i>ET</i>		
	<i>N=68</i>		<i>N= 18</i>			
GHQ-12	3.90	3.20	6.58	3.07	3.15	.002

1. 5. L'évaluation des variables de personnalité : estime de soi et dépression et névrosisme dans notre population

1. 5. 1. Évaluation de l'estime de soi

Dans la continuité de nos analyses, nous présentons les scores obtenus aux échelles qui évaluent l'estime de soi, la dépression et le névrosisme. Nous commençons par indiquer les résultats à l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg, le score minimum, le score maximum, le score moyen avec écart type. Nous précisons qu'une note seuil inférieure à 29 a été retenue pour avoir une estime de soi faible (Boujut, 2007). Les résultats à l'échelle d'estime de soi de Rosenberg indiquent un score minimum de 18 , score maximum de 39 et une moyenne de 29.69 avec un écart type de 4.9.

1. 5. 2. Évaluation de la dépression

La lecture du tableau 16 indique nos résultats à l'échelle de dépression de Beck : score moyen, écart type, score minimum et score maximum ainsi que les classes de sévérité de dépression. Les résultats du tableau 16 montrent que 19.8% de l'échantillon ne présentent pas de dépression, 20.9% ont une dépression légère, 34.9% ont une dépression modérée et 24.4% ont une dépression profonde. Les résultats indiquent aussi un score minimum de 0 et un score maximum de 39, une moyenne de 10.72 et un écart type de 7.83. Nous pouvons conclure qu'un pourcentage considérable d'étudiants souffre d'une dépression et que ce taux est à prendre au sérieux si nous voulons améliorer les conditions de réussite de ces étudiants.

Tableau 16 : Étude exploratoire : scores obtenus à l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg et les scores obtenus à l'échelle de dépression de Beck

Intitulé de la variable	Échelle	%	<i>M</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>ET</i>
Estime de soi	Échelle de Rosenberg		29.69	18	39	4.95
Dépression	Échelle de Beck 13	Pas dépression 19.8% Dépression légère 20.9% Dépression Modérée 34.9% Dépression profonde 24.4%	10.72	0	39	7.83

1. 5. 3. Évaluation du névrosisme

La lecture du tableau 17 montre les résultats à l'échelle du névrosisme et ses six dimensions (timidité, dépression, hostilité, anxiété, impulsivité, vulnérabilité). Nous précisons la moyenne avec l'écart type, le score minimum et le score maximum. Le score global est de 147.5 avec un écart type de 20.10, un score minimum de 81 et un score maximum de 199.

Tableau 17 : Étude exploratoire : scores obtenus à l'échelle du NEOPI-R pour évaluation des dimensions du névrosisme

<i>Les dimensions du névrosisme</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Score global	147.5	20.10	81	199
Timidité	24.47	4.80	13	34
Dépression	23.40	4.88	12	36
Hostilité	25.57	4.14	12	34
Anxiété	24.76	4.13	12	36
Impulsivité	19.94	4.22	11	31
Vulnérabilité	25.62	4.95	13	37

1. 6. L'évaluation des variables transactionnelles : stress perçu et sources de stress dans notre population

1. 6. 1. Évaluation des sources du stress chez les étudiants

Le tableau 18 rapporte des éléments intéressants quant aux résultats de l'échelle de Boujut de stress perçu, spécifique aux étudiants, et ses dimensions (sources du stress). Chaque item de l'échelle représente un tracis ou une contrainte et l'échelle donne un score global de stress perçu. La moyenne est de 74.31 avec un écart type de 15.48, un score minimum de 40 et un score maximum 105.

La moyenne obtenue à la dimension « stress académique » est de 19.27 avec écart type de 4,28. La moyenne obtenue à la dimension « dysfonctionnement de la faculté » est de 12.95 avec un écart type 3.25. Or, la moyenne obtenue à la dimension « isolement » est de 11.7 avec un écart type de 3.87. La moyenne obtenue à la dimension « relation aux proches » est de 7.79 avec un écart type de 2. Nous pouvons donc conclure que les étudiants sont beaucoup plus préoccupés par le « stress académique », que par les problèmes de « dysfonctionnement de la faculté ».

1. 6. 2. Évaluation du stress perçu

Le tableau 18 présente les résultats de l'échelle de stress perçu de PSS 14 de Cohen. Nous avons obtenu une moyenne de 38.38 avec un écart type de 7.02, un score minimum de 23 et un score maximum de 57. Ainsi, 26.7% de l'échantillon ne présente pas de stress, 67.4% présente un stress modéré et seulement 5.8% présente un stress

pathologique. Nous pouvons déduire que notre population est affectée par le stress d'une manière sérieuse.

Tableau 18 : Étude exploratoire : scores obtenus à l'échelle de PSS-14 de Cohen et les dimensions du stress perçu chez les étudiants à l'échelle de Boujut.

Intitulé de la variable	Échelle	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Stress perçu général	Échelle de Boujut	74.31	15.481	40	105
Stress académique		M : 19.27			
Dysfonctionnement de la faculté		M : 12.95			
isolement		M : 11.7			
Relation aux proches		M : 7.79			
Stress perçu général	Échelle de Cohen PSS	38.38	7.020	23	57
Entre 20 et 34 stress faible		Pas de stress : 26.7%			
Entre 35 et 49 stress moyen		Stress moyen : 67.4%			
Entre 50 et 65 un stress pathologique		Stress pathologique 5.8%			

1. 7. Analyse des corrélations

Pour l'exploration des relations entre nos différentes variables, nous avons procédé à l'analyse des corrélations avec le test de Pearson. La lecture du tableau 19 indique que les résultats au GHQ-12 sont significativement corrélés aux résultats du stress perçu à l'échelle de Boujut ($r = .613^{**}$), aux résultats à l'échelle PSS 14 de Cohen ($r = .646^{**}$), aux résultats à l'échelle de dépression de Beck ($r = .772^{**}$), aux résultats à l'échelle de l'estime de soi ($r = -.698^{**}$) et aux résultats de névrosisme ($r = .466^{**}$).

Tableau 19: Étude exploratoire : analyse des corrélations

	1	PSS-14	Dépression	Stress perçu (Boujut)	Estime de soi	Névrosisme
1. Santé psychologique	1	.646**	.772**	.613**	-.698**	.466**

* $p < .05$; ** $p < .01$

1.8. Synthèse des principaux résultats de l'étude exploratoire :

Le premier objectif de cette étude exploratoire est de présenter aux étudiants nos outils de recherche traduits en langue arabe et de noter les difficultés. Cette étude a permis d'explorer le terrain, de rencontrer les étudiants, de les écouter et d'apprécier si les items des questionnaires traduits étaient faciles à comprendre pour répondre d'une façon adéquate aux échelles.

En guise de conclusion de cette partie, nous pouvons retenir les éléments saillants suivants :

- Les outils préconisés pour la recherche ont montré une bonne cohérence interne.
- La prévalence de la détresse psychologique dans notre échantillon s'élève à 45.3%. Nous avons constaté que les étudiantes ont une moyenne au GHQ-12 plus élevée que leurs homologues étudiants sauf que cette différence des moyennes n'est pas significative.
- Nous pouvons avancer que nos résultats révèlent des différences statistiquement significatives entre certaines variables sociodémographiques et les résultats au GHQ-12, en utilisant le test t de Student et le test de l'Anova. Avec un seuil de significativité inférieur à .05, les variables indépendantes qui ont une influence sur notre phénomène à expliquer « la santé psychologique » sont la satisfaction du soutien social et le choix de la filière.

L'analyse des corrélations effectuées avec le test de Pearson montre des résultats significatifs et forts à modérés entre les différents variables transactionnelles et dispositionnelles avec les résultats aux GHQ12 : (stress perçu $r = .613^{**}$), (névrosisme $r = .466^{**}$), (estime de soi $r = -.698^{**}$) et (dépression $r = .772^{**}$).

2. Deuxième étape : présentation de l'étude longitudinale et les principaux résultats

Il s'agit d'une étude longitudinale, descriptive et corrélationnelle qui se veut à la fois quantitative et qualitative. Notre objectif est d'apporter une compréhension plus fine sur les facteurs qui peuvent avoir un impact sur la santé psychologique chez les étudiants tunisiens inscrits en première année, ainsi que les facteurs qui peuvent avoir un impact sur la détresse psychologique constatée chez cette population. Nous avons opté pour une approche qualitative pour mieux comprendre la détresse chez les étudiants au cours de cette période transitoire.

Il s'agit aussi d'une étude qualitative où nous avons rencontré une vingtaine d'étudiants, au mois de novembre 2017, pour des entretiens semi-directifs sur des questions qui portent sur les événements auxquels ils ont été exposés en début d'année. Il est question aussi d'une étude longitudinale car nous avons réalisé une évaluation en deux temps : T1 au début de l'année universitaire au mois d'octobre 2017 et T2 à la fin de l'année universitaire au mois d'avril 2018. L'analyse des statistiques a été effectuée avec le logiciel SPSS version 20. En effet, nous avons effectué une analyse descriptive des données sociodémographiques, une analyse corrélationnelle et une analyse de régression comme suit :

- Une évaluation de la santé psychologique et une étude de la prévalence de la détresse psychologique chez notre échantillon. Une analyse descriptive a été réalisée sur les variables qualitatives, c'est-à-dire sociodémographiques (données collectés par un questionnaire qui précise l'âge, le sexe, le type du bac, l'octroi ou non d'une bourse, etc.).
- Une analyse des différences de moyennes entre certaines variables sociodémographiques et les résultats obtenus au GHQ12 ont été effectuées par le test t de Student et le test de l'Anova. Nous avons retenu un seuil de significativité inférieur à .05. Une évaluation du stress perçu avec identification des principales sources du stress chez les étudiants, les stratégies d'ajustement, l'estime de soi, l'espoir, le névrosisme et la dépression (en précisant les moyennens, les écarts-types, les scores minimum et les scores maximum).

- Une exploration des relations entre nos variables a été effectuée par une analyse corrélacionnelle à l'aide du test de Pearson. Le test de corrélation nous a permis de mesurer la force d'une liaison ou le degré de relation qui existe entre deux séries de données. Pour les résultats, nous avons retenu un seuil de significativité inférieur à 0.05.
- La technique de l'analyse de régression multiple pas à pas a été choisie pour révéler les effets respectifs de certaines variables indépendantes sur notre variable dépendante, en l'occurrence la santé psychologique. En effet, il s'agit d'identifier le poids des facteurs qui peuvent expliquer la situation de détresse vécue par les étudiants. Une comparaison des moyennes a été réalisée avec le test T Student pour un échantillon apparié pour voir s'il y a une différence significative entre T1 et T2 et nous avons retenu un seuil de significativité inférieur à 0.05.
- Enfin, une analyse du discours a été réalisée portant sur les entretiens semi-directifs pour mieux apprécier le vécu psychologique et les difficultés rencontrées par les étudiants et la manière avec laquelle ils se sont ajustés au nouveau contexte universitaire.

2. 1. Étude longitudinale : analyse descriptive des données socio-démographique

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS version 20. La lecture du tableau 20 montre que notre échantillon est composé de 344 étudiants (sexe féminin : 52.6% dont n=181 ; sexe masculin : 47.4% dont n=163) avec un âge moyen de 19.4 (âge minimum de 18 ans et âge maximum de 20 ans et un écart type de .56). Ils sont des non redoublants inscrits en première année, dans des filières scientifiques et littéraires. Nous avons obtenu leur consentement avant la passation des épreuves, puis nous avons procédé à l'enquête à travers laquelle ils ont été appelés à faire une auto-évaluation aux échelles proposées.

Tableau 20 : caractéristiques sociodémographiques selon âge et sexe.

Variable	Pourcentage % N=344	M	MIN	MAX	ET
Age		19.40	18	20	.56
Filles	52.6% N=181				
garçons	47.4% N=163				

À l'issue de l'analyse descriptive des caractéristiques sociodémographiques de notre échantillon, nous retenons les points suivants :

Pour le choix de la filière, 30% de l'échantillon a subi l'orientation et 70% l'a choisie l'orientation. 54.2% des étudiants sont des boursiers alors que 45.8% ne le sont pas. 12.8% des étudiants exercent une activité professionnelle en dehors des études et 87.2% ont déclaré qu'ils ne travaillent pas.

Concernant le niveau social, 11.3% d'entre-eux ont répondu qu'ils ont une situation défavorable, 77 % ont répondu qu'ils ont un niveau modeste et 11.6% ont répondu qu'ils ont un niveau favorable. Pour le niveau d'instruction de la mère : 22.4% ont répondu sans instruction, 36% ont répondu niveau primaire, 27.9% ont répondu niveau collège, 11.3% ont répondu niveau lycée, et uniquement 1.5% ont répondu niveau université. Pour l'activité professionnelle nous avons relevé : 12.8% des étudiants exercent une activité professionnelle en dehors des études et 87.2% ont déclaré qu'ils ne travaillent pas.

Quant au niveau d'instruction du père, 8.1% ont répondu sans instruction, 34 % ont répondu niveau primaire et 30.2% ont répondu niveau collège et 15.7% ont répondu niveau lycée et 9.6% ont répondu niveau université. Pour les nouvelles amitiés à la faculté : 85.2% ont répondu par oui et 14.8% ont répondu par non. Le contact avec la famille : 89.2% ont répondu qu'ils ont gardé contact et 10.2% ont répondu non. Pour la satisfaction du soutien social, nous avons constaté que seulement 11.9% des étudiants ont répondu par non et 88.1% des étudiants ont répondu par oui.

Pour ce qui est de la satisfaction des conditions d'hébergement : 27% ont donné une réponse défavorable, 69.8 % ont répondu par moyen et 3.2 % ont répondu favorablement. Pour la question concernant la satisfaction des conditions des transports : 28.8% ont répondu défavorablement, 51.2 % ont répondu moyen, 20.1% ont répondu favorablement. Pour l'item de la satisfaction d'une alimentation équilibrée, nous avons 36.3% ont répondu défavorablement, 60.5 % ont répondu moyen, 3.2% ont répondu favorablement. Activité sportive : 39% ont déclaré qu'ils ne sont pas satisfaits et 51.2% ont répondu que c'était moyen et 9.9% ont répondu que c'est satisfaisant.

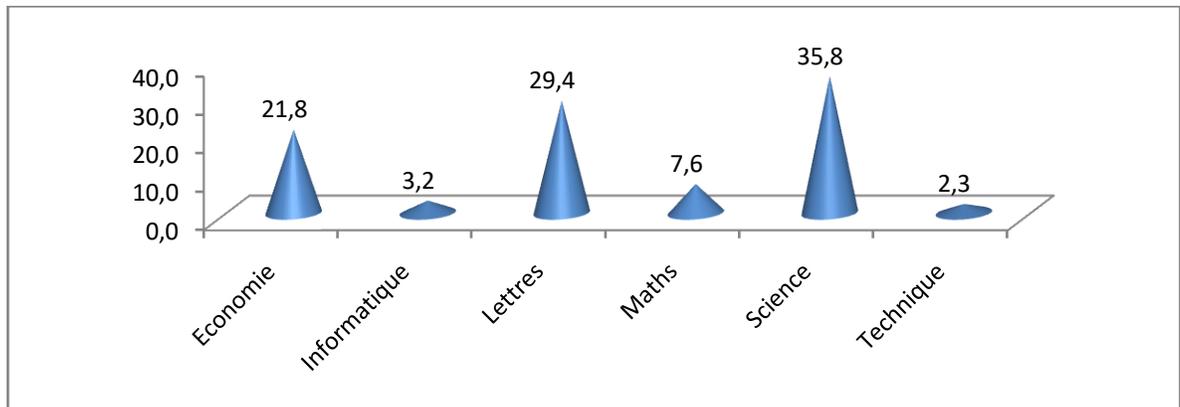
Enfin, concernant la satisfaction de l'encadrement des professeurs : 19.8% ont répondu défavorable, 66.3% ont répondu moyen, 14% ont répondu favorable. Pour la satisfaction de l'organisation de la faculté : 37.2% ont répondu défavorable, 57% ont répondu moyen, 5.8% ont répondu favorable.

Dans ce qui suit, nous détaillons les données précédemment présentées avec quelques graphismes.

Type du bac

Pour le type du bac nous avons relevé que 7.6 % ont eu un bac Mathématiques, 35.8% ont eu un bac Sciences, 29.4% ont eu un bac Lettres, 21.8% ont eu un bac Economie, 2.3% ont eu un bac Technique et 3.2% ont eu un bac Informatique.

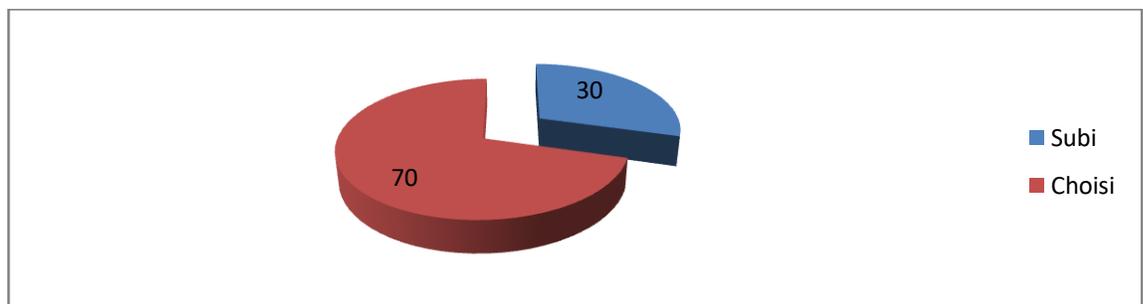
Figure 10 : Les répartitions selon les types de Baccalauréat



Choix de la filière

Pour le choix de la filière, nous avons relevé que 30% ont subi l'orientation et 70% l'ont choisie.

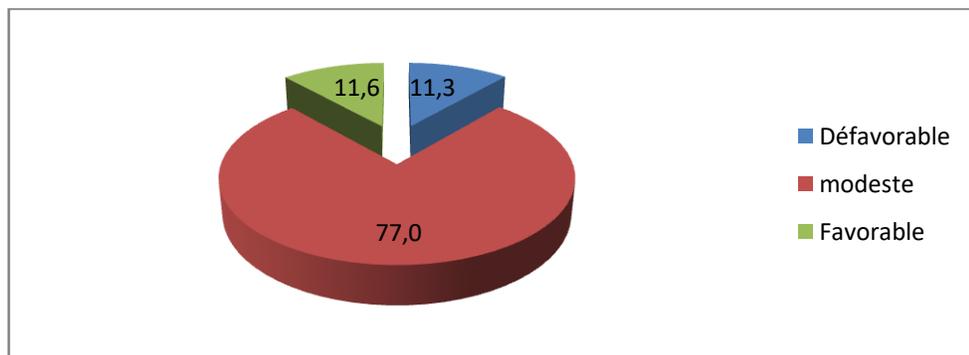
Figure 11 : Les répartitions selon le choix de la filière



Le niveau socio-économique des parents

Pour le niveau social nous avons constaté que 11.3% ont répondu qu'ils ont une situation défavorable, 77 % ont répondu qu'ils ont un niveau modeste et 11.6% ont répondu qu'ils ont un niveau favorable.

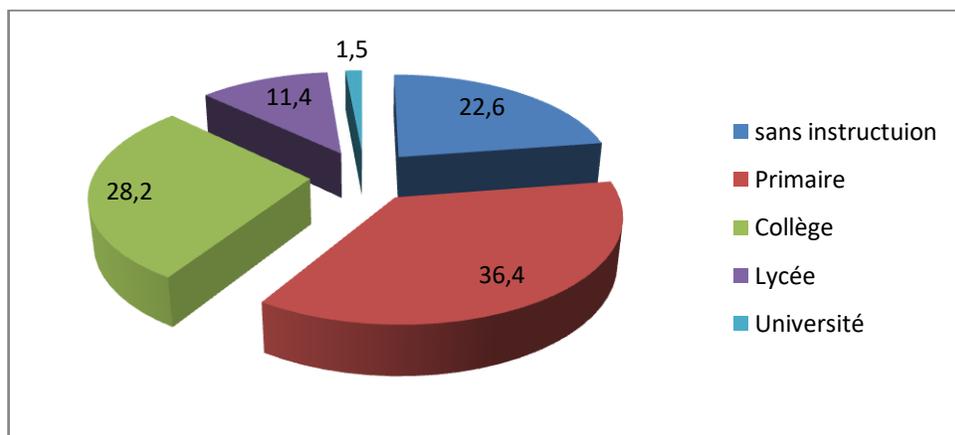
Figure 12: Les répartitions selon satisfaction des conditions socio-économiques



Le niveau d'instruction de la mère

Pour le niveau d'instruction de la mère nous avons relevé que 22.6% ont répondu par sans instruction, 36,4% ont donné la réponse niveau primaire, 28.2 % ont répondu par niveau collège, 11.4% ont affirmé que leurs mères n'ont qu'un niveau lycée, 1.5% ont répondu par niveau université.

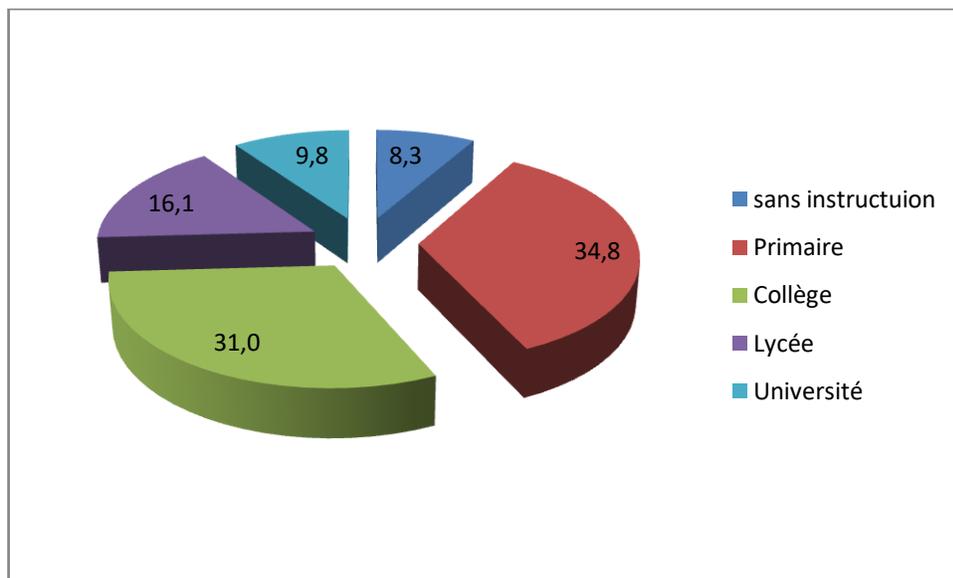
Figure 13 : Les répartitions selon le niveau d'instruction de la mère



Le niveau d'instruction du père

Pour le niveau d'instruction du père, nous avons relevé que 8.3% ont dit que leurs pères sont sans instruction et que 34.8 % ont répondu par niveau primaire alors que 31% ont répondu niveau collège, 16.1% ont donné la réponse par niveau lycée et 9.8 % ont répondu par niveau université.

Figure 14 : Les répartitions selon le niveau d'instruction du père



2. 2. Évaluation de la cohérence interne des échelles

Les échelles utilisées dans notre étude ont présenté de bonnes qualités psychométriques. Nous présentons dans le tableau 21 l'indice de cohérence interne des échelles validées dans le contexte tunisien.

- 1- L'Alpha Cronbach de l'échelle GHQ12 correspond à .841
- 2- L'Alpha Cronbach de l'échelle d'estime de soi de Rosenberg correspond à .753
- 3- L'Alpha Cronbach de l'échelle de l'échelle de Beck correspond à .866
- 4- L'Alpha Cronbach de l'échelle de l'échelle de Boujut du stress perçu et source de stress correspond à .856
- 5- L'Alpha Cronbach de l'échelle de névrosisme NEOPI-R correspond à .821
- 6- L'alpha Cronbach de l'échelle de coping WCC de Cousson correspond .777

7- L'Alpha Cronbach de l'échelle de l'espoir de Snyders correspond à .802

Tableau 21 : L'étude longitudinale : indice des cohérences internes des échelles

Échelle	Alpha Cronbach
Échelle GHQ12	.841
Échelle estime de soi de Rosenberg	.753
Échelle de dépression de Beck	.866
Échelle de stress perçu de Boujut	.856
Échelle de névrosisme NEOPI-R	.821
Échelle de coping WCC-R de Cousson	.777
<i>Échelle de l'espoir de Snyder</i>	<i>.802</i>

2. 3. Étude longitudinale : analyse des différences statistiques entre certains variables sociodémographiques et les résultats aux GHQ-12.

Notre hypothèse de départ indique que nous attendions à trouver un lien statistiquement significatif entre certaines variables sociodémographiques et la variable « santé psychologique », mesurée par l'échelle de santé générale GHQ-12. Cette hypothèse a été confirmée sauf pour la variable « sexe ». En effet, dans la partie exploratoire, nous avons constaté qu'il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les moyennes des filles au GHQ-12 et les moyennes des garçons au même outil, même si les moyennes des filles sont plus élevées. Dans ce qui suit, nous allons exposer nos résultats que nous détaillerons et commenterons nos résultats par rapport à la littérature scientifique dans le (chapitre 9) : intitulé « Discussion des résultats ».

Les différences de moyennes entre certaines catégories de la variable sociodémographiques et les résultats au GHQ-12 ont été vérifiés par le test Student et le test de l'Anova. Nous avons retenu un seuil de significativité inférieur à 0.05.

2. 3. 1. Variable « satisfaction des conditions socio-économiques »

L'objectif de cette analyse est de savoir si notre hypothèse de départ était validée. Dans cette optique nous rappelons notre hypothèse HS1.1. En effet, nous avons postulé l'existence d'une différence significative entre le groupe « conditions socio-économiques

défavorables » et les deux autres groupes « conditions socio-économiques modestes » et le groupe « conditions socio-économiques favorables », en nous appuyons sur l'analyse des moyennes au GHQ-12. Nous postulons que le groupe « conditions défavorables » a une moyenne plus élevée au GHQ-12. A partir des données du tableau 22, nous constatons que le groupe « condition favorable » obtient une moyenne de 3.3 au GHQ-12 contre 3.39 pour le groupe « condition modeste » et 5.36 pour le groupe « conditions défavorables ». Les différences sont alors significatives. Nous pouvons conclure que cette variable « satisfaction des conditions socio-économique » a une influence sur notre variable dépendante « la santé psychologique » et que notre hypothèse de départ est validée.

Tableau 22 : Comparaison des moyennes selon la variable « satisfaction des conditions socio-économiques » et les résultats du questionnaire de santé mentale (GHQ-12)

<i>Échelle</i>	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>P</i>
	<i>Groupe des étudiants qui ont des conditions Défavorables N=39</i>	<i>Groupe des étudiants qui ont des conditions Modestes N=265</i>	<i>Groupe des étudiants qui ont des conditions Favorables N=40</i>		
GHQ 12	5.36	3.39	3.30	2,888	,050

2. 3. 2. Variable « sexe »

L'objectif de cette analyse est de savoir si notre hypothèse de départ était validée. Nous rappelons que, dans notre hypothèse HS1.2, nous avons postulé l'existence d'une différence significative entre le groupe des « filles » et le groupe des « garçons », en nous référant sur l'analyse des moyennes au GHQ-12. Nous postulons que les filles ont une moyenne plus élevée que les garçons.

La lecture du tableau 23 indique que la moyenne au GHQ-12 chez les filles est 4.51 alors que les garçons ont obtenu une moyenne de 4.20. Bien que les filles aient une moyenne plus élevée que les garçons, nous n'observons pas de lien statistique significatif entre la variable « sexe » et la variable dépendante « santé psychologique ». Nous pouvons conclure que la variable « sexe » n'a pas d'influence sur notre variable dépendante « santé psychologique ». Par conséquent, nous ne pouvons pas valider notre hypothèse même si les moyennes constatées vont dans le sens de l'hypothèse.

Tableau 23 : Comparaison des moyennes selon la variable « sexe » et les résultats du questionnaire de santé mentale (GHQ-12)

Échelle	M (filles) N=181	ET (filles) n	M (Garçons) N=163	ET (Garçons)	t	P
GHQ12	4.51	3.82	4.20	3.77	-.745	NS

2. 3. 3. Variable « choix de la filière »

L'objectif de cette analyse est de savoir si notre hypothèse de départ était validée. Nous rappelons que, dans notre hypothèse HS1.3, nous avons postulé l'existence d'une différence significative entre le groupe «orientation choisie» et le groupe «orientation subie», avec la comparaison des moyennes au GHQ-12. Le groupe «orientation subie» a une moyenne élevée au GHQ-12.

La lecture du tableau 24 indique que le groupe «orientation subie» obtient une moyenne de 6.03 et que le groupe «orientation choisie» a une moyenne de 3.71. Cette différence des moyennes est statistiquement significative. Nous pouvons conclure de cette façon que la variable «choix de l'orientation» a une influence sur notre variable dépendante «santé psychologique» et que notre hypothèse de départ est donc validée.

Tableau 24 : Comparaison des moyennes selon la variable « choix de la filière » et les résultats du questionnaire de santé mentale (GHQ-12)

Échelle	M (Groupe qui a Subi l'orientation) N=102	ET	M (Groupe qui a Choisi l'orientation) N=242	ET	t	P
GHQ12	6.03	4.02	3.71	3.50	5.322	.000

2. 3. 4. Variable « satisfaction du soutien social »

L'objectif de cette analyse est de savoir si notre hypothèse de départ était validée. Nous rappelons que, dans notre hypothèse HS1.4, nous avons postulé l'existence d'une différence significative entre le groupe «satisfaction du soutien social» et le groupe «insatisfaction du soutien social», avec la comparaison des moyennes au GHQ-12. Le groupe «insatisfaction du soutien social» a une moyenne élevée au GHQ-12. Le tableau 25

indique que ce dernier groupe a obtenu une moyenne de 6.95 et que l'autre groupe a eu une moyenne de 4.01. Cette différence des moyennes est statistiquement significative. Nous pouvons conclure que la variable « satisfaction du soutien social » a une influence sur notre variable dépendante « santé psychologique » et que notre hypothèse est validée.

Tableau 25: Comparaison des moyennes selon la variable soutien social et les résultats du questionnaire de santé mentale (GHQ-12)

Échelle	M Groupe des étudiants Insatisfait du soutien social N=40	ET	M Groupe des étudiants Satisfait du soutien social N=304	ET	t	P
GHQ12	6.95	3.61	4.01	3.69	4.797	.000

2. 3. 5. Variable « satisfaction des conditions d'hébergement »

L'objectif de cette analyse est de savoir si notre hypothèse de départ était validée. Nous rappelons que, dans notre hypothèse HS1.5, nous avons postulé l'existence d'une différence significative entre le groupe « satisfaction des conditions d'hébergement » et le groupe « modestement satisfait » et le groupe « insatisfait », tout en utilisant la comparaison des moyennes au GHQ-12. Le groupe « insatisfait » a une moyenne élevée au GHQ-12. La lecture du tableau 26 indique que le groupe « satisfait » a obtenu une moyenne de 1.38 au GHQ-12 contre 4.30 pour le groupe « moyennement satisfait » et 6.41 pour le groupe des étudiants « insatisfaits ». Les différences sont significatives et nous pouvons aviser que la variable « satisfaction des conditions d'hébergement » a une influence sur notre variable dépendante « la santé psychologique » et que notre hypothèse est validée.

Tableau 26 : Comparaison des moyennes selon variable satisfaction des conditions d'hébergement et les résultats du questionnaire de santé mentale (GHQ-12)

Échelle	M Groupe des étudiants Insatisfait N=93	M Groupe des étudiants Moyennement satisfait N=240	M Groupe des étudiants Satisfait N=11	F	P
GHQ-12	6.41	4.30	1.38	8,643	,000

2. 3. 6. Variable filière poursuivie (scientifique ou littéraire)

L'objectif de cette analyse est de savoir si notre hypothèse de départ était validée. Nous mentionnons que, dans notre hypothèse HS1.6, nous avons postulé l'existence d'une différence significative entre le groupe « filière scientifique » et le groupe « filière littéraire », en nous basant sur la comparaison des moyennes au GHQ-12. Le groupe « filière scientifique » a une moyenne plus élevée au GHQ-12.

La lecture du tableau 27 montre que le groupe « filière scientifique » a obtenu une moyenne de 4.59 et que le groupe « filière littéraire » a eu une moyenne de 3.90. Cette différence des moyennes n'est pas significative. Par conséquent, nous pouvons comprendre que la variable « filière poursuivie » n'a pas d'influence sur notre variable dépendante « santé psychologique » et que notre hypothèse n'est pas validée même si les moyennes constatées vont dans le sens de nos hypothèses.

Tableau 27 : Comparaison des moyennes selon la variable « filière poursuivie » (scientifique ou littéraire) et les résultats du questionnaire de santé mentale (GHQ-12)

<i>Échelle</i>	<i>M</i> <i>Groupe des</i> <i>Étudiants dans</i> <i>filières</i> <i>scientifiques</i> <i>N=231</i>	<i>ET</i>	<i>M</i> <i>Groupe des</i> <i>Étudiants</i> <i>dans filières</i> <i>littéraires</i> <i>N=113</i>	<i>ET</i>	<i>t</i>	<i>P</i>
GHQ12	4.59	3.95	3.90	3.43	-1.57	NS

2.4 . Étude longitudinale : évaluation de la santé psychologique

La lecture du tableau 28 indique des éléments importants quant à notre hypothèse retenue au préalable. En effet, 57.3% ne présentent pas de signes de détresse psychologique contre 42.7% présentant les mêmes signes. Nous tenons à préciser que le pourcentage des étudiantes (les filles) qui présentent des signes de détresse psychologique s'élève à 47.8%.

Le pourcentage des étudiants (les garçons) qui présentent des signes de détresse psychologique s'élève à 42.5%. Par ailleurs, nous retenons les résultats suivants au GHQ-

12 : un score minimum de 0 et un score maximum de 11 et une moyenne de 4.21 avec un écart type de 3.34.

Tableau 28 : Évaluation de la santé psychologique au GHQ-12

<i>Variable</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Seuil retenu</i>
Santé psychologique mesurée par GHQ-12	4.21	3.34	0	11	4

Figure 15 : Évaluation de la santé psychologique suivant le score obtenu au questionnaire de santé mentale (GHQ-12) selon la cotation bimodale avec comme critère un score seuil supérieur ou égal à 4

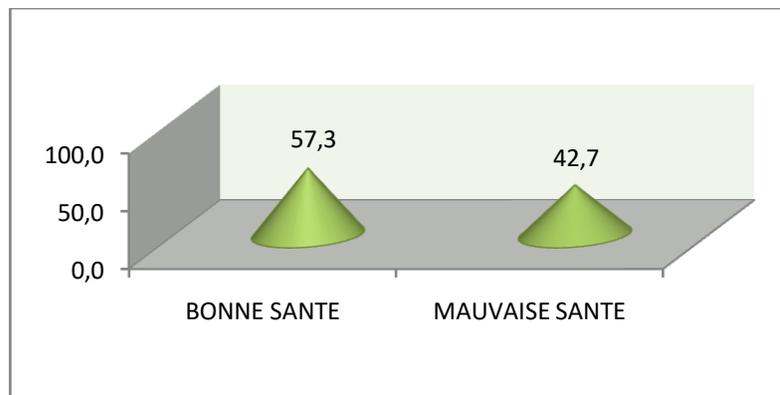
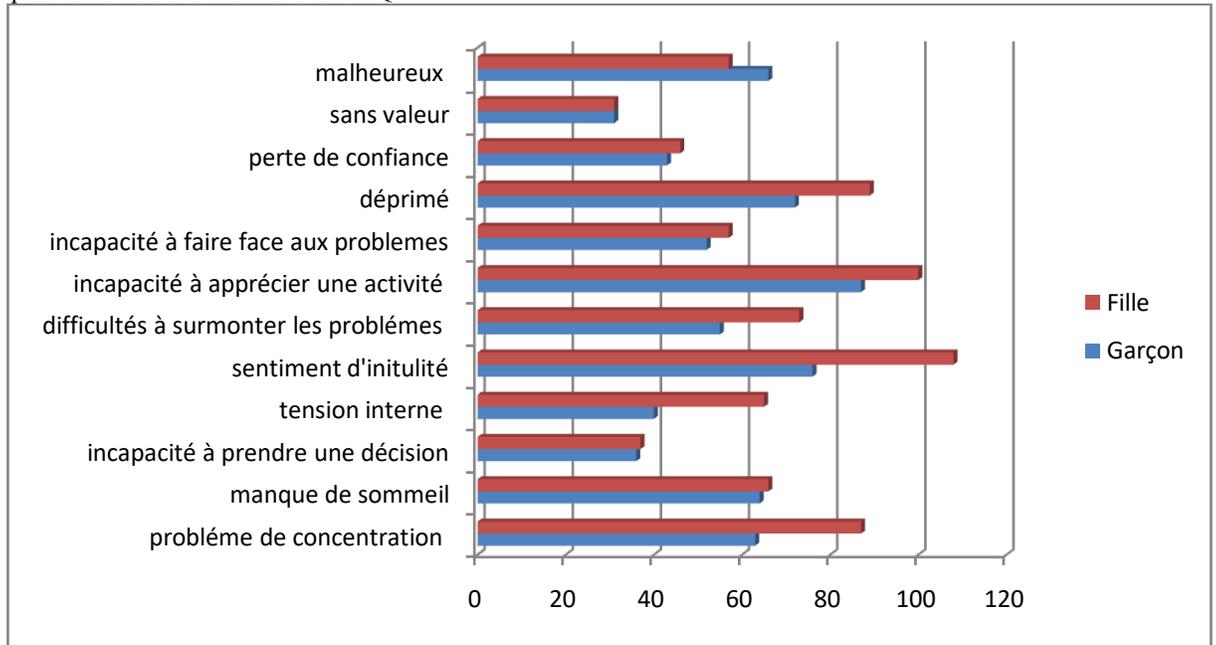


Figure 16 : Répartition des réponses obtenues par le groupe des filles et des garçons aux items du questionnaire de santé mentale GHQ-12



La figure 16 indique la répartition des réponses des étudiants aux items de l'échelle du GHQ-12. Nous notons que les filles ont tendance à être plus préoccupées par les problèmes de concentration, éprouvent des sentiments d'inutilité, manifestent des tensions internes et montrent des sentiments de déprime. Cependant, les garçons se sentent plus malheureux.

2. 5. Évaluation des variables de personnalité

Nous indiquons ici les résultats obtenus aux échelles suivantes : l'échelle d'estime de soi de Rosenberg, l'échelle de Beck de dépression, l'échelle d'espoir de Snyder et l'échelle de névrosisme de Costa & McCrae (1992). Nous présentons pour chaque évaluation le score moyen avec l'écart type, le score minimum et le score maximum.

2. 5. 1. L'évaluation de l'estime de soi

Le tableau 29 indique les résultats à l'échelle de l'estime de soi. Nous notons qu'à partir du seuil 29, nous sommes à la présence d'une estime de soi faible (Boujut, 2007). Dans notre échantillon, nous avons relevé que 40.7% ont une estime de soi faible contre

59.3% qui ont une estime de soi élevée. Nous repérons un score minimum de 13 et un score maximum de 40 et une moyenne de 30.54 avec un écart type de 4.9.

Tableau 29 : Les scores obtenus à l'échelle de Rosenberg d'estime de soi

<i>Echelle</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Seuil retenu</i> <i>29</i>
d'estime de soi de Rosenberg	30.54	4.9	13	40	40.7% estime de soi faible 59.3% ont une estime de soi élevé

2. 5. 2. Évaluation de la dépression

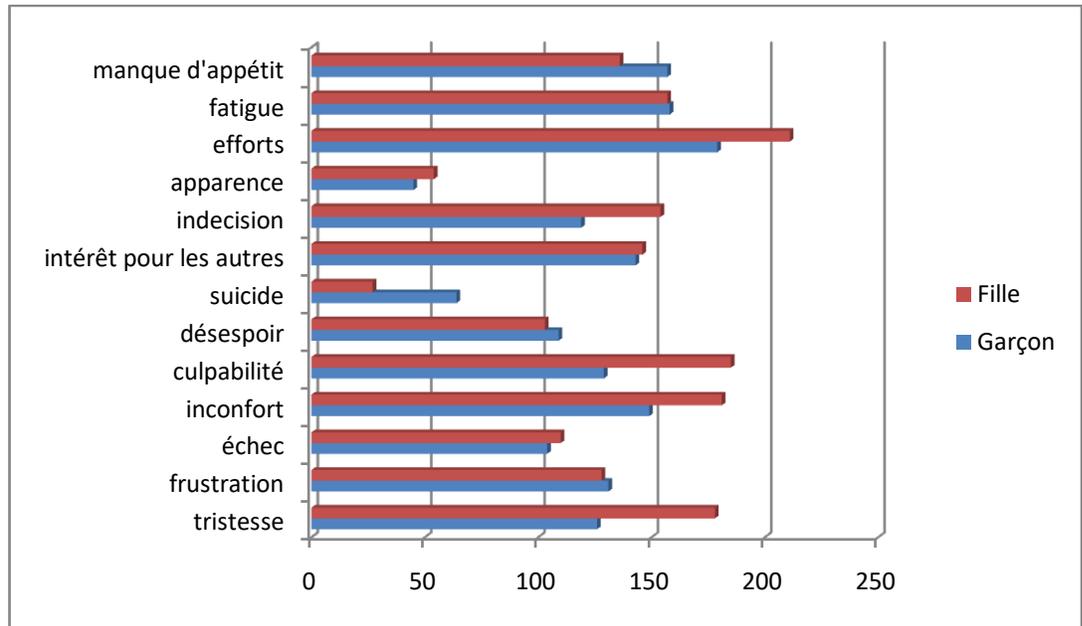
Le tableau 30 illustre les résultats obtenus à l'échelle de dépression de Beck. Nous avons obtenu à cet égard, un score minimum de 0 et un score maximum de 39, avec une moyenne de 9.83 et un écart type de 7.17. Nous précisons que selon notre échantillon un pourcentage de 30.5% ne présente pas de dépression, et que 29.1% connaît une dépression légère, que 28.8% en souffre d'une dépression modérée et que 11.6% éprouve une dépression profonde.

Le dernier groupe ayant la dépression profonde est à prendre en considération dans la lecture des résultats puisqu'il constitue le groupe qui est le plus en difficulté et qui a le plus besoin d'encadrement pédagogique et de suivi psychologique.

Tableau 30 : Les scores obtenus à l'échelle de Beck de dépression

<i>Echelle</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>%</i>
<i>Echelle de dépression De Beck</i>	9.83	7.17	0	39	<i>Pas de dépression : 30.5%</i> <i>Dépression légère : 29.1%</i> <i>Dépression modérée : 28.8%</i> <i>Dépression profonde : 11.6%</i>

Figure 17 : Répartition des réponses obtenues par le groupe des filles et des garçons aux items du questionnaire de dépression de Beck BDI-13



En nous appuyant sur les réponses des étudiants aux items de l'échelle de dépression de Beck, la figure 17 illustre des éléments intéressants. Nous remarquons que les garçons ont tendance à penser plus au suicide alors que les filles expriment plus de sentiments de tristesse et de culpabilité.

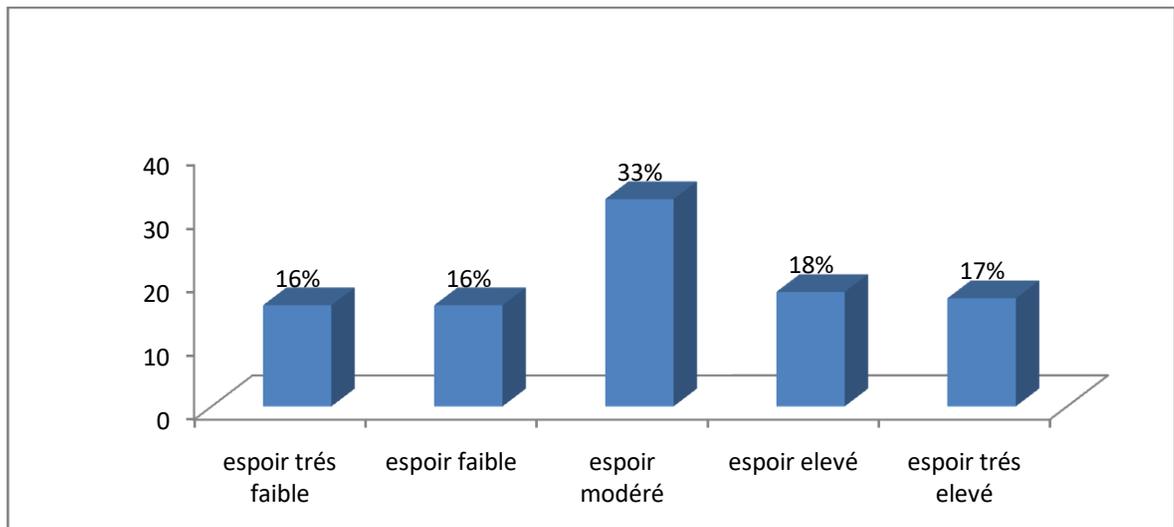
2. 5. 3. Évaluation de l'espoir avec l'échelle de Snyder

La lecture du tableau 31 illustre nos résultats à l'échelle de l'espoir de Snyder. Nous avons relevé une moyenne de 23.84 avec un écart type de 4.32, un score minimum de 11 et un score maximum de 62. Par ailleurs, la figure 18 nous explique que 16% de notre échantillon présente un espoir très faible, 16% possède un espoir faible, 33% a un espoir modéré, 18% connaît un espoir élevé et 17% éprouve un espoir très élevé.

Tableau 31 : Les scores obtenus à l'échelle de Snyder d'espoir

Echelle	M	ET	Min	Max
Espoir de Snyder	23.84	4.32	11	62

Figure 18 : Répartition selon 5 classes suivant le score obtenu au questionnaire de Snyder d'espoir



2. 5. 4. Évaluation du névrosisme

Le tableau 32 indique nos résultats à l'échelle du névrosisme. Nous avons obtenu une moyenne de 143.73 avec un écart type de 20.69, un score minimum de 79 et un score maximum 196. Nous pouvons parler d'étudiants moyennement affectés par le névrosisme.

Tableau 32 : Les scores obtenus à l'échelle du NEOPI-R du névrosisme et les scores obtenus aux dimensions de l'échelle

Echelle de névrosisme	M	ET	Min	Max
Score total	143.73	20.69	79	196
Timidité	24,56	4,24	13	39
dépression	23.87	5.40	10	39
Hostilité. colère	24.68	5.08	11	37
Anxiété	25.12	4.85	12	38
Impulsivité	19.53	3.85	10	46
Vulnérabilité	22.29	5.49	8	38

2. 6. Les évaluations des variables transactionnels

Dans ce qui suit nous allons présenter les résultats des variables transactionnelles, à savoir le stress perçu, les sources du stress et les stratégies d'ajustement. En effet, il s'agit d'indiquer un score général, un score minimum et un score maximum et l'écart type

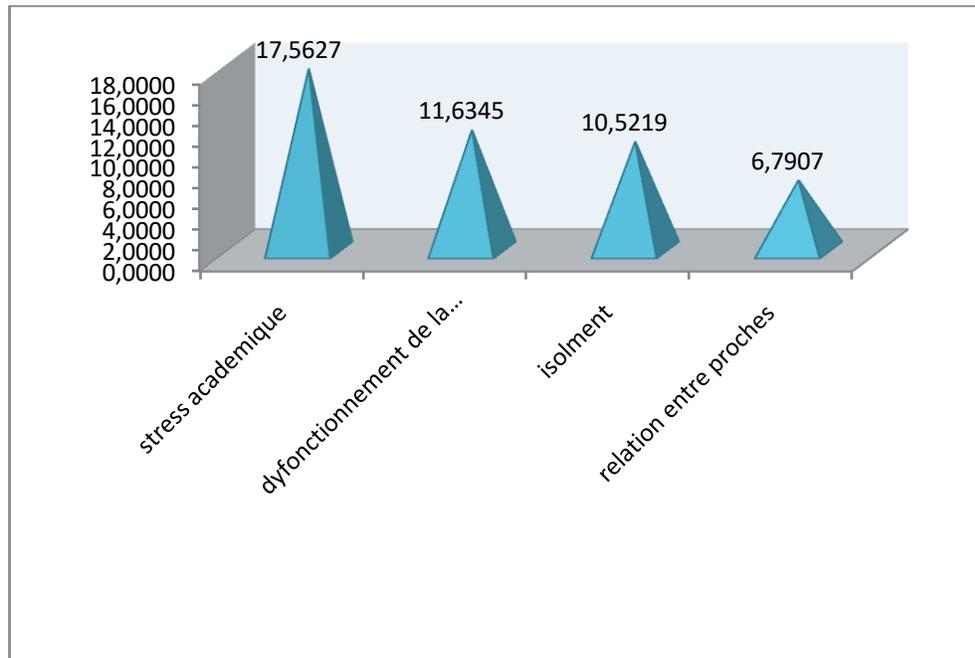
2. 6. 1. Évaluation du stress perçu

Le tableau 33 expose les résultats obtenus à l'échelle de Boujut de stress perçu et des sources de stress (chaque item de l'échelle représente une source de stress et l'échelle donne un score de stress perçu global). La moyenne est de 67.11 avec un écart type de 15.69, minimum 32 et maximum 105. La moyenne obtenue à la dimension « stress académique » est de 17.56 avec un écart type de 4,28. Ainsi, la moyenne obtenue à la dimension « dysfonctionnement de la faculté » est de 11.63, avec un écart type 3.25. De plus la moyenne de la dimension « isolement » est de 10.52 avec un écart type de 3.87. Pour ce qui est de la moyenne de la dimension « relation aux proches » est de 6.79, avec un écart type de 2.97. Nous pouvons comprendre à partir de ces résultats illustrés ci-avant, que les étudiants sont principalement préoccupés par le « stress académique » puis par « le dysfonctionnement de la faculté ».

Tableau 33 : Les scores obtenus à l'échelle de Boujut du stress perçu

<i>Echelle de stress perçu</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Score global	67.11	15.69	32	105
Stress académique	17.56	4.28		
Dysfonctionnement de la faculté	11.63	3.25		
Isolement	10.52	3.87		
Relation aux proches	6.79	2.97		

Figure 19: Les moyennes obtenues aux dimensions du stress perçu (les sources du stress) à l'échelle de Boujut (2007)



2. 6. 2. Évaluation des stratégies d'ajustement

Le tableau 34 illustre les résultats à l'échelle d'évaluation des stratégies d'ajustements avec indication pour chaque stratégie, de la moyenne avec un écart type, le score minimum et le score maximum. Pour le coping centré sur la résolution des problèmes, la moyenne est de 28.34 avec un écart type de 6.29, un score minimum de 10 et un score maximum de 43. Or, pour le coping centré sur l'émotionnel, la moyenne est de 25.27 avec un écart type de 6.36 et un score minimum de 9 et un score maximum de 36. Et en ce qui concerne le coping centré sur le social, la moyenne est de 20.92 avec un écart type de 5.80, un score minimum de 8 et un score maximum de 32. Nous pouvons déduire que les étudiants utilisent d'avantage un coping centré la résolution des problèmes que les deux autres stratégies (coping centré sur l'émotionnel et coping centré sur le social).

Tableau 34: Les scores obtenus au questionnaire des stratégies d'ajustement avec le WCC-R

<i>Echelle</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Coping centré sur la résolution des problèmes	28.34	6.29	10	43
Coping centré sur l'émotionnel	25.27	6.36	9	36
Coping centré sur le social	20.92	5.80	8	32

2. 7. Analyse corrélacionnelle de l'étude longitudinale au T1

Les analyses des corrélations ont été réalisées avec le test de Pearson. La lecture du tableau 35 indique que les corrélations sont modérées et significatives entre notre variable dépendante « santé psychologique » et les variables indépendantes, à savoir l'estime de soi, l'espoir, la dépression, le névrosisme, le stress perçu et le coping centré sur la résolution des problèmes.

Tableau 35 : Étude longitudinale : analyse des corrélations

	1	Espoir	Estime de soi	Dépression	Névrosisme	Stress perçu	Coping
.Santé psychologique	1.000	-.490**	-.564**	.722**	.560**	.456**	-.478**

* p < .05 ; ** p < .01

Rappelons que dans notre hypothèse HS 2.1, nous avons postulé la présence d'une corrélation négative entre notre variable dépendante « santé psychologique » et la variable « espoir ». Le tableau 35 indique une corrélation négative significative qui est estimée à $r = -.490$, entre notre variable dépendante « santé psychologique » et la variable « espoir », en utilisant le test de Pearson. Nous avons prouvé et validé de ce fait notre hypothèse.

Pour notre hypothèse HS2.2, à partir de laquelle nous avons postulé la présence d'une corrélation négative entre notre variable dépendante « santé psychologique » et la variable « estime de soi », le tableau 29 indique une corrélation négative et significative estimée à $r = -.564$, entre notre variable dépendante « santé psychologique » et la variable

« estime de soi » en utilisant le test de de Pearson. Nous pouvons alors conclure que notre hypothèse est validée.

Concernant notre hypothèse HS2.3, où nous avons postulé la présence d'une corrélation positive entre notre variable dépendante « santé psychologique » et la variable « dépression », le tableau 35 indique une corrélation positive estimée à $r = .722$, entre notre variable dépendante « santé psychologique » et la variable « dépression » en utilisant le test de Pearson. Par conséquent, nous concluons que notre hypothèse est confirmée.

Rappelons aussi notre hypothèse HS2.4, par laquelle nous avons postulé la présence d'une corrélation positive entre notre variable dépendante «santé psychologique» et la variable « névrosisme ». Le tableau 35 indique une corrélation positive estimée à $r = .560$, entre notre variable dépendante « santé psychologique » et la variable « névrosisme », en utilisant le test de Pearson. Nous pouvons de cette manière conclure que notre hypothèse est validée.

Dans notre hypothèse HS 3.1, nous avons postulé la présence d'une corrélation positive entre notre variable dépendante « santé psychologique » et la variable « stress perçu ». Le tableau 35 montre une corrélation positive estimée à $r = .456$ entre notre variable dépendante « santé psychologique » et la variable « stress perçu », en ayant utilisé le test de Pearson. Nous concluons que notre hypothèse est confirmée.

Finalement, concernant notre hypothèse HS 3.2, nous avons postulé la présence d'une corrélation négative entre notre variable « santé psychologique » et la variable « coping centré sur le problème ». Le tableau 35 nous indique qu'il existe une corrélation négative et significative estimée à $r = - .478$, entre la variable dépendante «santé psychologique » et la variable « coping centré sur le problème », et ce par le recours au test de Pearson. Par conséquent, nous pouvons conclure que notre hypothèse est validée.

2. 8. Étude longitudinale : l'analyse de régression multiple pas à pas des résultats du premier temps de la recherche T1

Dans la continuité de nos résultats et afin d'approfondir nos explorations, nous avons effectué une analyse de régression multiple pas à pas, qui prend en considération plusieurs variables indépendantes (variables explicatives), représentant des facteurs qui sont supposés influencer le phénomène à expliquer. Dans notre cas, il s'agit de comprendre à partir des six variables indépendantes de la recherche, le facteur qui contribue le plus à l'explication de l'état de la santé psychologique.

À cette fin, nous avons réalisé une analyse de régression multiple pas à pas afin d'évaluer le poids respectif des différentes variables dans la compréhension de la détresse psychologique.

Tableau 36 : Analyse de régression multiple pas à pas des résultats du premier temps de la recherche

<i>Modèle</i>	<i>R</i>	<i>R²</i>	<i>R² ajusté</i>	<i>Erreur standard de l'estimation</i>	<i>Variation de R²</i>	<i>Variation de F</i>	<i>Signification de F</i>	<i>DUBIN WATSON</i>
1	,564 ^a	,318	,316	3,183	,318	114,390	.000	
2	,625 ^b	,391	,386	3,015	,073	29,048	.000	
3	,657 ^c	,432	,425	2,918	,041	17,514	.000	
4	,679 ^d	,461	,452	2,848	,029	13,035	.000	
5	,687 ^e	,472	,461	2,825	,011	4,966	.027	
6	,696 ^f	,484	,471	2,798	,012	5,751	.017	1,811

a. Prédicteurs : constante estime de soi.

b. Prédicteurs : constante estime de soi, névrosisme.

c. Prédicteurs : constante estime de soi, névrosisme, coping centré sur le problème.

d. Prédicteurs : constante estime de soi, névrosisme, coping centré sur le problème, stress perçu.

e. Prédicteurs : constante estime de soi, névrosisme, coping centré sur le problème, stress perçu, condition d'hébergement.

f. Prédicteurs : constante estime de soi, névrosisme, coping centré sur le problème, stress perçu, condition d'hébergement, choix de la filière.

g. Variable dépendante : GHQ-12.

Les résultats de l'analyse de régression, exposés dans le tableau 36, indiquent que l'estime de soi explique 31% de la variance des résultats au GHQ-12 et le névrosisme 7% pour un total de 38%. Nous pouvons tirer la conclusion suivante : l'estime de soi est une variable qui a une influence sur la détresse psychologique des étudiants tunisiens.

Par ailleurs, le tableau indique que les variables « l'estime de soi, névrosisme, coping centré sur le problème, stress perçu, condition d'hébergement et le choix de la filière » expliquent 48% de la variance des résultats au GHQ-12.

Précisons, par ailleurs, que la signification du R2 est évaluée en fonction de l'apport de chaque étape. La variation de F (voir tableau 36) est associée aux différents modèles et elle est significative. Le modèle récapitulatif explique une proportion significative de la variance de la variable « santé psychologique ». Nous sommes passés de $R^2 = 0.318$ à $R^2 = 0.391$. Ainsi cette variation de 0.07 est significative. Le deuxième modèle fait passer le R2 de 0.391 à $R^2 = 0.432$ et la variation de 0.04 est significative. Le troisième modèle fait passer le R2 de 0.432 à $R^2 = 0.461$ et la variation de 0.02 est significative. A partir de ces données, nous pouvons conclure que chaque étape contribue significativement à l'amélioration de l'explication de la variabilité de la VD « santé psychologique.

3. Troisième étape : étude longitudinale présentation des résultats du T2

Tout d'abord nous indiquons que seulement 252 étudiants ont répondu aux questionnaires de notre recherche. Dans un premier temps nous présenterons la comparaison de moyenne entre T1 et T2. Ensuite, nous évoquerons les résultats obtenus aux différentes échelles à savoir la moyenne, l'écart type, le score minimum et le score maximum.

3. 1. Comparaison de moyenne avec le test t Student pour échantillon apparié entre T1 et T2

La comparaison de moyenne a été réalisée avec le test t Student pour échantillon apparié.

Tableau 37 : Comparaison de moyennes avec t Student pour échantillon apparié (comparaison entre T1 et T2)

	<i>M t1 - M t2</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>t</i>	<i>P</i>
Paire 1 : GHQ1 - GHQ2	4.21 - 3.44	.770	4.85	2.54	.012
Paire 2 : Espoir1- espoir2	23.84 - 35.86	-12.02	5.46	-3.52	.000
Paire 3 : Estime1-estime 2	30.54 - 31.49	-.942	5.58	-2.70	.007
Paire4 : COP1 centré problème - COP2 centré problème	28.35 - 30.92	-2.570	7.862	-5.25	.000
Paire5 : COP1 centré émotion – COP2 centré émotion		-.078	8.92	-.140	.898
Paire6 : COP1 centré sur social - COP2 centré sur social		-.942	.7.10	-2.130	0.34

* p < .05 ; ** p < .01

Pour comparer les résultats de la recherche entre T1 et T2, nous tenons à rappeler que notre hypothèse de départ postulait que les étudiants tunisiens primo-inscrits arrivent à s'ajuster aux nouvelles exigences de la vie universitaire et s'adaptent à leurs nouvelles responsabilités. De ce fait, nous avons supposé que les étudiants sont moins dans une situation de détresse psychologique et affrontent mieux leurs difficultés.

Notre hypothèse HS 4 indique qu'au T2, nous nous attendons à ce que notre variable dépendante « santé psychologique » et nos variables transactionnelles et dispositionnelles évoluent, à savoir les stratégies d'ajustement fonctionnel, le coping centré sur le problème, l'estime de soi et l'espoir. Cette hypothèse HS 4 sera vérifiée avec le test t

Student pour échantillon apparié. Nous nous attendons à retrouver une différence statistiquement significative entre les résultats du temps 1 et les résultats du T2.

Pour notre variable « santé psychologique », la lecture du tableau 37 : indique que notre échantillon a obtenu une moyenne de 4.21 aux GHQ-12 au T 1 puis une moyenne de 3.44 au T2. Nous concluons que cette baisse de moyenne est significative et implique que l'état de santé psychologique s'est amélioré.

Pour la variable espoir, la lecture du tableau 37 indique que notre échantillon a obtenu une moyenne de 23.84 à l'échelle de l'espoir au T 1, puis une moyenne de 35.86 au T 2. Nous concluons alors que cette différence est significative et que cette variable a connu une amélioration au T2.

Quant à la variable estime de soi, la lecture du tableau 37 indique que notre échantillon a obtenu une moyenne de 30.54 à l'échelle de l'estime de soi au T1, puis une moyenne de 31.49 au T2. Nous concluons que cette différence est significative et que cette variable a connu une amélioration au T2.

Pour la variable coping centré sur la résolution des problèmes. D'ailleurs, la lecture du tableau 37 indique que notre échantillon a obtenu une moyenne de 28.35 à l'échelle de coping au T1, puis une moyenne de 30.92 au T2. Nous concluons que cette différence est significative et que cette variable a connu une amélioration au T2.

En somme, nous pouvons avancer que l'ensemble des variables ont évolué dans le sens attendu. Le test t Student pour échantillon apparié indique qu'il existe une différence statistiquement significative entre les résultats du T 1 et les résultats du T 2. Une comparaison des moyennes a été réalisée avec le t Student pour échantillon apparié pour voir s'il y a une différence significative entre T1 et T2. Nous avons retenu un seuil de significativité inférieur à .05. Cette hypothèse a été vérifiée avec le test t Student pour échantillon apparié. Nous retrouvons une différence statistiquement significative entre le T1 et le T2.

3. 2. Les résultats obtenus au T2 à l'échelle du GHQ-12

La lecture du tableau 38 indique que les étudiants au temps 2 ont obtenu une moyenne de 3.44 au GHQ-12 avec un score minimum de 0 et un score maximum de 12 et un écart type de 3.02. Ces résultats prouvent une amélioration de leur état psychologique par rapport au T 1 .

Tableau 38 : Les résultats obtenus au T 2 à l'échelle du GHQ-12

<i>Variable</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
GHQ-12 TEMPS 2	3.44	3.02	0	12

3. 3. Les résultats obtenus aux T2 à l'échelle de l'espoir

La lecture du tableau 39 indique que les étudiants au T 2 ont obtenu une moyenne de 35.86 à l'échelle de l'espoir de Snyder avec un score minimum de 18 et un score maximum de 45 et un écart type de 3.81. Ces résultats démontrent une amélioration de leur niveau d'espoir par rapport au T 1 .

Tableau 39 : Les résultats obtenus au T 2 à l'échelle de l'espoir

<i>Variable</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
<i>Espoir Temps 2</i>	35.86	3.81	18	45

3. 4. Les résultats obtenus aux T2 à l'échelle de l'estime de soi

La lecture du tableau 40 nous permet de dégager que les étudiants au T2 ont obtenu une moyenne de 31.49 à l'échelle de l'estime de soi avec un score minimum de 15 et un score maximum de 40 et un écart type de 5.02. Ces résultats indiquent une amélioration de leur état estime de soi par rapport au T1 .

Tableau 40 : Les résultats obtenus au T 2 à l'échelle de l'estime de soi

<i>Variable</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
<i>Estime de soi</i>	31.49	5.02	15	40

3. 5. Les résultats obtenus au T2 à l'échelle des stratégies d'ajustement « coping »

Le tableau 41 expose résultats suivants, à savoir : les étudiants au T 2 ont obtenu une moyenne de 30.92 au coping centré sur les problèmes avec un score minimum de 10 et un score maximum de 43 et un écart type de 5.73. Ces résultats indiquent une amélioration de leur état psychologique par rapport au temps 1.

Tableau 41 : Les résultats obtenus au T 2 à l'échelle des stratégies d'ajustement « coping »

<i>Variable</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
<i>Coping centré sur les problèmes</i>	30.92	5.73	10	43
<i>Coping centré sur l'émotionnel</i>	25.29	6.12	9	36
<i>Coping centré sur le social</i>	21.86	4.46	10	32

3. 6 L'analyse de régression des résultats du temps 2 :

La lecture du tableau 42 permet de déduire que c'est le coping centré sur les problèmes qui a le poids le plus important pour expliquer la santé psychologique, cette variable participe à 19% dans l'explication de la santé psychologique des étudiants et l'estime de soi participe avec 7%.

Tableau 42: analyse de régression des résultats du temps 2

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard De l'estimation	Changement dans les statistiques			Dubin Watson
					Variation de R-deux	Variation de F	Sig. Variation de F	
1	,445 ^a	,198	,195	2.71	,198	62,85	,000	1.900
2	.520 ^b	.270	,264	2.59	.072	25.10	,000	

a. Valeurs prédites : (constantes), COP2 centré problème

b. Valeurs prédites : (constantes), COP2 centré problème, Estime de soi 2

c. Variable dépendante : GHQ-12 temps2

Précisons que la signification du R2 (la valeur du R2 représente la proportion de la variation de la réponse expliquée par le modèle) est évaluée en fonction de l'apport de chaque étape. La variation de F (voir le tableau 42) associée aux six modèles est significative. Ce modèle récapitulatif explique une proportion significative de la variance de la variable santé psychologique. Nous sommes passés de R2= 0.198 à R2 = 0.270 ainsi cette variation de 0.07 est significative. Nous constatons que chaque étape contribue donc significativement à l'amélioration de l'explication de la variabilité de la variable dépendante « santé psychologique ». Nous comprenons par conséquent, que le coping centré sur la résolution des problèmes et l'estime de soi expliquent 26% de la variance des résultats au GHQ12.

4. Quatrième étape : l'analyse thématique des entretiens semi-directifs

Le discours des étudiants sur leurs perceptions et leurs vécus psychologiques de cette première année à l'université est très riche en enseignement. L'analyse thématique des entretiens semi-directifs va apporter une dimension plus compréhensive des vécus psychologiques des étudiants tunisiens primo-entrants. Cette analyse va nous permettre de saisir les difficultés rencontrées lors de ce premier semestre dans la mesure où chaque vécu est imbibé d'émotions et de fortes affects et qu'il renvoie à des systèmes de pensées, de valeurs et de représentations qui sont propres à chacun.

Nous rappelons que cette analyse vise à distinguer les grands thèmes abordés dans les discours des interviewés. Les thèmes ont été codés car ils représentent les noyaux de sens (Bardin, 1977) que nous révèlent les étudiants. Ensuite ils ont été classés par des catégories et des sous catégories. C'est-à-dire que les informations assemblées sont arrangées et ordonnées en catégories et sous catégories, organisées, interprétées et mesurées pour dégager des généralités ou bien des différences relatives au phénomène étudié, un problème, un enjeu ou un événement.

Le traitement des résultats s'est effectué par l'analyse statistique des pourcentages en prenant en considération la fréquence de chaque thème catégorisé abordé pendant les entretiens. Les résultats obtenus ont pu servir de base à une analyse approfondie et plus fine du ressenti des étudiants. Dans ce qui suit, nous allons apporter quelques extraits des discours des étudiants rencontrés lors des entretiens en lien avec les thématiques choisies pour exploration avec présentation du pourcentage lié à chaque thème catégorisé.

4. 1. Le vécu du stress
4. 2. Les sources du stress
4. 3. Les stratégies d'ajustement
4. 4. Le soutien social
4. 5. Les symptômes de la détresse et le recours à un professionnel de la santé
4. 6. L'orientation : filière choisie ou subie
4. 7. L'espoir et la poursuite d'un but dans la vie

4. 1. Le vécu du stress

Le vécu du stress des deux premiers mois après avoir été installé à la cité universitaire, peut être décrit en différentes manières.

- **Une expérience douloureuse (une perception négative)** : Nous indiquons que 50% (10 sur 20) des étudiants verbalisent pendant l'entretien le vécu de la douleur durant le premier mois.

« Eh bien! C'était une expérience pleine d'émotions je n'ai jamais imaginé que je serai très affectée. C'est une expérience douloureuse. D'ailleurs je n'ai jamais vécue ni la séparation, ni la vie loin de ma famille [...] »

« Je pleurai souvent, j'appelai ma mère très souvent je n'ai jamais été aussi triste je n'ai jamais pensé que le fait de couper le cordon ombilical ne soit si douloureux ; malgré que c'est moi qui a choisi d'étudier à Sfax. Les études universitaires à Sfax sont jugées très sérieuses donc j'ai du supporter cette douleur [...] »

« Quand je suis arrivée ici, c'était la déprime. Déjà j'étais triste de partir. Enfin bien que j'avais envie de partir mais tu sais quand tu y arrives ici, tu ne connais personne, tu te sens à l'écart de tout, tu es vraiment mal à l'aise et tout. Tu as des doutes, tu te dis : « Est-ce que ça va marcher ? Est-ce que j'ai fait le bon choix ? [...] On a des craintes ».

Dans les entretiens menés avec les étudiants, cette séparation est toujours évoquée de façon particulièrement chargée d'émotions.

En fait «le passage à la fac, pour moi, ça a été un passage difficile, parce que ça a été le passage où, comme beaucoup d'étudiants, où tu passes de ton univers familial dans lequel, j'ai été couvée, très protégée par mes parents, donc ils avaient peur, parce qu'ils habitaient une petite ville alors que dans une grande ville, il y a de la drogue, la mauvaise fréquentation, des trucs qui font peur un peu[...] », Et Naima poursuit en disant : « j'ai jamais été séparée de mes parents, j'ai toujours vécu près d'eux, donc ça a été une séparation assez difficile, le départ à la gare pour prendre le train était triste surtout au moment des adieux.

- **Un vécu de nouveau départ, une expérience déterminante** (une perception positive). Notons que 50% des étudiants (10 sur 20) ont verbalisé que cette expérience était un nouveau départ, un événement crucial.

« Je me suis senti très excité d'avoir le bac pour poursuivre les études supérieures. On sent qu'on est devenu grand. C'est bien de changer complètement le cadre et de commencer une nouvelle vie ».

« Quand je me couche, je pense à chez moi ». Mais j'avoue volontiers : « Même si c'est ma seule année ici à Sfax, [...] j'ai quand même eu une bonne expérience. Ça m'a apporté beaucoup de choses d'avoir été séparée comme ça, d'avoir été amenée à me débrouiller seule, à me faire mon petit monde, ma petite vie ici. Je trouve que c'est une bonne expérience si on veut acquérir une indépendance et une ouverture d'esprit surtout ».

Dans ma tête, c'était important de s'éloigner de ma famille et de faire mes études ailleurs, d'ailleurs il y'a trop de conflits chez moi [...]. C'était la bonne solution j'ai trouvé cette expérience intéressante et nouvelle ».

« Un nouveau départ dans la vie ; prendre sa vie en main, étudier et se prendre en charge, une très belle expérience [...]. Se sentir libre, ne pas avoir ma mère tout le temps derrière moi, c'est bien de s'éloigner de sa famille [...] mais mes amis du lycée me manquent, le beau temps me manque [...] ». Une expérience difficile et dure [...]. J'ai beaucoup pleuré, je me suis sentie triste, je dormais mal et je n'avais pas trop envie de manger [...]. Je disais à mes parents que tout allait bien mais ce n'était pas vrai, les premières semaines je ne peux pas te les raconter ca restera gravé dans ma mémoire [...] mais avec le temps la douleur s'éteint et j'ai commencé à m'habituer [...]. Enfin j'ai commencé à apprécier ma journée et à étudier [...]. »

« Séparation, liberté et solitude » sont les mots utilisés par les étudiants lors des entretiens. L'entrée dans les études universitaires est perçue comme un événement « *menaçant* » mais aussi comme l'occasion d'un nouveau départ : elle procure la liberté de faire les études que l'on a choisies et que l'on aime, prélude à un choix de vie : « *A partir de la fac, dit Mounia, on commence à avoir des projets bien précis. Les études font partie de ce que je veux faire dans l'avenir...au début je me sentais seule et je ne connaissais personne ...je suis passée par des moments d'angoisse assez importants* ».

« Ma vie s'est transformée, un nouveau cadre, un nouveau espace, de nouvelles relations c'est vraiment excitant tout ce changement, une vraie métamorphose [...] »
 « Un événement crucial, tous les repères changent c'est le moment de savoir si tu as construit une personnalité forte pour affronter les problèmes de tous les jours [...] »
 « Cette expérience nous rendra plus fort, plus confiant, et capable de gérer les situations nouvelles [...] un défi à relever et être fière de soi de l'avoir soulevé [...] »

4. 2. Les sources du stress

Plusieurs causes ont été mentionnées, nous les avons regroupés dans les catégories suivantes.

Pour l'éloignement du cocon familial : 100% des étudiants ont verbalisé que le départ du cocon familial comme difficile au départ. Même ceux qui disent qu'ils avaient des conflits avec leurs familles et qu'ils avaient choisi de quitter le cocon familial, la première semaine ou les dix premiers jours à la cité universitaire, ils pensaient souvent à leurs parents.

Oh mon Dieu ! C'était vraiment douloureux. J'appelai ma mère toutes les heures, elle essayait de me reconforter et de me donner des conseils, j'ai toujours vécu auprès de ma famille, vivre seule dans une ville étrangère, eh bien c'est dût, dût Heureusement j'ai trouvé une copine du lycée [...].

Pour le nouveau réseau social à construire, 65% des étudiants (13 sur 20) ont indiqué qu'ils arrivaient à construire un nouveau réseau social.

On ne connaît personne, au lycée tout le monde se connaît on a passé quatre ans ensemble que se soit a la fac, dans la rue, dans la cité on se sent isolé on ne connaît personne. Pour certains même quand tu dis bonjour on te répond pas c'est comme on n'a pas la même langue [...].

Pour la surcharge du travail, 65% des étudiants (13 sur 20) ont verbalisé les difficultés rencontrées liées à la surcharge du travail et à la nouvelle manière d'étudier à la faculté).

Au début je ne savais pas comment étudier et prendre des notes, l'expérience de l'amphi était angoissante. Le prof donne le cours et ne se souci même pas si on a compris et c'est vraiment gênant de lever le doigt pour demander des explications. On est crevé le soir ». « Je suis déboussolé et je ne sais plus comment travailler les cours les polycopies les études à la faculté c'est autre chose un autre enfer [...]. Il n'y a plus papa ou maman qui donnent des conseils, c'est la liberté totale. On peut sortir comme on veut, quand on veut, dépenser comme on veut, donc c'est là le piège. Oui, c'est un gros piège parce que nous sommes libres, déjà ce sera assez difficile déjà de faire la différence entre sortir et travailler. Là vraiment je crois qu'on prend son indépendance sur tous les plans [...] ».

Pour ce qui est des conditions précaires des campus universitaires, 100% des étudiants se plaignent des conditions précaires des campus universitaires.

Les blocs sanitaires, les douches, la chambre? C'est sale [...]. On doit tout le temps y nettoyer [...]. J'ai eu peur de choper une saleté malgré que j'utilise toujours de l'eau de javel [...]. Chacun jette la responsabilité de la propreté sur les autres alors que c'est la responsabilité de chacun de nous. L'hygiène manque, trop de saleté, les douches c'est un jour sur deux, pas d'eau chaude au quatrième étage, trop de bruit la nuit [...].

Concernant les difficultés financières, 100% des étudiants déclarent que l'argent est un grand souci à gérer au quotidien.

On s'est entendu avec mes parents d'avoir une somme d'argent toute la semaine mais c'est juste suffisant ce qu'il me donne [...]. Je n'aime pas trop manger dans le resto universitaire [...] et je n'ai pas le temps pour cuisiner [...]. Avec les cours et la bibliothèque j'arrive crevé le soir je mange un sandwich et une boisson tout ça chiffre en fin de semaine, puis les frais des photocopies et les documents ; prendre un café avec les copains et les cigarettes. La nourriture, les frais des déplacements [...]. A la fin de la semaine je n'ai aucun sou [...].

Concernant le manque d'activités de loisirs, 50% des étudiants soulignent le manque d'activité de loisirs et le manque de défoulement.

Il n'ya rien à la cité universitaire, pas d'activité sportive ou culturelle, [...]. J'étais très active chez moi je fréquentai plusieurs clubs [...]. Là c'est un nouveau cadre je ne connais personne et je ne sais même pas à qui demander l'information.

Eh! À huit heures du soir la porte du foyer est fermée et on a plus le droit de sortir. Sinon il faut se justifier devant le directeur du foyer. Le soir il n'ya rien ; ni télé, ni gala, ni activité sportive.

4. 3. Les stratégies du coping

Pour le recours au coping religieux ou résilient, notons que 40% (9 sur 20) des étudiants déclarent que la prière et le recours à l'aide de dieu est un réel réconfort et apaisement des angoisses ressenties surtout au début de cette aventure.

J'ai prié ; j'ai pris mon mal en patience et je me suis dit qu'avec l'aide de dieu je me sentirai mieux, la prière est importante. D'ailleurs en ces moments là je me sentais mieux.

La prière est très importante pour moi. Depuis le collège, la prière est ma source d'inspiration et un moyen pour communiquer avec dieu et lui demander de la force pour pouvoir supporter cette dure épreuve [...] »

Concernant l'organisation et de la planification, précisons que 40% des étudiants verbalisent l'intérêt de s'organiser et de planifier les tâches à réaliser.

Dès le départ je me suis dit que je devais m'organiser pour réussir. C'est exactement comme le bac [...], réaliser des fiches [...], faire des synthèses [...], réaliser un emploi du temps pour pouvoir réviser les cours et se préparer aux examens [...].

Ma binôme est très organisée [...], dès le début on s'est mis d'accord pour réviser ensemble [...], organiser les cours [...], faire des fiches [...], le soutien de mon amie m'a énormément aidée [...]. Trouver refuge dans le sommeil [...]. Ça soulage la souffrance.

Pour le recours aux pleurs et au sommeil (« pleurer et dormir »), nous présentons les extraits des discours suivants :

Je ne sais pas combien de fois j'ai pleuré, je crois que j'ai épuisé toutes mes larmes. Ma mère m'appelait souvent pour avoir de mes nouvelles mais je ne pouvais pas lui annoncer dans quel état j'étais de peur qu'elle s'inquiète plus [...].

Déjà que je suis loin [...].

Je dois lui montrer que je suis devenue responsable [...]

Après une journée de pleurs [...]

Concernant le recours aux achats, le fait de sortir pour changer les idées.

Notons que 50% des étudiants aiment sortir pour changer les idées et faire quelques achats.

J'ai essayé de changer les idées, de marcher, d'inviter des copines et de me rendre en ville, de prendre une douche se relaxer [...].

J'aime m'offrir un cadeau quand je suis triste [...].

Je crois que j'ai fait des dépenses inhabituelles durant le premier mois [...].

Concernant le recours à Facebook et aux réseaux sociaux, nous indiquons que 100% des étudiants trouvent que les réseaux sociaux sont un excellent moyen pour se distraire et oublier ses difficultés.

« La première semaine [...]. Je contactais ma mère toute les heures, ca me réconfortait d'entendre sa voix. Mais vite je pleurais c'était dur les premiers jours mais avec le temps le soutien et les conseils de mes parents m'ont permis d'être plus fort pour vivre cette nouvelle aventure. Maintenant ça va mieux.

4. 4. Le soutien familial et amical

Précisons que 80% des étudiants déclarent que le soutien familial et amical est nécessaire.

« La première semaine [...]. Je contactais ma mère toute les heures, ca me reconfortait d'entendre sa voix. Mais vite je pleurais c'était dur les premiers jours mais avec le temps le soutien et les conseils de mes parents m'ont permis d'être plus fort pour vivre cette nouvelle aventure. Maintenant ça va mieux.

4. 5. Les symptômes de la détresse

Notons ici que 50% des étudiants ont présenté des signes de détresse intense surtout les deux premières semaines.

Je me suis souvent sentie triste, irritable à la moindre contrainte [...] à la faculté j'avais des problèmes de concentration [...] malgré mes efforts [...]. Je pensais assez souvent à ma famille.

Je me sentie étrange dans cette chambre de cité universitaire, j'avais du mal à m'endormir, et je pleurais souvent sur mon oreiller. Le matin j'étais fatiguée et j'avais du mal à me préparer pour aller à l'université [...]. Je manque d'appétit et je suis devenue très irritable

4. 6. Le choix de l'orientation : filière subie ou choisie

Précisons que 50 % des étudiants ont choisi la filière et que 50% d'entre-eux ont subi l'orientation.

Dans ma tête c'était clair [...]. Je savais ce que je voulais après mon bac j'aimais beaucoup la lecture des livres [...]. J'étais passionnée par la lecture. Devenir institutrice d'arabe est mon rêve [...]. Mes parents n'étaient pas d'accord, mais c'est mon avenir et enseigner c'est ce que je veux. Je ne veux pas rater mon avenir, je ne peux pas rester dans cette filière j'ai eu une mauvaise note en physique au bac [...]. J'ai eu le dernier choix et je me suis trouvée à la faculté des sciences [...]. Je pense que je dois me préparer au concours de réorientation dès maintenant.

4. 7. Thème de l'espoir

Notons que 40% des étudiants verbalisent l'espoir en termes de buts clairs et d'objectifs à atteindre avec une bonne volonté et une motivation.

Jusqu'à ce jour, j'ai toujours réalisé mes objectifs. J'ai obtenu les moyennes que je voulais, j'ai passé l'épreuve du bac avec succès et j'ai obtenu la moyenne nécessaire pour obtenir la filière tant convoitée [...]. Quand j'ai un objectif je m'organise à fournir les efforts nécessaires pour y arriver [...].

La joie de la réussite est excitante et nous rend heureux [...] et je compte poursuivre mes efforts pour décrocher mon diplôme d'ingénieur. Pour moi l'avenir appartient à ceux qui travaillent avec intelligence [...] On se fera remarquer par notre énergie et nos buts à réaliser.

Dans la vie quotidienne j'apprends de mes expériences et je veux toujours m'améliorer. Pour moi il y'a des personnes ressources qui peuvent t'aider à frayer ton chemin dans la vie pour ne pas être au chômage dans l'avenir; il y'a nos parents, les professeurs, les personnes qu'on va rencontrer lors des stages [...]. Je suis très actif et j'aime m'adhérer dans les clubs scientifiques et les associations humanitaires [...]. Ces occasions vont m'aider à tracer mon avenir et réaliser mes rêves

Précisons que 60% des étudiants déclarent que jusqu'à ce jour ils peinent à se fixer des objectifs, pas de buts précis dans le futur, l'avenir est incertain et on ne sait pas trop ce qu'on veut faire.

J'ai beaucoup galéré et ça continu jusqu'à ce jour, je ne sais pas trop ce que je veux faire dans la vie, mes parents ne peuvent pas me conseiller. Ils me disent que l'essentiel c'est d'avoir un diplôme et sortir de l'université pour faire n'importe quel boulot [...]. Je ne sais pas trop. Ces idées sont très floues pour moi.

Conclusion

En guise de conclusion de cette partie, nous pouvons retenir les éléments saillants suivants :

L'objectif de l'étude exploratoire et de l'étude longitudinale est de rendre compte de l'existence de la détresse psychologique chez les étudiants inscrits en première année et de son évolution au cours de l'année. Il s'agit, d'autre part, d'en mesurer l'impact des facteurs de personnalités et des facteurs transactionnels et d'en évaluer les conséquences sur la santé psychologique.

Notons par ailleurs que la prévalence de la détresse psychologique dans notre échantillon s'élève à 42.7%. Ceci dit, nous avons constaté que les étudiantes ont une moyenne au GHQ-12, plus élevée que leurs homologues étudiants sauf que cette différence de moyenne n'est pas significative.

Nous pouvons avancer que nos résultats révèlent des différences statistiquement significatives entre certaines variables sociodémographiques et les résultats au GHQ-12 en utilisant le test t Student et le test de l'Anova. Avec un seuil de significativité inférieur à .05, les variables indépendantes qui ont une influence sur notre phénomène à expliquer sont la satisfaction du niveau socio-économique des parents, la satisfaction du soutien social, la satisfaction des conditions d'hébergement et le choix de la filière. Pour les deux variables sexe et filière poursuivie (scientifique ou littéraires), une différence des moyennes a été notée dans le sens de nos hypothèses sans que cette différence soit statistiquement significative.

Les analyses des corrélations effectuées avec le test de Pearson montrent des résultats significatifs et modérés entre les différentes variables transactionnelles et dispositionnelles, avec les résultats au GHQ-12 : espoir = -.490, stress perçu = .456, névrosisme = .560, l'estime de soi = -.564 et coping centré sur le problème = -.478.

L'analyse de régression du T1 indique que le poids des variables « estime de soi » et « névrosisme » est considérable. Les deux variables sont considérées comme des facteurs

prédicteurs de la détresse psychologique chez les étudiants. Par ailleurs, l'analyse de régression du T2 révèle que les variables « coping centré sur le problème » et « l'estime de soi » ont un impact important sur l'explication de notre variable dépendante « la santé psychologique ».

Le test t Student pour échantillon apparié indique qu'il y a une différence statistique significative entre les résultats du premier temps de l'étude et les résultats du deuxième temps, avec une amélioration de l'état de santé psychologique des étudiants et une amélioration des scores à l'échelle de santé psychologique, de l'estime de soi, à l'échelle de coping et à l'échelle de l'espoir.

En définitive, l'analyse du discours des étudiants concernant les thèmes le vécu du stress, les sources du stress, les stratégies d'ajustement élaborées, le soutien social familial et amical, les signes de la détresse psychologique, l'orientation subie ou choisie et l'espoir, ce qui nous révèle des éléments très enrichissants concernant ce passage déterminant aux études supérieures. Un accompagnement psychologique s'avère plus que nécessaire au profit des étudiants pour les aider à passer ce cap et garantir de meilleures chances de réussite dans les études universitaires.

Chapitre 9

Discussion des résultats

Introduction

Dans le cadre notre recherche, nous nous sommes interrogée sur la santé psychologique des étudiants tunisiens primo-inscrits. Nous nous sommes intéressée aux différents déterminants de leur santé, à savoir les facteurs socio-démographiques et environnementaux, les facteurs de personnalité et les facteurs transactionnels, afin de déterminer leurs impacts sur la santé mentale ou l'apparition de détresse psychologique. Les entretiens semi-directifs ont permis une compréhension plus fine sur leurs vécus psychologiques et leurs difficultés rencontrées lors de ce passage aux enjeux multiples d'ordres identitaires et psychologiques. Nous nous sommes également penchée sur des questions relatives à la réussite académique, à l'intégration sociale et à l'adaptation aux exigences d'un nouvel environnement.

Dans ce chapitre, nous confronterons les résultats obtenus dans notre recherche avec ceux de la littérature nationale et internationale. Notre discussion portera sur certains aspects saillants qui ressortent de chaque partie de l'étude exploratoire et longitudinale (quantitative et qualitative). Nous retenons les axes suivants pour apporter des éclairages théoriques et discuter les résultats auxquels nous sommes parvenue dans notre recherche.

Axe 1 : La prévalence de la détresse psychologique chez les étudiants dans la littérature scientifique.

Axe 2 : L'impact des facteurs socio-démographiques et environnementaux sur la santé des étudiants.

Axe 3 : L'impact des facteurs transactionnels sur la santé des étudiants, principalement l'influence du stress perçu et des stratégies d'ajustement.

Axe 4 : L'impact des facteurs de personnalité sur la santé des étudiants selon la littérature scientifique, particulièrement l'influence de l'estime de soi et de l'espoir et du névrosisme.

Axe 5 : L'analyse du discours des étudiants rencontrés lors des entretiens semi-directifs pour mieux comprendre leurs difficultés avec l'accès aux études supérieures et l'entrée dans la vie d'adulte.

Dans un premier lieu, nous rappellerons d'une façon synthétique les résultats de notre recherche. En effet, nous commencerons par un récapitulatif de nos résultats en lien avec nos hypothèses de recherche. Pour une meilleure lisibilité, nous présenterons d'une manière succincte nos résultats avant de procéder à des comparaisons avec ceux de la littérature scientifique.

Comme nous l'avons précédemment évoqué, 42.7% des étudiants tunisiens inscrits en première année sont affectés par la détresse psychologique. Nous n'avons trouvé aucune différence significative entre les étudiants (filles et garçons) de première année aux résultats au GHQ-12. En fait, la comparaison des moyennes n'est pas significative.

En effet, des différences de moyennes statistiquement significatives ont été trouvées entre certaines catégories de la variablesocio-démographiques et environnementale, d'un côté, et les résultats du GHQ-12, de l'autre, en utilisant la comparaison des moyennes entre les différents groupes. Les variables retenues sont la satisfaction du niveau socio-économique des parents, la satisfaction du soutien social, la filière choisie ou subie, la filière poursuivie (scientifique ou littéraire) et la satisfaction des conditions d'hébergement.

En outre, l'analyse corrélationnelle a montré des liens significatifs entre certains facteurs de personnalité et transactionnels et notre variable dépendante « santé psychologique ». L'analyse de régression du T1 indique que le poids des variables « estime de soi » et « névrosisme » est considérable. Du coup, elles sont considérées comme des facteurs prédicteurs de la détresse psychologique chez les étudiants. De plus, l'analyse des régressions du T2 montre que les variables « coping centré sur le problème » et « l'estime de soi » ont un impact important dans l'explication de notre variable dépendante « la santé psychologique ».

1. Discussion des résultats de l'étude longitudinale quantitative.

1.1. Évaluation de la santé psychologique

Nos résultats, rappelons-le, révèlent que 42.7% des étudiants primo-entrants sont en détresse psychologique. Ces résultats concordent avec certains résultats recensés dans la littérature même s'il existe des différences dans les prévalences trouvées dans les études qui peuvent être supérieures ou inférieures à nos résultats et qui peuvent être expliquées, selon nous, par les caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée et aux méthodologies utilisées.

Strenna (2011) précise que plus de 40% des étudiants sont en situation de détresse psychologique en utilisant le même outil de mesure que le notre, en l'occurrence le GHQ-12, avec des problèmes de tension interne, de concentration ou encore de tristesse. L'étude de Spitz et al. (2009) montre que, sur une population de 927 étudiants de première année, 40% des étudiants se sentaient nerveux et inquiets, 20% d'entre eux estimaient que leur moral allait moins bien depuis qu'ils étaient à l'université et 15% avaient déjà pensé à l'idée de se suicider.

La symptomatologie dépressive et anxieuse étudiée dans la recherche de Saleh Dalia et al. (2017) est supérieure à nos résultats. En effet, les auteurs ont effectué une étude sur la relation entre le stress perçu et les traits de personnalités chez les étudiants français, sur un échantillon de 483 étudiants. Ils ont abouti aux résultats suivants : 86.3% d'entre eux souffrent d'anxiété et 79.3% souffrent de symptômes dépressifs. Dans l'étude de Hermetet et al (2019), qui porte sur la prévalence et les marqueurs de risque d'anxiété et de dépression chez les étudiants en santé, les chercheurs ont montré que sur 1596 étudiants (1306 en médecine, 126 en maïeutique, 138 en orthophonie, 26 en orthoptie), la prévalence de l'anxiété était de 44% dans l'ensemble de l'échantillon pour la filière de médecine, 40% des répondants s'estimaient en mauvaise, voire médiocre santé psychique et près de 15% des étudiants en médecine présentaient des idées suicidaires depuis la rentrée universitaire.

L'étude de Lafay et al. (2003), réalisée sur 1521 étudiants français, décèle que 30.8% des interrogés ont souffert de symptômes dépressifs et 5.9% ont vécu un épisode

dépressif majeur. L'étude de Furr et al. (2001), réalisée auprès de 1455 étudiants, indique que 53% des étudiants ont expérimenté des sentiments dépressifs depuis leur entrée à l'université. Costantini et al. (2007) révèlent que, sur une population de 935 étudiants de première année, 14% des étudiants ont un score au GHQ-12 supérieur à 31, ce qui traduirait leur mal-être. En Norvège, Nerdrum et al. (2006) indiquent que 21% des scores sont supérieurs au seuil critique avec le même outil.

Dans une étude anglaise plus ancienne menée par Furth (1986), ce pourcentage est de 31% chez les étudiants de médecine. En Irlande, ce taux s'élève à 43% chez des étudiants de première année de psychologie (Tyrrell & Smith, 1996, cité par Boujut (2007)). En somme, notons que plusieurs études révèlent d'une manière convergente que les symptômes qui traduisent le mal-être sont plus fréquents chez cette population que chez les jeunes non-étudiants du même âge.

Dans l'étude de Boujut (2007), qui a mené une recherche longitudinale auprès des étudiants de première année, l'auteur a identifié quelques facteurs psychosociaux comme la faible estime soi, l'hostilité élevée, le tabagisme et le sexe féminin qui prédisent le développement de troubles de l'humeur et de la dépression chez les étudiants. Trois processus transactionnels dysfonctionnels viennent amplifier les effets des facteurs précités. Il s'agit du stress académique, de la solitude et du coping émotionnel. Deux processus fonctionnels viennent les atténuer. Ce sont la satisfaction quant au soutien social et familial ainsi que le coping centré sur le problème. En fait, elle indique que 27% ont une dépression légère, 18% souffrent d'une dépression modérée, 3% éprouvent une dépression sévère et 4.3% ont une tendance suicidaire d'après leur réponse à l'item 7 du BDI 13.

Dans une étude marocaine réalisée par Barrimi et al. (2019) sur 600 étudiants, répartis sur les différentes filières de médecine et de pharmacie au Maroc, les enquêtés jugent que leurs santé mentale était mauvaise dans 13% des cas, moyenne dans 40% et 47% ont déclaré être en bonne santé et 14.6% ont un trouble anxieux et dépressif. 97% des étudiants confirment avoir été exposés à des situations stressantes durant leur cursus. Dans une étude réalisée par Faye-Dumanget et al. (2018), portant sur l'épuisement académique chez les étudiants et les effets de certaines variables socio-démographiques sur les niveaux

de burnout, l'objectif principal est d'évaluer la prévalence du burn-out académique auprès de 319 étudiants à l'aide de l'échelle spécifique de Maslach Burnout Inventory student Survey (MBI-SS). Les résultats révèlent que 51% des étudiants présentent un épuisement émotionnel, 36% ont un niveau sévère de cynisme, 59% présentent une efficacité académique faible et environ 5% des étudiants présentent des niveaux sévères de burn-out (épuisement émotionnel et /ou cynisme élevé et /ou efficacité académique faible).

D'une manière générale, nous pouvons constater que les prévalences retrouvées dans la littérature restent très variables. En effet, les recherches restent difficilement comparables dans la mesure où chacune présente ses propres caractéristiques socio-démographiques avec adoption de méthodologies différentes. Globalement, nous pouvons conclure que les différentes études citées, y compris la nôtre, confirment la détresse psychologique chez les étudiants primo-inscrits. Toutefois, les outils de mesures utilisés sont différents et les résultats restent pourtant révélateurs d'une certaine souffrance qui doit être prise en considération afin de la dépister précocement pour offrir une prise en charge psychologique adaptée.

Les différences entre filles et garçons, en lien avec notre variable dépendante «santé psychologique», ont été étudiées. Nos résultats révèlent que les filles obtiennent une moyenne au GHQ-12 plus élevée que les garçons. Mais, cette différence n'est pas statistiquement significative. Les résultats de certaines recherches consultées confirment que cette détresse psychologique est plus importante chez les filles. A titre d'exemple, dans l'étude réalisée par Adlaf et al. (2005), dans les campus universitaires canadiens, les résultats indiquent que 29.2% des étudiants de premier cycle sont affectés par la détresse psychologique, mesurée à l'aide du questionnaire sur l'état de santé général (GHQ-12). Les filles en difficulté ont présenté environ 33.5% alors que les garçons 23.9%. Par ailleurs, Strenna (2013) mentionne que le score total obtenu au GHQ-12 est de 9.31 pour les étudiants et de 13.63 pour les étudiantes. Les résultats de Spitz et al. (2007) révèlent que, sur une population d'étudiants français de première année, le score total obtenu au GHQ-12 est de 11.78 pour les étudiants et de 13.45 pour les étudiantes. Nous pouvons conclure que ces études confirment que les filles sont plus affectées par la détresse psychologique que les garçons.

1. 2. Les liens entre les variables sociodémographiques et la santé psychologique

Dans notre étude, nous avons stipulé que certaines variables environnementales (satisfaction du soutien social, satisfaction du niveau socio-économique des parents, choix de l'orientation, satisfaction des conditions d'hébergement, etc.) et socio-biographiques (âge, sexe, etc.) peuvent impacter la santé psychologique et l'ajustement des étudiants de première année. Notre recherche a révélé des effets statistiquement significatifs de ces variables sur leurs états de santé psychologique. Nos résultats rejoignent les données trouvées dans la littérature scientifique.

Dans une enquête réalisée par LMDE (2002), les résultats ont indiqué que les revenus des parents ont un effet sur le score de santé psychologique auto-évaluée. Il a été conclu que les revenus des parents ont un impact sur la capacité à s'adapter au contexte universitaire. Les étudiants de faible revenu se soignent moins que leurs homologues et sont moins nombreux à consulter des spécialistes ou à avoir une mutuelle santé. LMDE (2002) précise que les revenus des parents influencent la capacité à s'adapter et à tirer un meilleur profit des études supérieures. Plus les revenus sont élevés, plus les étudiants ont des chances pour réussir leurs cursus académiques (choix de l'orientation, engagement personnel pour la discipline étudiée, etc.).

Notre étude a révélé que les étudiants inscrits dans les filières scientifiques ont obtenu une moyenne au GHQ-12 plus élevée que les étudiants inscrits dans les filières littéraires. Cependant, cette différence n'est pas statistiquement significative. Dans la littérature scientifique, les résultats des recherches sont variés. Plusieurs études illustrent que les étudiants inscrits dans les filières des sciences médicales et de la santé, en général, sont exposés au stress, à l'anxiété et à la dépression (Masmoudi et al., 2014 ; Charfi et al., 2015 ; Nakhli et al., 2016; Rejeb et al., 2016 ; Kacem et al., 2017; Barrimi et al., 2019). En revanche, dans l'étude réalisée par Véron et al. (2019) qui porte sur le risque suicidaire et la dépression auprès d'étudiants français vivant en résidence universitaire. Les résultats indiquent que la filière d'études poursuivie est associée à l'état de détresse psychologique. En effet, les étudiants qui poursuivent des études en sciences humaines et sociales sont plus exposés au risque de détresse psychologique. Ils confirment que les étudiants en sciences et

techniques sont moins à risque de détresse psychologique que les étudiants suivant d'autres filières.

Par ailleurs, nous avons indiqué que les étudiants qui ont subi l'orientation sont plus en situation de détresse psychologique que les étudiants qui ont choisi l'orientation, ce qui rejoint l'étude de Strenna (2014) qui a montré que les étudiants qui n'ont pas la visibilité nécessaire sur les études et qui ne portent pas de projet professionnel correspondant à la filière poursuivie, sont en situation de détresse psychologique beaucoup plus que les autres. Il s'agit des étudiants qui sont convaincus de leurs orientations et savent comment gérer leurs cursus académiques pour réaliser leurs projets professionnels.

En outre, nous pouvons noter que la qualité des relations avec les parents, le soutien familial ou amical, a des effets positifs sur la santé psychologique (Bruchon-Schweitzer, 1994, 2002, 2014). Ces résultats sont confirmés par notre étude puisque nous avons décelé un lien statistiquement significatif entre le soutien social, qu'il soit familial ou amical, et la situation de bien-être ou mal-être psychologique chez les étudiants. Ces résultats rejoignent ceux retrouvés dans la littérature. Divers modèles prédictifs montrent que le soutien social et/ou familial a une influence directe sur le stress académique et sur les symptômes physiques chez les étudiants (Boujut, 2007, 2009, 2012 ; Spitz et al., 2007 ; Strenna et al., 2014).

1. 3. Les liens entre la santé psychologique et le stress perçu

Dans notre recherche nous avons montré qu'il y avait une corrélation positive modérée et significative entre un niveau élevé de stress perçu et un niveau élevé de détresse psychologique. Dans ce qui suit, nous allons nous concentrer sur les résultats des recherches qui examinent les liens entre stress perçu et santé physique et mentale chez les étudiants. En effet, un niveau élevé de stress est lié à toutes sortes de perturbations psychologiques et de dérèglements physiques de type insomnie, céphalée et maladies cardio-vasculaires (Boujut & Bruchon-Schweitzer, 2014).

Pour mieux comprendre les liens qui existent entre la détresse psychologique et les tracasseries quotidiennes, nous pouvons nous référer à l'étude de Spitz et al. 2007 qui montrent que

la symptomatologie du stress s'exprime par une dégradation de la santé somatique et indiquent que 40% des étudiants souffrent de maux de dos, 45% de céphalée et 77% se sentent fatigués depuis le début de la rentrée universitaire. Réveillère et al. (2001) ont réalisé une étude qui porte sur les conditions de vie des étudiants d'université. Les résultats dévoilent que les tracas des étudiants sont liés aux symptômes dépressifs, à l'anxiété et à l'insomnie ainsi qu'à divers symptômes somatiques.

La recherche d'El Madani et al (2018) s'est penchée sur les méthodes de gestion du stress chez les étudiants de médecine de Fès (Maroc). Cette étude a concerné 123 étudiants. Les résultats indiquent que 11.3% des étudiants ont un niveau de stress sévère, 51.5% ont un niveau de stress modéré tandis que 34.8 % ont un niveau de stress faible. Les répercussions du stress sur la santé sont nuisibles. En effet, 11.4 % des étudiants ont déclaré qu'ils ne peuvent pas se concentrer et 25.7% d'entre eux ont rapporté qu'ils ne sont pas satisfaits de leur état de santé générale, 58.3% des étudiants ont des difficultés de sommeil et 13.6% souffrent de douleurs physiques.

Dugué et al. (2018) ont mené une étude auprès de 519 étudiants français issus de disciplines différentes : psychologie, santé et éducation physique. Les régressions linéaires multiples montrent que plusieurs variables indépendantes qui sont corrélées de manière significative avec la variable dépendante « stress perçu ». À titre d'exemple, pour la santé perçue, on a $r = 0.432$ et pour le névrosisme $r = 0.415$. Pour le stress perçu, les chercheurs indiquent qu'il s'explique avec 4,6% par le trait de personnalité (le névrosisme). Une corrélation négative est observée entre le coping actif et le stress perçu. En effet, les étudiants qui perçoivent moins de stress semblent utiliser des stratégies de coping actives visant à faire face aux problèmes rencontrés.

Dans une étude réalisée par Walburg et al. (2014), sur une population constituée de 300 étudiants (91 hommes et 209 femmes) en cursus de licence en sciences humaines à l'université de Toulouse II. Les échelles utilisées sont : l'échelle de stress relatif aux examens de Boucher et Francine et le questionnaire RIBS (Rational, Irrational Beliefs Scale). Les résultats indiquent que les croyances irrationnelles influent le niveau de stress dispositionnel et situationnel, éprouvé par les étudiants suite à l'idée de passer des examens et surtout à l'idée d'échouer. Cela d'autant plus vrai qu'il s'agit d'étudiants de première

année. Cette étude préconise la mise en place d'ateliers de type workshop afin d'aider les étudiants de première année à prendre du recul et de relativiser l'inquiétude de l'échec aux examens.

L'étude de Meyers et al. (2012), menée auprès d'étudiants en psychologie, a montré que les comportements de santé, tels que la pratique d'un sport, un temps de sommeil correct, une alimentation équilibrée et de la régulation émotionnelle peuvent réduire le niveau de stress ressenti. Nous pouvons conclure à l'instar des études citées que le niveau de détresse psychologique des étudiants de première année est associé à une perception accrue du stress perçu. De ce fait, il est souhaitable de proposer des ateliers de gestion de stress aux étudiants afin de les outiller des techniques nécessaires pour limiter les retentissements néfastes du stress sur la santé.

1. 4. Les liens entre les stratégies d'ajustements et la santé psychologiques des étudiants

La population étudiante doit faire face à de nombreux changements. Cela a des séquelles sur leurs ajustements et leurs santé physiques et mentales. Les étudiants les plus stressés sont ceux qui utilisent le moins de stratégies de coping centrées sur les problèmes et de plus en plus de stratégies centrées sur l'émotion (Grebot & Barumandzadeh, 2005).

Dans notre recherche, nous retenons le coping centré sur le problème comme facteur fonctionnel. Les étudiants en détresse utilisent des stratégies de retrait comme la fuite ou l'évitement du problème tandis que les étudiants avec un niveau faible de détresse ont davantage recours aux stratégies de résolution de problème pour éviter l'envahissement par les émotions négatives. Plus nous nous centrons sur le problème, plus nous soyons moins dans une situation de détresse psychologique. Cette stratégie permet d'affronter les problèmes et de tenter de réduire les tensions plutôt que de les éviter et de les laisser s'accumuler. L'adoption d'un coping centré sur l'émotion a un effet défavorable sur la santé mentale (Boujut, 2009 ; Strenna et al., 2009).

En 2013, Masé et Verliac ont réalisé une étude qui porte sur le stress et les stratégies de coping d'étudiants en première année universitaire et sur les rôles distinctifs

des facteurs transactionnels et dispositionnels. L'échantillon est composé de 221 étudiants de première année primo-entrants à l'université (137 femmes et 84 hommes), inscrits dans des filières différentes à l'université de la région parisienne. Les échelles utilisées pour effectuer cette étude sont l'échelle des tracasseries quotidiennes de Réveillère et al (2001) pour évaluer le stress perçu, le questionnaire de soutien social perçu ou QSSP, développé par (Boujut & Brucon-Schweitzer, 2007) et l'échelle de névrosisme dans sa version française (Rolland et al., 1998) pour évaluer les facteurs de personnalité, l'optimisme dispositionnel par le LOT-R Life Orientation Test, le coping par le WCC-R de Vitaliano et al. (1985).

Les chercheurs parviennent aux résultats suivants : dans le cadre de la gestion de la vie universitaire et de la vie quotidienne, les stratégies de coping centrées sur les émotions s'opposent aux stratégies actives de confrontation aux événements et de centration sur le problème. L'optimisme dispositionnel (OD) et le soutien social, notamment la fréquence du soutien institutionnel sont associés positivement au coping centré sur le problème. Le névrosisme entretient une relation négative avec le coping centré sur problème et à l'instar du stress perçu, et une relation positive avec le coping centré sur les émotions. Le soutien social qualitatif et quantitatif, fourni par un environnement d'ordre privé, ainsi que l'OD sont associés au coping centré sur la recherche de soutien social. L'entourage familial et universitaire peut jouer un rôle structurant dans cette période de transition délicate où l'institution universitaire n'est pas perçue comme suffisamment encadrante et où les étudiants de première année peuvent se sentir livrés à eux-mêmes.

À ce niveau de l'analyse, nous pouvons dire que l'âge des explorations identitaires est l'âge pendant lequel s'offre l'occasion enrichissante de vivre de nouvelles expériences dans l'univers universitaire. Certaines de ces expériences sont perçues comme pénibles et peuvent mener à l'abandon des études et à l'échec. Il est donc primordial de mieux informer le personnel de l'université sur l'importance du soutien et de l'aide apportés aux étudiants. L'objectif est que ces derniers puissent adopter des stratégies de coping adéquates et trouver en soi et dans son environnement les ressources nécessaires pour faire face aux situations aversives.

1. 5. Les liens entre les facteurs de personnalité et la santé psychologique

D'après notre étude, l'analyse des corrélations nous dévoile que diverses variables dispositionnelles ont une influence significative sur la santé mentale des étudiants. En effet, l'estime de soi et l'espoir ont un effet bénéfique significatif sur l'ajustement des étudiants de première année, bien qu'au contraire le névrosisme qui est considéré comme facteur de vulnérabilité sur la santé mentale. Nous examinons ici les résultats obtenus de notre recherche en les confrontant à ceux de la littérature scientifique.

1. 5. 1. L'influence de l'estime de soi

Sur le plan du fonctionnement psychologique, l'estime de soi, les stratégies de coping et le soutien social perçu jouent un rôle adaptatif dans l'équilibre et l'épanouissement psychologique (Dorard et al. 2013). Cependant, une estime de soi faible est associée à un stress et à une détresse psychologique plus élevés (Abouserie, 1994 ; Aspinwall et Taylor, 1992, 1997 ; Strenna et al., 2009).

En outre, une estime de soi élevée est considérée comme un facteur de protection pour la santé mentale chez les étudiants (Bovier et al., 2004). Les résultats de notre étude spécifient une corrélation modérée et significative existe entre la santé psychologique et l'estime de soi. Cette dernière a un impact important sur l'apparition de souffrance psychologique chez les étudiants. Les données des études consultées confirment qu'une estime de soi forte contribue à rendre les individus plus résistants. À l'inverse, une estime de soi faible est un facteur de vulnérabilité vis-à-vis du risque de stress perçu (Aspinwall & Taylor, 1992 ; Moksnes et al., 2010 ; Boujut et al 2007; Strenna et al 2014; Faurie et al 2015).

Nous pouvons citer la recherche de Boujut (2007) qui détermine les facteurs de vulnérabilité vis-à-vis du risque de dépression en fin de première année, et qui sont la colère-hostilité élevée, l'estime de soi faible, le tabagisme et le genre féminin. Entre autres, deux processus fonctionnels viennent, au contraire, les atténuer. Ce sont la satisfaction du soutien social familial et le recours au coping centré sur le problème. André et Lelord (2002) attestent que les sujets dotés d'une estime de soi élevée ont une cohérence dans leurs

perceptions et comportements lors des situations stressantes. Le bien-être et la stabilité émotionnelle sont liés à une haute estime de soi.

L'équipe tunisienne de Meddouri (2015) et ses collaborateurs ont réalisé une étude qui porte sur l'estime de soi et le stress perçu chez les étudiants de première année de la Faculté de Médecine de Tunis. Cette étude a pour objectif d'étudier le lien entre l'estime de soi des étudiants qui accèdent à l'université et la perception du stress. C'est une étude transversale descriptive et analytique. Parmi les caractéristiques de l'échantillon, nous avons une moyenne d'âge de 18.97 ans avec un minimum de 17 ans et un maximum de 20 ans. Les auteurs ont utilisé l'échelle de stress perçu de Cohen et al., dans sa version française à 10 items, l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg dans sa version française à 10 items et un auto-questionnaire comprenant des données sociodémographiques. Cette étude a révélé une relation significative négative entre l'estime de soi et le niveau élevé de la perception du stress. Cela signifie que les étudiants qui ont une perception accrue du stress ont une faible estime de soi.

Dans une étude norvégienne, menée par Moksnes et al. (2010), auprès de 1 504 étudiants, les auteurs ont observé des corrélations négatives significatives entre l'estime de soi et le stress perçu. Plus l'estime de soi est élevée, plus le stress perçu est faible. Ainsi, une évaluation positive sur soi affecte la façon dont l'étudiant évalue la situation. L'estime de soi joue également un rôle dans la façon dont la personne fait face aux difficultés rencontrées et au stress perçu.

Dans l'étude réalisée par Faurie et son équipe (2015), les résultats montrent que la prise en charge psychologique et un travail d'accompagnement sur l'estime de soi et sur les sentiments capacitaires sont plus que nécessaires. L'étude présentée fournit des résultats crédibles quant au rôle modérateur des évaluations de soi (estime de soi, sentiment d'auto-efficacité) dans la régulation du stress perçu. Le stress perçu peut affecter l'estime de soi, mais celle-ci peut aussi, dans d'autres situations, devenir une ressource qui renforce les capacités de réussite.

En lien avec les conclusions des études présentées, il semble pertinent de mettre en place des ateliers d'éducation à la santé visant à accroître les compétences psycho-sociales

des étudiants en matière de connaissance de soi visant le renforcement de l'estime de soi. Des interventions autour des thématiques telles que l'identification des facteurs de stress, la connaissance et la régulation de ses émotions et l'adoption des stratégies fonctionnelles, pourraient faciliter l'ajustement des étudiants tout au long des études et diminuer ainsi le taux de décrochage universitaire.

1. 5. 2. L'influence de l'espoir

Parmi les facteurs de personnalité qui protègent des effets néfastes des situations stressantes et qui sont associés à une bonne santé physique et émotionnelle et à des styles de vie sains figure l'espoir Snyder (2000). Notre étude a révélé une corrélation négative entre la variable « espoir » et les résultats au GHQ-12, ce qui explique que les étudiants qui ont un niveau élevé d'espoir sont moins exposés à la détresse psychologique. D'ailleurs, c'est ce qui est confirmé dans la littérature scientifique dont nous citons quelques exemples illustratifs comme (Snyder et al., 2000 ; Cheavens et al., 2006).

Les recherches sur l'espoir ont connu un engouement croissant cette dernière décennie. Robieux et al. (2018) précisent que le concept d'espoir a été beaucoup investigué dans le domaine de la santé. Ils ont montré que l'espoir est associé positivement au bien-être psychologique et à la santé physique et mentale (Snyder et al., 2000 ; Cheavens et al., 2006). Les stratégies centrées sur le problème visent à réduire les pressions en se focalisant sur la situation aversive pour la prévenir ou la contrôler, par la mise en place de plans d'actions destinés à résoudre ou améliorer le problème. Ce type de stratégie est associé à la dimension opératoire de la théorie de Snyder. La recherche d'information est un exemple de stratégies efficaces pour améliorer la compréhension et le sentiment de contrôle de la situation (Robieux et al 2018).

Par ailleurs, l'espoir a été associé à la capacité de résoudre des problèmes. Notons que, par définition, l'espoir est soutenu par une composante importante qui est la capacité à se fixer des stratégies pour atteindre ses buts. De nombreuses études sur l'espoir ont été menées par Snyder et al. (1999, 2000), qui ont été réalisées dans le domaine de la santé et portant sur les aspects thérapeutiques tels que faire face à la maladie et la capacité à récupérer après un problème de santé sérieux comme le cancer (Snyder, 2002 ; Cheavens et al., 2006 ; Jafari et al., 2010). Les résultats révèlent que les patients avec un niveau d'espoir

assez élevé sont résilients, acceptent les soins et font face aux difficultés de la maladie et sont moins sujets à l'anxiété et à la dépression.

Sigmon & Snyder (1990, 2005) ont montré que l'espoir permet à la fois de prédire le coping centré sur la résolution des problèmes et la capacité de planifier les stratégies pour faire face à des situations stressantes. L'espoir favorise l'adoption de comportements adaptatifs et la gestion de certains symptômes comme la douleur et la fatigue engendrés par des traitements lourds en se focalisant sur des pensées positives et en minimisant le côté négatif de la situation.

Les résultats des recherches de Kato & Snyder (2005), Gallagher & Lopez (2009) et Jafari et al. (2010) ont expliqué que l'espoir est corrélé positivement au bien-être psychologique, à une satisfaction de la vie ainsi qu'aux indicateurs de la santé mentale. Parmi ces indicateurs figurent la bonne estime de soi, la compétence à résoudre des problèmes, le contrôle perçu et la réussite.

De plus, dans les recherches de Lopez et al. (2009), qui concernent le domaine scolaire, les auteurs ont confirmé une corrélation positive entre l'espoir et la réalisation de bons scores dans les épreuves et les examens, chez les élèves, les lycéens et les étudiants, ce qui mène à la réussite dans les études. En effet, un haut niveau d'espoir chez les apprenants est positivement lié à la résolution des problèmes. L'analyse des relations espoir/réussite-échec indique, en outre, que pour un faible niveau d'espoir sont associés des difficultés d'adaptation scolaire, un état d'anxiété accrue, une mise en place de stratégies de désengagement et même l'abandon de la tâche à accomplir (Snyder, 1999).

1. 5. 3. L'influence du névrosisme

Parmi les facteurs de personnalité, certains sont considérés comme pathogènes comme par exemple le névrosisme, qui est associé au risque de développer certaines maladies (Friedman, 1990). Le névrosisme est une caractéristique dispositionnelle, généralement décrite comme une tendance générale à ressentir des émotions désagréables qui ont un impact sur les perceptions et les états émotionnels de l'individu. Le névrosisme est associé au recours de stratégies de coping centrées sur l'émotion et rend les individus socialement peu attrayants et réduit leur chance d'obtenir du soutien social (Bruchon-

Schweitzer, 2002, 2014). Toutefois, les individus qui obtiennent un score faible de névrosisme sont capables de faire face aux situations stressantes sans être inquiets ou déstabilisés.

Vinciguerra et al. (2019) ont réalisé une étude qui porte sur les étudiants à risque de décrochage universitaire, selon le profil de personnalité : *Resilients*, *Overcontrollers* et *Undercontrollers*. Cette recherche a été effectuée sur un échantillon de 196 étudiants français, avec un âge moyen de 21.32 ans, un écart type de 3.11 dont 63% de femmes. Les auteurs ont utilisé les échelles suivantes : le Big Five Inventory (BFI), l'échelle d'autonomie-sitonomie élaborée par Auzoult et le General Health Questionnaire GHQ-28 pour mesurer la morbidité psychique. Précisons que le vécu subjectif de décrochage a été mesuré par l'item « je pense être en décrochage » (réponse sur une échelle de likert allant de pas du tout d'accord à tout à fait d'accord). Les résultats de cette recherche indiquent que les étudiants qui ont des scores élevés de névrosisme souffrent d'une plus grande morbidité psychique, un vécu de décrochage plus important et une autonomie plus faible.

Les femmes présentent une morbidité psychique plus importante que leurs homologues masculins, mais elles présentent des scores plus élevés en caractère consciencieux et une autonomie plus élevée. Le névrosisme constitue un frein aux études et les étudiants qui présentent des scores élevés dans ce trait sont les plus vulnérables au développement du stress, de l'anxiété et des affects négatifs (Nandrino et al., 2003 ; Strenna et al., 2014).

En conclusion, nous pouvons déduire que nos résultats sont en accord avec plusieurs recherches antérieures stipulant un lien significatif positif entre détresse psychologique et névrosisme. Notre étude affirme que les étudiants qui ont un score élevé en névrosisme présentent un indice élevé de détresse émotionnelle. Celle-ci constitue un facteur de risque pour le décrochage ou de difficultés dans la poursuite des études. Ce facteur peut altérer significativement l'affirmation et l'estime de soi, l'apparition des troubles émotionnels et comportementaux, la perturbation des relations sociales et le repli sur soi (Vinciguerra et al., 2019). Il est utile de repérer les étudiants qui présentent un haut niveau de névrosisme et envisager un accompagnement psychologique pour stabiliser leurs sphères émotionnelles,

réduire leurs anxiétés, diminuer leurs dépresses et finalement favoriser leurs intégrations dans l'univers universitaire.

2. Discussion des résultats de l'étude longitudinale

Notre étude a montré que l'état de santé psychologique des étudiants qui ont été questionnés au deuxième temps de la recherche s'est amélioré. Rappelons, que nous n'avons pu contacter que 252 étudiants ayant participé au temps 2 de la recherche et le reste a disparu. Les résultats révèlent qu'une différence statistiquement significative entre les résultats aux échelles suivants : échelle de santé psychologique (GHQ-12), échelle d'espoir, échelle d'estime de soi, échelle des stratégies d'ajustements entre temps 1 et les résultats avec les mêmes outils au temps 2.

L'analyse de régressions des résultats du T1 prouve que la variable estime de soi explique avec 31% notre variable dépendante « santé psychologique » alors que le névrosisme participe avec 7% dans l'explication de variable dépendante avec un total de 38%. Cependant l'analyse des régressions des résultats du temps 2 évoque que la variable « coping centré sur le problème » explique avec 19% notre variable dépendante santé psychologique et que la variable « estime de soi » participe avec 7% dans l'explication de la santé psychologique avec un total de 26%.

Dans l'étude française réalisée par Strenna (2013) qui porte sur les tracas quotidiens chez les étudiants des Grandes Écoles, plusieurs éléments intéressants ont été révélés: les résultats de l'analyse des régressions montrent que l'estime de soi explique 21% de la variance des résultats au GHQ-12 et le névrosisme explique à 7% avec un total de 28%. Ce qui indique que l'estime de soi a une influence sur la détresse psychologique chez les étudiants. Les analyses de corrélations montrent qu'il existe une corrélation positive significative entre les résultats au GHQ-28 et le stress qui est estimée à $.583^{**}$, une corrélation négative et significative entre les résultats du GHQ-28 et l'estime de soi est estimée à $-.396^{**}$ et enfin une corrélation négative et significative entre les résultats au GHQ28 et la variable coping de contrôle. Cette stratégie consiste à affronter le problème pour le résoudre est estimée à $-.209^*$.

Par ailleurs, rappelons que nous avons indiqué à plusieurs reprises que le coping centré sur la résolution des problèmes a été identifié dans la littérature scientifique comme facteur protecteur qui avait un impact positif sur la santé (Bruchon-Schweitzer, 2002 ; Grebot, 2005 ; Boujut et al., 2007 ; Masé & Verliac, 2013 ; Strenna et al., 2013, 2014).

De même, le coping religieux était présent dans les réponses des étudiants, cette spécificité de notre échantillon est importante à signaler. Nous avons constaté lors des entretiens semi-directifs que certains étudiants faisaient recours au coping religieux comme moyen pour prendre son mal en patience et demander l'aide spirituelle pour pouvoir surmonter les douleurs psychologiques et les épreuves douloureuses. Cette caractéristique d'ordre spirituel est à prendre en considération dans l'interprétation des résultats. Cependant, nous pouvons aussi évoquer que plusieurs séances de sensibilisation sur des thèmes sur la santé mentale avec des journées ouvertes qui ont été animées et qui sont régulièrement organisées dans les campus universitaire au profit des étudiants. Ces séances sont très appréciées, car elles constituent une vraie source d'informations pour les étudiants qui ont besoin d'une aide passagère pour traverser des moments difficiles. A chaque événement, nous distribuons des flyers pour indiquer nos coordonnées pour faciliter l'accès à la prise en charge psychologique.

Des étudiants bénévoles ont été formés par les psychologues pour faire du porte à porte surtout en début d'année universitaire pour rencontrer les étudiants dans leurs chambres, les espaces communs, le restaurant universitaire et les clubs d'animation pour parler de la cellule d'écoute et de prise en charge psychologique qui est disponible et joignable pour prendre un rendez-vous et bénéficier d'un accompagnement adapté. Nous pensons que les séances de sensibilisation et les actions menées pour détecter les étudiants en difficultés pour une part peut expliquer l'amélioration de l'état de santé psychologique. Vaut mieux prévenir que guérir.

2. Discussion des résultats de l'étude longitudinale qualitative : analyse des discours des étudiants

Notons de prime abord que les entretiens menés auprès des étudiants ont été riches en enseignements. On a noté que pour plusieurs étudiants, cet entretien impliquait un récit de vie et avait permis une mise en perspective et une prise de conscience des difficultés vécues et une libération d'une douleur non révélée jusqu'à présent. Il est important d'offrir aux étudiants la possibilité d'avoir des entretiens au cours de l'année pour mettre des mots sur les maux. Cette opportunité s'avère plus que nécessaire pour ceux qui sont en souffrance.

Dans les paragraphes qui vont suivre, nous allons aborder l'analyse du contenu du discours des étudiants en se référant aux notions théoriques que nous avons développé dans la partie théorique.

3. 1. Le sentiment d'être entre deux une adolescence qui se termine et un âge adulte qui débute

Les entretiens avec certains étudiants ont bien dévoilé ce sentiment d'être entre deux âges. Ce besoin de devenir autonome, se prendre en charge et assumer ses responsabilités en tant qu'adulte et en même temps, ce besoin d'être protégé par les parents et s'appuyer sur leurs conseil, soutiens dans des différents détails de la vie quotidienne. Arnett (2000) décrit le sentiment qui caractérise cet âge. Il s'agit d'un « entre-deux » puisque comme nous le sachons, il ne s'agit ni de l'adolescence, ni de l'âge adulte à part entière.

D'un côté, un lien affectif fort et une dépendance aux parents qui s'entend dans leur discours et de l'autre cette envie d'assumer des responsabilités et de gérer leur nouvelle autonomie. Cette réflexion est bien traduite dans la théorie du développement proposée par Arnett (2000), la période de l'emerging adulthood (18-25) se caractérise par l'instabilité, la focalisation sur soi-même, les explorations identitaires et des possibilités ce qui renforce l'ambiguïté de leur statut et permet de comprendre pourquoi certains étudiants peuvent décider de s'absenter des cours, de ne pas fournir les efforts nécessaires pour bien s'organiser dans le travail universitaire ou de consommer ou non des substances. Ils ne se

sentent pas encore prêts pour réfléchir sur des engagements sérieux dans une vie d'adulte et d'assumer leurs nouvelles responsabilités.

3. 2. Des soucis liés au métier d'étudiant et particulièrement d'affiliation pour comprendre les ficelles du métier

En effet les résultats de notre recherche indiquent que nos étudiants sont principalement affectés par le stress académique ce qui se traduit par la mauvaise gestion du temps, la charge du travail et la mauvaise organisation du travail universitaire. Les étudiants rencontrés lors des entretiens ont verbalisé cette difficulté de comprendre ce qu'on attend d'eux sur le plan pédagogique et ne se sentent pas bien préparés et prêts pour réaliser un travail bien ficelé, une prise de notes correcte, fiches de synthèse, un travail de consolidation des acquis, gérer un volume important de travail, rapport de stage, exposés et recherche bibliographique... Tout ce travail exige un temps d'adaptation pour comprendre le travail exigé. Au départ, ils parlent de cette phase déroutante pendant laquelle ils ne comprennent rien et se sentent complètement perdus dans un amphi. Puis ce processus progressif qui s'effectue lentement au cours duquel l'étudiant commence à décoder le monde universitaire et apprend à apprendre

Les réflexions évoquées par Coulon sont ressenties dans les discours des étudiants Coulon nous précise que les taux d'échecs et d'abandons constatés au cours du premier cycle universitaire témoignent de la difficulté de ce passage aux études supérieures. Selon Coulon (1997), il s'agit d'un passage au sens ethnologique du terme, au cours duquel s'effectue une initiation fondamentale, qui permet aux étudiants d'acquérir progressivement leur « métier d'étudiant » et de s'affilier au nouvel univers dans lequel ils sont entrés

Toujours d'après Coulon (1997), le temps d'affiliation, autrement dit le fait d'intégrer le monde universitaire serait, du point de vue intellectuel, le fait de savoir identifier le travail non demandé explicitement, de savoir le reconnaître et de savoir quand il faut et comment l'accomplir. Pour réussir, il est impératif de comprendre les codes du travail intellectuel, matérialisés dans un ensemble de règles, souvent informelles, et sous-entendues. Il s'agit d'être capable de deviner le volume du travail sollicité et savoir le transformer en savoir efficace pour réussir.

Les premiers mois à l'université, lors de l'inscription ou au début des cours, représentent pour les primo-inscrits un « parcours de combattant ». Ces premiers contacts avec le monde universitaire sont désignés comme « traumatisants, angoissants, révoltants, inquiétants ». De cette manière, entrer à l'université signifierait vouloir explorer et avoir la volonté pour s'initier aux codes qui en définissent l'organisation universitaire. Or, ces codes sont souvent « opaques, voire illisibles » (Coulon, 1997).

3. 3. Entre dépendance et une autonomie tant convoitée

Entre douleur et plaisir de gérer son autonomie. L'âge de 20 ans marque la fin de l'adolescence et le début de l'âge adulte. Les étudiants verbalisent cette difficulté de sortir du monde protecteur familial et faire face à de nouvelles responsabilités. L'entrée dans le monde des adultes marque une confrontation avec la société, le traçage d'un chemin, la recherche de sa place, la construction d'une identité sociale, le choix de la filière adéquate qui va mener au métier désiré et la confrontation à un choix amoureux. D'un autre côté, on veut préserver l'insouciance de l'enfance, on veut préserver le giron familial, on veut s'amuser, découvrir, expérimenter de nouvelles pistes. En revanche, on doit très vite faire face à nos responsabilités et prendre notre avenir au sérieux.

Le vécu est relativement paradoxal : entre une liberté tant désirée et une envie de revenir au cocon familial ou se sent protégé et en sécurité. Nous pouvons conclure comme le précise Ramos (2002) que le passage à l'âge adulte se fait d'une manière progressive et s'effectue douloureusement pour certains étudiants qui se traduit par des allers et retours entre le domicile parental et le nouvel logement. Ce processus révèle la facette complexe de la construction de l'autonomie, de la construction d'un chez soi et l'identité personnelle entre la séparation et son achèvement tout un cheminement délicat qui est parsemé de difficultés et marqué d'ambiguïté.

3. 4. Le rôle de l'environnement social et du soutien social perçu

L'environnement social est constitué de la famille, le cercle des amis, les nouvelles rencontres à l'université, les professeurs et le personnel administratif. En effet, pour beaucoup, le passage dans l'enseignement supérieur s'accompagne d'un déménagement, non seulement hors du foyer familial, mais souvent dans une autre ville. Ils quittent de ce

fait, leurs anciens amis, d'où la rupture affective et le sentiment de solitude qui en résultent. Ces derniers peuvent être vécus douloureusement, un nouveau réseau relationnel est à reconstruire. Le nouvel étudiant devra se familiariser avec le milieu universitaire qui peut lui procurer un sentiment d'étrangeté, particulièrement au début. Passer d'une classe de quarante élèves que l'on connaît depuis longtemps à des amphithéâtres de plus de six cents étudiants est certainement une expérience inhabituelle voire éprouvante pour certains étudiants. La présence d'un soutien social est essentielle pour les étudiants

3. 5. La résilience ou le coping religieux comme source d'inspiration et d'adaptation

La religion dans la société tunisienne occupe une place primordiale. Elle permet d'expliquer les épreuves difficiles auxquelles les individus sont confrontés ; destin, fatalité ou volonté de dieu. Le sens spirituel donné aux événements vécus douloureusement aide les personnes à prendre en patience leurs maux et puiser des efforts de la bonne volonté divine pour dépasser les caps difficiles. Patience, prière et jeûne pour certains ces pratiques religieuses sont très répandues dans une société arabo –musulmane qui proclame l'islam comme pilier spirituel de l'état.

Les rencontres avec les étudiants en difficulté au début de l'année universitaire dans les séances d'écoute et de prise en charge psychologique dévoilent ce recours au coping religieux. En effet, certains étudiants expriment clairement dans leurs discours comment ils se protègent en demandant réconfort et paix de la bonté divine pour faire face à cet environnement hostile, caractérisé selon leurs mots par un déchirement et rupture difficile avec le cocon familial, perte du cercle des amis habituel et anonymat dans un univers complètement étrange dans lequel on ne connaît personne. C'est le quotidien des étudiants qui ont des origines différentes du sud au nord de la Tunisie, ayant des habitudes de vie différentes des uns et des autres, dans une cité universitaire. Cette cohabitation s'avère très complexe et dure à gérer. La religion et le recours à dieu en ces moments de fragilité donne des forces et les ressources nécessaires pour faire face à cet univers menaçant.

3. 6. Des préoccupations liées à la difficulté de se projeter dans un avenir clair

Certains étudiants verbalisent leurs préoccupations quant à leurs avenir. Ils ont du mal à se projeter dans un avenir clair. Le contexte économique, politique et social tunisien est très instable. Ils ont de sérieuses craintes quant à leur insertion dans le monde du travail. Du coup, les alternatives proposées par les étudiants sont diverses. Certains pensent qu'ils veulent continuer les études et se projettent dans un Master ou dans un parcours doctorale. D'autres expliquent qu'ils sont prêts à quitter les études à tout moment, si une opportunité de travail se présente (un concours national ou une proposition suite à un stage ou une occasion d'aller étudier à l'étranger...). Dans le discours de certains étudiants, nous ressentons cette difficulté de frayer un chemin dans la vie, entre les attentes et les aspirations et la réalité économique et sociale tunisienne, et entre les engagements dans choix basés sur une mure réflexion sur soi et les opportunités de l'environnement semblent conflictuelles

Des préoccupations ont été verbalisées quant au choix de la discipline étudiée qui est une étape importante, car il s'agit d'emprunter la voie la plus adaptée pour concrétiser son projet professionnel. Certains étudiants sont animés par une aspiration profonde pour réussir leur insertion dans le monde du travail, et pour cela ils développent des compétences. Il s'agit pour chaque étudiant de trouver des études et un métier à travers lequel il pourra s'épanouir, et pour ce faire il doit bénéficier d'informations et de conseils adaptés. L'entrée dans l'enseignement supérieur est une continuation logique de la scolarité qui a pour conséquence que certains étudiants ne s'interrogent pas d'une manière profonde, critique et réfléchi sur leurs projets professionnels. Cette catégorie de la population étudiante s'inscrit dans une filière à titre d'essai sans avoir défini de projet précis et comme résultats, ils risquent de se mettre en situation d'échec ou d'abandon et se trouvent expulsés de l'univers universitaire.

Ces soucis viennent en écho avec les réflexions d'Arnett (2000) qui considère l'émergence de l'âge adulte comme l'âge des possibilités. Ce moment est caractérisé par l'opportunité de faire des choix décisifs et d'effectuer des changements de parcours. Au cours d'une période transitoire, les individus sont contraints par leur nouveau rôle. Mais progressivement ils commencent à prendre des distances par rapport au passé et à envisager

l'avenir, dans un moment de fluctuation entre les deux. De ce fait, le processus d'abandon d'un ensemble de postures, de relations, d'habitudes et de manières de penser, d'un côté et l'investissement d'une nouvelle expérience avec d'autres défis à relever, de l'autre côté, prend du temps. Pour certains étudiants, ce processus est facile et rapide, mais pour d'autres il peut prendre du temps et beaucoup d'étudiants sont dans une situation pénible et se débattent dans la recherche de leur voie.

Conclusion

En guise de conclusion de cette partie, nous pouvons constater que nos résultats apparaissent pertinents et probants et rejoignent les résultats de la littérature scientifique internationale. Notons de prime abord, que certains variables sociodémographiques et variables dispositionnelles et transactionnelles ont un impact sur la santé psychologique et physique : le névrosisme et le stress comme facteurs fragilisants et l'estime de soi et l'espoir et le coping centré sur la résolution de problèmes comme facteurs de protection. En outre les revenus faibles ou modestes ont un effet défavorable sur la santé psychologique.

Des relations sociales harmonieuses et un soutien familial et amical ont un impact bénéfique sur la santé psychologique des étudiants. Nous avons constaté que le soutien familial et amical est d'une importance inestimable, une source d'énergie pour nos étudiants pour pouvoir se ressourcer et affronter les nouvelles difficultés de cet univers universitaire. L'apport de la religion se dévoile souvent dans les moments difficiles de la vie. Les étudiants semblent se ressourcer davantage de cette force protectrice pour composer avec les situations aversives et retrouver leurs équilibres psychologiques et leurs épanouissements personnels

Précisons que les variables transactionnels affectent d'une manière significative la santé des étudiants. Nous avons cité de nombreuses recherches qui se sont intéressées et focalisées sur l'impact du stress perçu et les stratégies d'ajustement et le soutien social perçu sur leur bien être psychologique. Le coping centré sur le problème et la recherche de soutien social sont très favorables, et par contre la mise en place de stratégies émotionnels ou d'évitements est néfaste pour la santé. Les entretiens réalisés auprès des étudiants ont constitué une opportunité pour révéler le vécu psychologique des étudiants. Des étudiants dans une situation d'ambiguïté. Ils ne sont plus adolescents mais pas encore des adultes puisque ils continuent à être dépendant financièrement de leurs parents. Ils expérimentent une liberté longuement convoitée mais ils se sentent vite piégés, car ils ne sentent pas prêts pour s'engager dans des responsabilités et à prendre des choix décisifs quant à leurs projets d'avenir et à s'assumer tant qu'adultes.

Contributions et limites

1. Contributions

Tout au long de la rédaction de cette thèse, nous avons insisté à maintes reprises sur l'idée qu'en Tunisie, très peu d'études ou d'enquêtes ont été menées jusqu'à ce jour pour dresser un bilan sur l'état de santé physique et psychologique de la population estudiantine. Des études de prévalences sont primordiales afin d'évaluer l'ampleur et le poids réel des difficultés psychologiques au sein de cette population qui se déclare en bonne santé physique mais son état psychologique est loin d'être satisfaisant. Par ailleurs, nous distinguons l'absence d'une structure permanente qui a pour mission l'étude des problématiques psychologiques et leurs évolutions dans le temps, liées à la vie universitaire et à leurs conditions de vie à l'instar des observatoires et des enquêtes baromètres santé étudiants qui existent par exemple en France. Des études sur les facteurs de risque qui contribuent à l'apparition de la détresse psychologique chez les étudiants inscrits en première année jusqu'au doctorant sont importantes pour axer les dispositifs de prévention sur la valorisation des facteurs de protection pour un meilleur accompagnement psychologique des étudiants dans leurs parcours universitaires.

L'intérêt scientifique de ce travail, est de tenter d'évaluer la santé psychologique chez les étudiants tunisiens et d'identifier les facteurs psychosociaux qui pourraient impacter la santé par une étude exploratoire et longitudinale et par des entretiens. Peu d'études en littérature ont utilisé un devis mixte pour investiguer cette problématique. À la lumière des résultats avancés par notre recherche, nous espérons contribuer modestement à sensibiliser les responsables du gouvernement au sein de l'enseignement supérieur tunisien à l'intérêt des recherches et des études portant sur la santé mentale des étudiants tunisiens et généraliser les institutions qui s'occupent de la santé mentale dans tous les établissements et les campus universitaires afin d'apporter une aide psychologique aux étudiants fragiles. La création d'un observatoire pour la vie estudiantine est devenue une demande pertinente. Il s'agit d'une source de données permanente sur l'état de santé mentale et l'évaluation du taux de changement des problématiques psychologiques : comportements à risque, addiction, etc. dans le temps semblent plus que prioritaires.

Notre intérêt pour les étudiants tunisiens primo-entrants émane de notre pratique auprès de cette population. En effet, comme je suis psychologue dans les cellules d'écoute et de prise en charge psychologique pour étudiants résidant dans les campus universitaires, je suis souvent confrontée à cette souffrance psychologique exprimée aux moments des consultations par ces jeunes. Trop de changements surviennent d'un seul coup dans leurs vies sans être préparés ou accompagnés dans ces moments difficiles de leurs parcours académiques. Ils sont amenés assez rapidement à mettre en place les bonnes stratégies pour bien s'adapter à ce nouvel univers universitaire. Ceux qui n'arrivent pas à s'ajuster aux exigences du milieu risquent d'abandonner ou de basculer dans des difficultés psychologiques sérieuses surtout s'ils portent des événements négatifs dans leurs histoires personnels.

La psychologie de la santé et la psychologie positive sont deux courants théoriques peu connus et peu développés en Tunisie. Nous espérons, à travers notre travail, inciter d'autres chercheurs tunisiens à exploiter les avancées théoriques de ces deux orientations en psychologie surtout que ces deux approches visent la promotion de la santé et du bien-être. Par la même occasion, adapter des outils de recherche pour mener les études de terrains à travers l'adaptation de plusieurs échelles, à savoir le GHQ12, l'échelle du stress perçu, l'échelle des stratégies d'ajustements, l'échelle de dépression, l'échelle d'espoir et l'échelle de névrosisme et d'estime de soi. Dans le cadre de notre travail, nous avons apprécié que les étudiants retrouvent leurs difficultés exprimées dans les items des questionnaires.

2. Les limites

Dans notre recherche, nous avons fait le choix d'inclure un grand nombre de variables pour cerner au mieux la complexité du vécu psychologique des étudiants tunisiens. Notre étude a permis d'identifier un certain nombre de facteurs dispositionnels, transactionnels et socio-biographiques et leurs impacts sur l'état de santé psychologique chez les étudiants. Concernant les aspects méthodologiques de notre travail de recherche, l'intérêt de nos résultats est limité, compte tenu d'un certain nombre de contraintes illustrées ci-après.

- La taille de l'échantillon n'est pas assez représentative : nous avons souhaité intégrer à cette étude un grand nombre d'étudiants, à titre d'exemple : pour les 7000 étudiants qui résident dans les cités universitaires de Sfax, nous aurons préféré intégrer au moins 10% de cette population à notre recherche, c'est-à-dire 700 étudiants voir même 1000 étudiants suivis dans une étude longitudinale sur trois temps durant l'année universitaire pour suivre de près l'évolution de notre variable dépendante « santé psychologique » et les facteurs psychosociaux choisis pour l'étude. Nous n'avons pas pu réaliser cet objectif, car il exigeait le déploiement de grands efforts matériels et humains. Un projet de cette taille pourrait être financé par le Ministère de l'Enseignement Supérieur Tunisien pour justement, créer cette source de données sur l'état de santé physique et psychologique des étudiants tunisiens inscrits en licence, en master ou en doctorat dans des filières différentes.

- La question de la différence femme-homme à approfondir puisque nous avons pu montrer que les filles avaient une moyenne au GHQ 12 plus élevée que les garçons, mais cette différence n'est pas significative statistiquement peut-être un échantillon plus important en nombre serait plus intéressant à exploiter.

- D'autant plus, La question de la différence entre filière scientifique et littéraire à approfondir puisque nous avons pu indiquer que les étudiants inscrits en filières scientifiques présentaient une moyenne au GHQ-12 plus élevée que le les étudiants inscrits dans des filières littéraires, mais cette différence n'est pas significative. Nous espérons que dans d'autres études tunisiennes l'échantillon soit plus important en taille pour que cette hypothèse soit validée.

- La question de la validation des outils sur une population tunisienne peut être reprochée à ce travail. Nous avons procédé à la traduction et l'adaptation des outils ce qui a beaucoup plu aux étudiants car ils se sont retrouvés dans les items et ça correspondait à leurs vécus. Ce travail de traduction a exigé des efforts de puiseurs acteurs y compris le chercheur. Nous espérons pouvoir effectuer ce travail de validation dans nos recherches ultérieures, puisque un travail de thèse n'est jamais achevé mais au contraire il ouvre la porte à d'autres questionnements et d'autres manières et démarches de recherches.

Les perspectives de recherches

Tout au long de notre recherche, nous avons analysé en nous référant à la littérature scientifique, les facteurs psychosociaux qui peuvent impacter la santé psychologique des étudiants tunisiens primo-inscrits. Il serait intéressant de réaliser d'autres études sur une population d'étudiants variée, en niveau et en spécialité, inscrits en deuxième et troisième années, en master ou en doctorat et établir un état sur leurs santés psychologiques pour un échantillon assez représentatif, puisque l'Université de Sfax ne compte que 30.000 étudiants répartis sur une vingtaine d'établissements universitaires. Or, pour réaliser cet objectif, le Ministère de L'enseignement Supérieur tunisien doit s'impliquer davantage comme partie prenante de ce projet pour soutenir la démarche logistique en besoins financiers, structures d'accueil et stratégies de recherche.

Nous pensons que la création d'un observatoire de la vie estudiantine est une question prioritaire pour la mise en place d'une banque de données sur les problématiques liées à la vie universitaire (leur évolution dans le temps, la connaissance des taux de prévalences en temps réel, la diminution ou l'aggravation des problématiques, l'apparition d'autres formes de mal-être, la mise en place de dispositifs de prévention et d'accompagnement, etc.). Nous sommes convaincue de l'importance d'une bonne connaissance des caractéristiques de cette population qui sera la catégorie active dans le pays avec son intégration dans le monde professionnel.

Il est primordial de leur prodiguer les bons moyens pour gérer les difficultés de la vie et s'y intégrer et pour bien profiter de leur parcours universitaire. Cette connaissance approfondie que nous espérons réaliser dans un avenir proche, est nécessaire pour organiser les dispositifs d'accompagnement et mettre en place les programmes de prévention nationaux pour venir en aide aux étudiants qui traversent des moments de rupture pénible et les protéger de la détresse psychologique. Cette souffrance mal repérée et pas prise en charge à temps risque de basculer dans des pathologies psychiatriques. Notre recherche a précisé qu'un taux important d'abandon, de réorientations et de redoublements sont recensés chez les étudiants de première année. En effet, dans notre étude nous avons constaté qu'une centaine d'étudiants ont disparu au deuxième temps de la recherche. Nous

pensons qu'ils ont quitté le milieu universitaire ou ils ont l'intention de le quitter. Il serait intéressant de les contacter pour leur proposer un encadrement et un suivi psychologique dans le but de les aider à reconstruire leurs projets personnels et professionnels ce qui va leur permettre à s'engager dans des filières qui portent sens pour eux. Sur un plan global et national, l'université tunisienne se doit se préoccuper de l'avenir des étudiants qui choisissent de disparaître du monde universitaire surtout après l'obtention du baccalauréat, une étape importante qui inaugure un statut social prometteur par l'élaboration des dispositifs d'accompagnement qui peuvent aider ces étudiants qui peignent à frayer un chemin dans la vie.

La création du statut de psychologue de l'orientation s'avère plus que nécessaire pour outiller les psychologues par les moyens et les connaissances de la mise en place d'actions concrètes pour venir en aide à cette population fragilisée, et ce par un concours de circonstances déstabilisantes lié à l'histoire de la personne, aux conditions précaires du logement universitaire et à la faculté et son organisation, au corps enseignants indifférents aux soucis de l'étudiant et au personnel administratif peu encadrant. La responsabilité est grandiose, les enjeux sont multiples et compliqués et l'implication de chaque acteur du milieu universitaire est nécessaire. Chacun doit être conscient du rôle qu'il l'incombe de l'être, y compris l'étudiant tunisien qui ne doit pas se placer dans une posture de victime des conditions défavorables des études supérieures. L'étudiant tunisien peut s'inscrire dans une démarche dynamique par laquelle il doit chercher information et soutien auprès du personnel formé pour venir en aide aux plus démunis et soutenir les étudiants dans leurs quêtes identitaires et de projets de vie.

La psychologie positive est un courant scientifique prometteur mais malheureusement peu enseigné à l'université tunisienne. Cette orientation prône l'idée de rendre les individus plus performants, capables d'identifier et de valoriser leurs forces et vertus pour affronter les difficultés de la vie quotidienne et pour réaliser un épanouissement personnel optimal par la mise en action d'un programme pratiqué d'une manière prolongée dans la vie quotidienne. Cette alternative nous semble plus que réalisable car il est temps de s'intéresser à cette nouvelle discipline qui connaît un engouement considérable dans la communauté scientifique. Une volonté politique est nécessaire pour changer les mentalités

et mettre en place les dispositifs nécessaires pour accomplir des missions avec des retentissements positifs sur l'avenir des étudiants tunisiens.

Conclusion générale

« Tout le chemin de la vie, c'est de passer de l'ignorance à la connaissance, de l'obscurité à la lumière, de l'inaccompli à l'accompli, de l'inconscience à la conscience, de la peur à l'amour »

Frédéric Lenoir

Depuis de nombreuses années, la recherche scientifique a montré un intérêt croissant pour les préoccupations de santé chez les étudiants. Des résultats inquiétants se sont révélés en confirmant que les étudiants sont exposés à une période cruciale et particulièrement stressante avec l'accès à l'université et le passage à l'âge adulte. C'est une double fragilité qui crée le déséquilibre et déstabilise l'étudiant psychologiquement.

L'ajustement psychologique durant la transition lycée –université revêt une ampleur cruciale avec les nombreux changements occasionnés par ce passage, qui est caractérisé par une grande variabilité interindividuelle. La littérature scientifique dévoile que plusieurs variables dispositionnelles et situationnelles peuvent interagir et influencer le parcours personnel de l'étudiant. Différentes études illustrent le lien entre la santé psychologique et certains facteurs dispositionnels, à savoir l'estime de soi, le névrosisme, et quelques facteurs transactionnels comme le stress perçu et les stratégies d'ajustements. Le coping vise l'ajustement aux exigences d'une situation spécifique évaluée comme stressante. Dans le contexte universitaire, les efforts d'ajustement peuvent contrebalancer les effets négatifs du stress et aider à prévenir ses conséquences émotionnelles, cognitives et physiologiques néfastes pour la santé.

De même, il est important d'approfondir la compréhension des facteurs de protection et de vulnérabilité qui interagissent lors de l'élaboration des processus d'adaptation psychologique des étudiants durant cette étape charnière. Au regard de ces résultats, plusieurs auteurs ont mis en avant l'intérêt de la mise en place de dispositifs visant la promotion de la santé et l'aide à l'ajustement psychologique, durant la transition vers les études supérieures et l'âge de jeune adulte.

Le parcours de chaque étudiant, après l'accès aux études supérieures, est influencé par des facteurs situationnels, psychosociaux et dispositionnels. Les résultats de notre recherche ont montré que 42.7% des étudiants de première année sont en détresse psychologique, ce qui rejoint les données de la littérature. Strenna (2011), dans sa thèse qui porte sur les tracas quotidiens des étudiants, a indiqué que 40 % des étudiants consultés dans sa recherche étaient en état de détresse psychologique.

Notre étude a mis en valeur l'importance de la prise en compte de certains facteurs sociodémographiques pour mieux comprendre leurs influences sur la santé psychologique des étudiants. Nos résultats ont révélé que la satisfaction par rapport au soutien social, aux conditions d'hébergement à la cité universitaire, au niveau socio-économique des parents et au choix de la spécialité, constituent des variables ayant un lien statistique significatif sur la santé ou la détresse psychologique.

De plus, notre recherche a montré l'importance des facteurs dispositionnels tels que le névrosisme, l'estime de soi et l'espoir qui influenceraient la façon d'évaluer les situations stressantes liées au contexte universitaire et la manière de déployer des stratégies d'ajustement pour y faire face. Les scores élevés de névrosisme et la faible estime de soi peuvent constituer un terrain de vulnérabilité permettant de développer des troubles anxieux ou dépressifs. Toutefois, des scores élevés d'espoir, d'estime de soi et un coping centré sur les problèmes constituent plutôt un terrain favorable de protection pour préserver sa santé psychologique.

Toutes ces données sont pertinentes et complexes et nous incitent à réfléchir sur notre pratique. Il nous semble crucial d'apporter un accompagnement psychologique personnalisé aux étudiants et particulièrement ceux inscrits en première année. L'aide et l'accompagnement à l'orientation sont primordiaux pour diminuer le taux d'échec et d'abandon en première année. Le soutien psychologique aux étudiants primo-inscrits s'impose comme moyen incontournable si nous voulons gérer cette détresse psychologique pour qu'elle ne bascule pas vers une pathologie psychiatrique. Notre étude indique que 45% des étudiants souhaitent voir un psychologue de l'université. Le reste des étudiants (soit 55%) s'estiment capables de se prendre en charge.

Il nous paraît important d'augmenter les séances de sensibilisation en groupe au profit des étudiants pour changer les représentations sur le métier du psychologue. Ce dernier n'est pas seulement un professionnel de la santé mentale mais il peut aussi accompagner l'étudiant pour mieux organiser ses études, lister ses priorités et réaliser ses objectifs dans son parcours personnel. Suivant cette approche, la mise en place d'une prise en charge psychologique s'avère plus que nécessaire et s'inscrit clairement dans un cadre de soutien appuyé sur une approche biopsychosociale.

L'intervention du psychologue de l'université vise l'accompagnement adéquat de l'étudiant en difficulté. D'une manière sommaire, il s'agit de proposer plusieurs services dans un cadre structuré et sécurisant. Il est important d'établir une relation de confiance basée sur l'écoute empathique et une communication libre pour faciliter la parole et aider l'étudiant à verbaliser ses représentations associées au passage à son nouvel environnement. Il est nécessaire de clarifier les points ou les questionnements de l'étudiant qui le préoccupent et de le soutenir dans la gestion des émotions négatives générées par un contexte stressant. Enfin, il faut aider les étudiants à donner du sens et de la cohérence à leurs parcours et prévenir ou signaler la situation de détresse psychologique si elle s'intensifie et perdure et de guider l'étudiant dans les différentes prises de décision en lien avec le contexte universitaire.

Bref, il est important de permettre aux étudiants d'exprimer leurs sentiments afin de faciliter l'identification des problèmes rencontrés sur ce passage plein d'embûches et d'y apporter les solutions les plus adaptées. Il est aussi fondamental comme le précise Coulon (1997), de proposer un encadrement pour les étudiants qui ont besoin d'apprendre les règles et les rouages du monde universitaire et s'accoutumer à leur métier d'étudiant si nous voulons réellement qu'ils s'affilient à l'institution universitaire et s'approprient les stratégies de réussite.

Comme nous l'avons déjà précisé, l'université tunisienne est préoccupée par la transmission des savoirs et la délivrance des diplômes pour une éventuelle insertion des nouveaux diplômés dans le monde de travail. La question de la santé psychologique de ces jeunes n'est pas considérée comme une priorité par les responsables du ministère de tutelle, sinon comment expliquer la présence de seulement soixante-dix psychologues pour venir en aide à 300.000 étudiants inscrits dans les universités et comment expliquer que plus de 50% des étudiants en premier cycle sont en situation d'échec, de réorientation ou d'abandon. Une telle réalité est exprimée avec amertume alors que les solutions sont possibles à court et à long termes si une volonté politique est engagée pour amorcer les changements qui doivent se concrétiser sur le terrain.

Nous sommes convaincue qu'une aide à l'orientation et un travail sur le sens des études semblent plus que nécessaires et que la mise en place d'un dispositif

d'accompagnement serait donc primordial. Galland & Oberti. (1996) révèlent que plus de la moitié des étudiants accèdent à l'université sans avoir une visibilité sur le parcours professionnel qu'ils veulent entreprendre. Nos résultats signalent qu'il est fondamental d'encadrer et d'accompagner les étudiants à faire des choix d'orientation. Le champ de l'orientation professionnelle tout au long de la vie se décline en France sous un grand nombre de dispositifs d'accompagnement (Cohen-Scali, & Guichard, 2008). Accompagner au sens de la vie prévoit une démarche qui ne se focalise pas sur l'aide à la réalisation d'un projet mais sur la réflexion concernant les choix déjà réalisés et ceux projetés dans l'avenir et sur leurs significations et articulations avec les différentes sphères de la vie.

Il ne s'agit pas de remettre en cause des approches existantes, comme les bilans de compétences, qui répondent à des besoins de construction d'un projet professionnel ou de formation. L'accompagnement au sens de la vie est envisagé comme un temps de réflexion sur soi, sur son existence pour analyser les valeurs et les priorités de vie, pour avoir une vision critique sur des parcours réalisés ou possibles, dans le but de définir une stratégie d'action en harmonie avec ses principes et aspirations, en évaluer les conséquences pour soi et pour autrui et acquérir une certaine harmonie entre différentes sphères de la vie (Bernaud, 2015).

Selon ce point de vue, l'accompagnement est une action capitale, en lien avec une approche réflexive sur le projet personnel, dont l'objectif est d'aider les étudiants à identifier leurs dispositions et ressources pour faire face aux situations aversives. L'accompagnement s'inscrit dans la lignée d'une lecture transactionnelle de la transition permettant à chacun d'aborder la situation de manière globalisante, à affronter l'ambiguïté et l'imprévu, et à prendre en compte les contextes évolutifs des situations (Riverin-Simard, 1993).

L'aide à l'intégration et l'apprentissage du métier étudiant nous paraît plus que nécessaire. Notre étude s'est fait l'ambition de mieux anticiper les risques de mauvais ajustement à l'entrée dans l'enseignement supérieur, que ce soit en termes de détresse psychologique ou d'échec universitaire. Dans une perspective de prévention primaire, il serait pertinent de repérer, dès le début du cursus universitaire, les étudiants vulnérables

afin de les accompagner dans ce parcours stressant et les outiller des moyens nécessaires afin de mieux affronter les aléas de ce trajet.

Toutefois, une campagne de sensibilisation régulière et un travail sur la promotion des comportements de santé se révèlent plus que nécessaires pour que les étudiants adoptent des comportements sains et modifient les comportements nuisibles à leur santé. La prévention secondaire précoce suppose un renforcement du dépistage afin de prévenir l'aggravation des symptômes de détresse psychologique qui peuvent basculer vers des pathologies psychiatriques lourdes en conséquence pour l'individu et pour la société.

En conclusion, des efforts importants doivent être réalisés en matière d'éducation pour la santé pour diminuer les risques de troubles psychiatriques ou des comportements addictifs. En effet, le stress engendré par l'entrée dans l'enseignement supérieur aux règles complexes et où règne l'anonymat avec le stress académique, la solitude, les perturbations du réseau social habituel induisent chez les étudiants des efforts d'ajustement plus au moins efficaces. L'adoption d'une stratégie évitante, plutôt qu'une stratégie vigilante, peut en effet les conduire à développer une symptomatologie dépressive ou à consommer des substances psychoactives et à adopter des comportements nuisibles comme la sexualité à risque, la violence, la cyberaddiction, etc.

Le contexte tunisien postrévolutionnaire (après 2011) connaît des mutations socioéconomiques multiples dans des sphères différentes, avec des conséquences non négligeables sur la jeunesse tunisienne qui se projette dans un avenir angoissant, incertain où le projet professionnel semble flou et insaisissable. Cette nouvelle réalité a fait émerger des problématiques variées et notre étude n'est qu'une contribution modeste dans un champ prometteur pour de nouvelles perspectives. Nous n'avons étudié que les étudiants de première année mais il serait indispensable de suivre des étudiants pendant leurs parcours universitaires, de la première année jusqu'à leurs insertions dans le monde du travail. Nous pensons que les différentes transitions dans le parcours universitaire sont parsemées de difficultés comme le passage d'une année à une autre ou du master au doctorat et enfin l'accès au monde professionnel.

En réalité, nous manquons d'études tunisiennes réalisées sur les étudiants doctorants, c'est-à-dire ceux qui continuent à vivre la période d'entre-deux, l'université et le monde du travail. Les doctorants sont souvent des étudiants-enseignants, ce qui renforce la complexité et l'ambiguïté de leurs statuts. Toutefois, la transition dans le monde du travail est une phase cruciale et constitue la fin d'un parcours et le début d'un autre chemin dans la vie. Il s'agit de la fin d'un contexte transitoire développemental et éducationnel, et du début d'un projet de vie professionnel. En effet, des études qui auront pour objectif d'évaluer l'ajustement à ce nouveau contexte pourraient compléter la nôtre en mettant en avant une autre dimension du monde des étudiants en fin de cycle universitaire.

Bibliographie

- Abdelmoula, M. (1971). *L'université zaytounienne et la société tunisienne*. Thèse de Doctorat en Sociologie. Université de Tunis.
- Abouserie, R. (1994). Sources and Levels of Stress in Relation to Locus of Control and Self-Esteem. University Students. *Educational Psychology*, 14, 323-330.
doi : [10.1080/0144341940140306](https://doi.org/10.1080/0144341940140306)
- Achille, M. A. (2003). Définir la santé au travail I. La base conceptuelle d'un modèle de la santé au travail. In R. Foucher, A. Savoie & L. Brunet (dir.). *Concilier performance organisationnelle et santé psychologique au travail*. Montréal : Éditions Nouvelles.
- Adlaf, E. M., Gliksman, L., Demers, A., & Newton-Taylor, B. (2003). Illicit drug use among Canadian University undergraduates. *CJNR (Canadian Journal of Nursing Research)*, 35(1). 24-43.
- Adlaf, E. M. (2005). *Enquête sur les campus canadiens, 2004*. Centre de toxicomanie et de santé mentale.
- Aissa, S. K., Latiri, H. S., Rejeb, M. B., Chebil, D., & Dhidah, L. (2014). Comportements tabagiques chez les étudiants infirmiers de Sousse, Tunisie: étude préliminaire. *Revue des Maladies Respiratoires*, 31(3), 248-254.
- Alaphilippe, D. (2008). Évolution de l'estime de soi chez l'adulte âgé. *Psychologie & Neuro-Psychiatrie du vieillissement*, 6(3), 167-176.
- Allport, G. W. (1937). *Personality: A psychological interpretation*. New York, NY : Holt, Rinehart & Winston.
- Allport, G. W. (1961). *Pattern and growth in personality*. New York, NY: Holt, Rinehart & Winston.
- Allport, G. W. (1967). Autobiography. In E.G. Boring & G. Lindzey (Dir.), *A history of psychology in autobiography*. New York, NY : Appleton-Century-Crofts
- Allport GW. (1970). *Structure et développement de la personnalité*. Neuchatel : Delachaux et Niestlé .
- Alsaleh, M., & Lebreuilly, R. (2017, September). Validation de la traduction française d'un questionnaire court de dépression de Beck (BDI-FS-Fr). *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 175(7), 608-616

- Amami, O., Aloulou, J., Elleuch, M., & Aribi, L. (2013). Tentative de suicide du lycéen et de l'étudiant: Étude Tunisienne a propos de 61 cas. *Tunis Med*, 91(3), 175-8.
- Anatrella, T. (2003). Les « adolescents ». *Études*, 399(7), 37-47. doi:10.3917/etu.991.0037.
- André, C., Lelord, F., Légeron, P., & Etienne, J. L. (1998). *Le stress*. Paris : Privat.
- André, C., & Lelord, F. (2002). *L'estime de soi: s'aimer pour mieux vivre avec les autres*. Paris: Odile Jacob.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11, 11-18.
- Arnett, J., (2000). Emerging Adulthood : a theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 5, 469-480.
- Arnett, J. J. (2007). Suffering, selfish, slackers? Myths and reality about emerging adults. *Journal of youth and adolescence*, 36(1), 23-29.
- Ashton, M. C. (2014). *Psychologie de la personnalité et des différences individuelles*. Bruxelles : De Boeck.
- Aspinwall, L. G., & Taylor, S. E. (1992). Modeling Cognitive Adaptation: A longitudinal Investigation of the Impact of Individual Differences and Coping on College Adjustment and Performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 989-1003. doi : [10.1037/0022-3514.63.6.989](https://doi.org/10.1037/0022-3514.63.6.989)
- Aspinwall, L. G., & Taylor, S. E. (1997). A Stitch in Time: Self-Regulation and Proactive Coping. *Psychological Bulletin*, 121, 417-436.
- Ayachi, M., (1997). *Écoles et société en Tunisie 1930-1956*, Tunis : Centre de Recherches Économiques et Sociales.
- Azi Kammoun, S. (1998). *Lacan : La relation d'objet* (Mémoire de Diplôme d'Études Approfondies, Université de Montpellier III Paul Valéry).
- Azi Kammoun, S. (2017). Passage de l'adolescence à l'âge de jeune adulte : des enjeux psychologiques multiples. 15^{ème} Colloque International de l'Association Tunisienne de Développement de la Psychanalyse. Carthage, Tunisie, 26- 27 octobre
- Azi Kammoun, S. (2018). Santé psychologique chez les jeunes. Colloque International Organisation Mondiale de la Santé : Quels dispositifs de promotion de la santé des jeunes en Tunisie pour 2030 : un état des lieux, des défis à relever et un projet pour une meilleure santé. Tunis, Tunisie, 4-5 avril.

- Azi Kammoun, S. (2019). Vulnérabilité psychologique chez les étudiants tunisiens primo-inscrits. 3^{ème} Congrès National de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent. Sfax. Tunisie, 26-27 avril
- Bangali, M. (2011). *Pratiques de conseil en orientation professionnelle et transformation des formes d'anticipation de soi face à une situation de transition: le cas des jeunes docteurs en reconversion vers le privé* (Thèse de doctorat en psychologie, Conservatoire national des arts et métiers-CNAM, Paris).
- Bardin, L. (1977). *L'analyse de contenu*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Bardou, E., Oubrayrie-Roussel, N., & Tap, P. (2014). *L'estime de soi*. Paris : In Press.
- Bariaud, F., & Bourcet, C. (1994). Le sentiment de la valeur de soi. *L'Orientation Scolaire et Professionnelle*, 3, 271-290
- Bariaud, F., & Bourcet, C. (1998). L'estime de soi à l'adolescence. In Bolognini, M. & Prêteur, Y. (Eds.), *Estime de soi. Perspectives développementales*. Paris, Lausanne: Delachaux et Niestlé, 125-46.
- Barrimi, M., Maazouzi, M., Malakt, S., Lazaar, S., & Khaoulani, H. (2019). Les idées et les tentatives de suicide chez les étudiants en médecine au Maroc: résultats d'une étude multicentrique. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*.
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24), 3186-3191.
- Belhajouza, N., Ben Romdhane, M., (1998). *Santé des étudiants tunisiens : état des lieux. Enquête de l'enseignement supérieur tunisien*. Tunis : MESRS.
- Beauregard, L. A., Bouffard, R., & Duclos, G. (2000). Programme estime de soi et compétence sociale chez les 8 à 12 ans: guide de l'animateur, cahier d'activités reproductible: adaptation du projet " Silence, je parle!". Ed. De l'Hôpital Sainte-Justine.
- Béchar, J. P., & Bédard, D. (2009). Comprendre le monde des étudiants. In *Innover dans l'enseignement supérieur*. Paris : PUF.
- Beck, F., Legleye, S., Guilbert, P., & Peretti-Watel, P. (2005). Les usages de produits psychoactifs des étudiants. *Psychotropes*, 11(3), 31-51.
- Becker, H. S. (2002). *Les ficelles du métier: comment conduire sa recherche en sciences sociales*. Paris : La découverte.

- Belsky, J., Friedman, S. L., & Hsieh, K. H. (2001). Testing a core emotion-regulation prediction: Does early attentional persistence moderate the effect of infant negative emotionality on later development ? *Child Development*, 72(1), 123-133.
- Bendana, K., (1991), L'Institut des Hautes Études de Tunis : 1945-1950, *La Tunisie de l'après-guerre (1945-1950)*. Tunis, ISHMN, 119-132.
- Bendana, K., (1998), Aux origines de l'Université tunisienne : l'Institut des Hautes Études de Tunis, *Revue d'Histoire Maghrébine*, n°89-90, 97-106.
- Bendana, K., (2004), Diplôme et université à Tunis dans les années cinquante, *Maghreb, dimensions de la complexité, Alfa Maghreb et sciences sociales*, Tunis, IRMC, pp.61-67. Publié dans *Diplômés d'ici et d'ailleurs. Parcours migratoires et trajectoires d'insertion*, Aix-en-Provence, CNRS/IREMAM. 66-75.
- Bénony, H., & Chahraoui, K. (1999). *L'entretien clinique*. Paris : Dunod.
- Ben Sedrine, S. , (2009) . La Tunisie In : *Enseignement supérieur et marché du travail dans le monde arabe* [en ligne]. Beyrouth : Presses de l'Ifpo.
<http://books.openedition.org/ifpo/771>
- Ben Youssef, A., (2006). *L'élite tunisienne moderne, les étudiants des universités françaises : 1881-1956*, Publications de la Faculté des Lettres et Sciences Humaines, Dar El-Mizène, Sousse, (en arabe).
- Berjot, S., & Paty, B. (2008). *Stress et faire face aux menaces de l'identité*. EPURE.
- Bernard, M., Zimmermann, G., & Favez, N. (2011). Quelle place pour la psychologie positive dans le champ de la psychothérapie? Perspectives théoriques et empiriques. *Pratiques psychologiques*, 17(4), 301-313.
- Bernaude, J.-L. (1998). *Les méthodes d'évaluation de la personnalité*. Paris : Dunod
- Bernaude, J. L., Lhotellier, L., Sovet, L., Arnoux-Nicolas, C., & Pelayo, F. (2015). *Psychologie de L'accompagnement: Concepts et Outils pour Développer le Sens de la vie et du Travail*. Paris : Dunod.
- Berrewaerts, J., & Deseilles, M. (2015). État des lieux du stress et de la dépression chez les étudiants de 1 ère et 2 ème année de médecine. *Acta Psychiatrica Belgica*, 115(2).
- Berthaud, J. (2017). *L'intégration sociale étudiante: relations et effets au sein des parcours de réussite en Licence* (Doctoral dissertation, Université Bourgogne Franche-Comté).

- Bettschart, W., Plancherel, B., & Bolognini, M. (1991). Validation du questionnaire de Goldberg (General Health Questionnaire, GHQ) dans un échantillon de population âgée de 20 ans. *Psychologie médicale*, 23(9), 1059-1064.
- Blanchet, A. (1985). *L'entretien dans les sciences sociales : l'écoute, le sens et la parole*. Paris : Dunod.
- Blanchet, A., & Gotman, A. (2006). *L'entretien*. Paris : Armand Colin
- Bloch, R. Chemama, E. Dépret, A. Gallo, P. Leconte, J.-F. Le Ny, P. Postel & M. Reuchlin. (1999). *Grand dictionnaire de psychologie*. Paris: Larousse.
- Blondel, C. (1948). *Nouveau traité de psychologie par George Dumas : Les Synthèses mentales. La Personnalité*. Paris : Presses universitaires de France.
- Bodin, R., & Millet, M. (2011). L'université, un espace de régulation. L'«abandon» dans les 1ers cycles à l'aune de la socialisation universitaire. *Sociologie*, 2(3), 225-242.
- Boisson, M., Godot, C., & Sauneron, S. (2010). *La santé mentale, l'affaire de tous*. Paris : Centre d'Analyse Stratégique.
- Bolognini, M., & Prêteur, Y. (2008). *Estime de soi. Perspectives développementales*. Lausanne: Delachaux et Niestlé.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: retrospect and prospect. *American journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664.
- Boniwell, I. (2012). *Introduction à la psychologie positive*. Payot
- Bonnaud-Antignac, A., Tessier, P., Quere, M., Guihard, É., Hardouin, J. B., Nazih-Sanderson, F., & Alliot-Licht, B. (2015). Stress, qualité de vie et santé des étudiants. Suivi de cohorte en première année commune d'étude en santé (PACES). *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 25(2), 58-65.
- Bosma H., (1994), Le développement de l'identité à l'adolescence, *L'orientation scolaire et professionnelle*, 23 (3), 291-311.
- Boudoukha, A. H., Bonnaud-Antignac, A., Acier, D., & Chaillou, A. (2011). Anxiété et stress: impact de la préparation du concours de pharmacie. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 21(3), 90-96.
- Boujut, E. (2007). Facteurs prédisant le développement de symptômes dépressifs, de symptômes organiques, de troubles des conduites alimentaires et de l'échec académique chez des étudiants de première année: une étude prospective en psychologie de la santé.(Thèse de doctorat. Université Victor Segalen. Bordeaux).

- Boujut, É., & Bruchon-Schweitzer, M. (2007). Rôle de certains facteurs psychosociaux dans la réussite universitaire d'étudiants de première année. *L'orientation scolaire et professionnelle*, (36/2), 157-177.
- Boujut, E., Koleck, M., Bruchon-Schweitzer, M., & Bourgeois, M. L. (2009) . La santé mentale chez les étudiants: suivi d'une cohorte en première année d'université. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 167(9), 662-668).
- Boujut, E., & Bruchon-Schweitzer, M. (2010). Les troubles des comportements alimentaires chez des étudiants de première année: une étude prospective multigroupes. *Psychologie française*, 55(4), 295-307.
- Bourdieu, P., & Passeron, J.-C. (1964). Les héritiers. Paris : Editions de Minuit
- Bourdieu, P. (1984). La jeunesse n'est qu'un mot. *Questions de sociologie*, pp. 143-154.
- Bourdillon, F. (2018). Santé publique et santé mentale. *Pratiques en santé mentale*, 64e année(1), 12-16. doi:10.3917/psm.181.0012.
- Bouterfas, N. (2014). *Vers un modèle de la santé psychologique au travail des agents du social et de l'insertion: quels inducteurs organisationnels, psychosociaux et personnels sur le bien-être, la détresse et l'épuisement*. (Thèse de doctorat, Université Charles de Gaulle-Lille III).
- Bouteyre, E., Maurel, M., & Bernaud, J. L. (2007). Daily hassles and depressive symptoms among first year psychology students in France: The role of coping and social support. *Stress and Health*, 23(2), 93-99.
- Boutinet, J.-P. (1998). *L'immaturité de la vie adulte*, Paris : PUF
- Bouttemont, C. D. (2002). Le système éducatif tunisien. *Revue internationale d'éducation de Sèvres*, (29), 129-136.
- Bouvard, M. (2009). *Questionnaires et échelles d'évaluation de la personnalité*. Paris : Elsevier Masson.
- Bouvet, C., Bonnefoy, B., Vrignaud, P., & Soidet, I. (2015). Pourquoi 30% des étudiants de première année arrêtent leur cursus? *La santé psychique des étudiants*, 45.
- Boyer, R., Coridian, C., & Erlich, V. (2001). L'entrée dans la vie étudiante. Socialisation et apprentissages. *Revue française de pédagogie*. 97-105.
- Broda, J. (2008). Santé, identité et précarité étudiantes, *Santé Publique*. Vol. 20, 605-610.
- Bruchon-Schweitzer, M., & Dantzer, R. (1994). *Introduction à la psychologie de la santé*. Paris : PUF.

- Bruchon-Schweitzer, M & Quintard, B. (2001). *Personnalité et maladies: stress, coping, et ajustement*. Paris : Dunod.
- Bruchon-Schweitzer, M. (2002). *Psychologie de la Santé : Modèles, concepts et méthodes*. Paris : Dunod.
- Bruchon-Schweitzer, M., & Boujut, E. (2014). *Psychologie de la santé : Modèles, concepts et méthodes*. Paris : Dunod.
- Cannon W.B. (1914). The interrelations of emotions as suggested by recent physiological researches , *American Journal of Psychology* . 25, (2), 1914, 256-282
- Carrein, C., & Bernaud, J. L. (2011). Facilitateurs et freins à l'entrée en consultation d'orientation professionnelle: enjeux, modèles, perspectives de recherche. *L'orientation scolaire et professionnelle*, (40/1).
- Cattell, R. B. (1958). The nature of anxiety: a review of thirteen multivariate analyses comprising 814 variables. *Psychological Reports*, 4, 351-388.
- Cattell, R.B. (1965). *The Scientific analysis of personality*. Baltimore: Penguin.
- Cervone, D., & Pervin, L. A. (2014). *Personnalité: théorie et recherche*. Pearson Education.
- Chakroun, N., Doron, J., & Swendsen, J. (2007, December). Fréquences de la consommation de substances psychoactives et de la psychopathologie chez de jeunes adultes en première année d'Université. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 165(10), 714-718.
- Chang, E. C. (2003). A critical appraisal and extension of hope theory in middle-aged men and women: Is it important to distinguish agency and pathways components? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 22(2), 121-143
- Chang E.C., Tugade M.M. & Asakawa K. (2006). Stress and Coping Among Asian Americans: Lazarus and Folkman's Model and Beyond. In: Wong P.T.P., Wong L.C.J. (eds) *Handbook of Multicultural Perspectives on Stress and Coping. International and Cultural Psychology*. Springer, Boston, MA.
- Charfi, N., Trigui, D., Thabet, J. B., Hajbi, K., Zouari, N., Zouari, L., & Maalej, M. (2015). Étude du rapport des troubles des conduites alimentaires avec le niveau de stress et l'estime de soi chez les étudiants en médecine a sud of the relationship between eating disorders, stress level and self-esteem among medicine students. *La tunisie medicale*, 93(11).

- Charfi, F., Harbaoui, A., Skhiri, A., Abbès, Z., Belhadj, A., Halayem, S., & Bouden, A. (2019). Profil épidémiologique et clinique des tentatives de suicide chez l'enfant et l'adolescent en Tunisie en post révolution. *Pan African Medical Journal*, 32(204).
- Charlot, B. (1997). Du rapport au savoir. Éléments pour une théorie. Anthropos, Paris
- Chartier, P., Terriot, K. & Vrignaud, P. (2018). *L'orientation scolaire et professionnelle: Pratiques d'évaluation*. Wavre, Belgique: Mardaga.
- Cheavens, J. S., Feldman, D. B., Gum, A., Michael, S. T., & Snyder, C. R. (2006). Hope therapy in a community sample: A pilot investigation. *Social indicators research*, 77(1), 61-78.
- Chérif, L., Ayedi, H., Sahnoun, F., Walha, A., Moalla, Y., Rekik, N., & Ghribi, F. (2012). Psychopathologie des tentatives de suicide chez les adolescents. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 60(6), 454-460.
- Choquet, M., Ledoux, S., & Menke, H. (1988). La santé des adolescents: approche longitudinale des consommations de drogues et des troubles somatiques et psychosomatiques: 327 adolescents suivis de 16 à 18 ans. *Documentation française*
- Cicchelli, V. (2001). *La construction de l'autonomie: Parents et jeunes adultes face aux études*. Paris : Presses universitaires de France.
- Cicchelli V., Galland O., Maillard J. de, Misset S. (2007), « Les jeunes émeutiers de novembre 2005. Retour sur le terrain », *Le Débat*, 145, 165-181.
- Cicchelli, V., & Galland, O. (2013). *L'autonomie des jeunes. Questions politiques et sociologiques sur les mondes étudiants*. Documentation Française.
- Claes M. & Lannegrand W. (2014). *La psychologie de l'adolescence*. PUQ.
- Clere, N. (2014). Comment gérer son stress avant les examens. *Actualités Pharmaceutiques*, 53(536), 37-40.
- Clifton, D., & Anderson, E. (2002). StrengthsQuest: Discover and develop your strengths, in academics, career, and beyond. Washington, DC: The Gallup Organization.
- Clifton, D., & Harter, J. K. (2003). Investing in strengths. In K. S. Cameron, J. Dutton, & R. Quinn (Eds.), *Positive organizational scholarship* (111–121). San Francisco, CA: Berrett-Koehler Publishers
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 386-396.
doi: [10.2307/2136404](https://doi.org/10.2307/2136404)

- Cohen, S., & Williamson, G. M. (1988). Perceived Stress in a Sample of the United States. In S. Spacapan & S. Oskamp (éd.), *The Social Psychology of Health*. 31-67. London: Sage Publications.
- Cohen, L. H. (1988). Life events and psychological functioning: Theoretical and methodological issues. *Sage Publications*. V (90)
- Cohen-Scali, V. (2000). Chapitre Premier - La transition de l'école au travail : une période aux multiples changements. In Cohen-Scali, *Alternance et identité professionnelle*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Cohen-Scali, V. (2001). Le rôle des composantes de la personnalité dans le processus de transition de l'école au travail. *Connexions*, 76 (2), 41-59.
- Cohen-Scali, V., & Guichard, J. (2008). Introduction: identités et orientations. *L'orientation scolaire et professionnelle*, (37/3), 315-320.
- Cohen-Scali, V., & Guichard, J. (2008). L'identité: perspectives développementales. *L'orientation scolaire et professionnelle*, (37/3), 321-345.
- Cohen-Scali, V. (2010). Travailler en étudiant : des situations aux enjeux différents. In: Cohen-Scali, *Travailler et étudier*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Conseil de l'union européenne (2008). Mieux inclure l'orientation tout au long de la vie dans les stratégies d'éducation et de formation tout au long de la vie, http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_Data/docs/pressdata/fr/educ/104237.pdf
- Cooley, C.H. (1902). *Human Nature and the Social Order*, New York : Scribner.
- Coopersmith, S. (1959/1984). *Manuel de l'inventaire d'estime de soi (SEI)*. Paris: Centre de Psychologie Appliquée.
- Coopersmith, S. (1967). *The Antecedents of Self-esteem*, Palo Alto, Californie : Consulting Psychologists Press.
- Coopersmith, S. (1967). *The Antecedents of Self-Esteem*. San Francisco: W. H. Freeman.
- Coopersmith, S. (1984). *Self-Esteem Inventories*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists
- Coopersmith S (1984). *Inventaire d'estime de soi de S. Coopersmith* : S.E.I. Paris : traduit et adapté par le Centre de psychologie appliquée.
- Cordazzo, P. (2014). La transition de la licence au master: entre continuité et changement disciplinaire. *Céreq*, 73.

- Costa, P. T. Jr., McCrae, R. R., & Zonderman, A. B. (1987). Environmental and dispositional influences on well-being: Longitudinal follow-up of an American national sample. *British Journal of Psychology*, 78, 299-306.
- Costa, P. T., McCrae, R. R., & Dye, D. A. (1991). Facet scales for agreeableness and conscientiousness: A revision of the NEO Personality Inventory. *Personality and Individual Differences*, 12, 887-898.
- Costa, P. T. Jr., & McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Cottraux, J. B. M. & Bouvard, M. (1985). *Méthodes et échelles d'évaluation des comportements*. Paris : EAP.
- Cottraux, J. (2010). *La force avec soi : pour une psychologie positive*. Paris : Odile Jacob.
- Cottraux, J. (2012). *Psychologie positive et bien-être au travail*. France: Elsevier Masson.
- Coulon A., (1997). *Le métier d'étudiant. L'entrée dans la vie universitaire*. Paris : Presses universitaires de France
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2007). *Designing and conducting mixed methods research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Csikszentmihalyi, M., & LeFevre, J. (1989). Optimal experience in work and leisure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(5), 815–822.
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: The psychology of optimal experience*. New York: Harper and Row.
- Csikszentmihalyi, M. (1993). *The evolving self. A psychology for the 3rd millennium*. New York : Harper Collins.
- Csikszentmihalyi, M. (1997). Flow and the psychology of discovery and invention. *HarperPerennial*, New York, 39.
- Csikszentmihalyi, M., & Csikszentmihalyi, I. (2006). *A life worth living: contributions to positive psychology*. New York, NY: Oxford University Press.
- Csikszentmihalyi, M., & Nakamura, J. (2011). Positive psychology: where did it come from, where is it going? In K. M. Sheldon, T. B. Kashdan, & M. F. Steger (Eds.), *Designing positive psychology: taking stock and moving forward* . New York, NY: Oxford University Press. doi :10.1093 /acprof:oso/9780195373585.003.0001

- Csillik, A. (2017). *Les ressources psychologiques Apports de la psychologie positive* Paris : Dunod.
- Cupa, D. (2014). *La santé psychique chez les étudiants*. Paris : Pluriels de la psyché.
- Dany, L. & Faury, S. (2017). Les enjeux de la recherche en psychologie de la santé. *Le Journal des psychologues*, 351, (9), 19-23. doi:10.3917/jdp.351.0019.
- Davidson, F., Choquet, M., & Bellanger, F. (1980). Les jeunes et les drogues permises et interdites: les lycéens, le tabac, l'alcool, les médicaments psychotropes et les drogues illicites: genèse et évolution de la toxicomanie. *Institut national de la santé et de la recherche médicale*.
- Décamps, G., Gana, K., Hagger, M. S., Bruchon-Schweitzer, M. L., & Boujut, E. (2014). Étude des liens entre la fréquence de pratique sportive et la santé des étudiants: mesure des effets de genre sur les troubles alimentaires et les consommations de substances. *Psychologie Française*.
- De Kernier, N., Canouï, P., & Thouvenin, B. (2010). Geste suicidaire, expression agie d'une violence familiale tacite. *L'Evolution psychiatrique*, 75(1), 123-137.
- De Ketele, J.-M. (1990). Le passage de l'enseignement secondaire à l'enseignement supérieur. *Vie pédagogique*, 66, 4-8.
- Delefosse, M. S. (2002). *Psychologie de la santé: Perspectives qualitatives et cliniques* (Vol. 239). Éditions Mardaga.
- Delas, Y., Martin-Krumm, C., & Fenouillet, F. (2015). La théorie de l'espoir: une revue de questions. *Psychologie française*, 60(3), 237-262
- Demazière, D. (1997). Kaufmann Jean-Claude, L'entretien compréhensif. *Revue française de sociologie*, 38(2), 398-399.
- Desbrosse-Baloche, C. (2000). Baromètre santé/vie scolaire en milieu étudiant lyonnais 1997/1998. *Lyon: université Lyon I*.
- Dhaher, N. (2010). Les implantations universitaires en Tunisie : de la marginalisation à l'intégration dans l'aménagement urbain. *L'Espace géographique*, 39(1), 65-74. doi:10.3917/eg.391.0065.
- Desmarais, D., Beauregard, D., Guérette, M., Hrimech, M., Lebel, Y., Martineau, P., et al. (2000). *Détresse psychologique et insertion sociale des jeunes adultes*. Québec, Canada: Les Publications du Québec

- Dhafer, N., (2010), Les implantations universitaires en Tunisie : de la marginalisation à l'intégration dans l'aménagement urbain. *L'Espace géographique* 2010/1 (39), 65-74.
- Dhaoui, I., & Études Sociales, D. C. (2016). *L'enseignement supérieur en Tunisie: Dynamiques et analyses de la performance*.
- Dhifallah, M., (2010). Conditions et contraintes des étudiants dans l'Empire colonial français : le cas des étudiants maghrébins dans l'entre-deux-guerres », in *Étudiants de l'exil. Migrations internationales et universités refuges (XVI^e-XX^e siècles)*, Patrick Ferté et Caroline Barrera (dir.), Toulouse, Presses Universitaires du Mirail, 133-144.
- Diener, E. (2009). *Assessing well-being: The collected works of Ed Diener* (Vol. 331). New York, NY: Springer.
- Domaison. S et al (2012). Etude longitudinale du fonctionnement familial, de la détresse psychologique et des stratégies d'adaptation chez des patientes traitées pour un cancer du sein et leurs conjoints, lorsque des enfants jeunes vivent au sein de la famille : résultats de la première évaluation. *Psycho-Onco* .6 : 163-168 Springer-Verlax.
- Dorard, G., Bungener, C., & Berthoz, S. (2013). Estime de soi, soutien social perçu, stratégies de coping, et usage de produits psychoactifs à l'adolescence. *Psychologie française*, 58(2), 107-121.
- Doré, C. (2017). L'estime de soi : analyse de concept. *Recherche en soins infirmiers*, 129(2), 18-26. doi:10.3917/rsi.129.0018.
- Doron, J., Stephan, Y., & Le Scanff, C. (2013). Les stratégies de coping: une revue de la littérature dans les domaines du sport et de l'éducation. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology*, 63(5), 303-313.
- Dubet F. (2004). *La jeunesse est une épreuve*. Dans: Dubet F, Galland O, Deschavanne E, directeurs. *Comprendre la jeunesse*. Paris: Presses Universitaires de France
- Dubreuil, P., Forest, J. & Courcy, F. (2012). Nos forces et celles des autres : comment en optimiser l'usage au travail? *Gestion*, 37(1), 63-73. doi:10.3917/riges.371.0063
- Dugué, M., Garnarczyk, C., & Dosseville, F. (2018). Déterminants psychologiques du stress chez les étudiants en soins infirmiers. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 66(6), 347-354.

- Duguet, A. (2015). Perception des pratiques pédagogiques des enseignants par les étudiants de première année universitaire et effets sur leur scolarité. *Revue française de pédagogie*, (3), 73-94
- Dumez, H. (2016). *Méthodologie de la recherche qualitative : Les questions clés de la démarche compréhensive*. Vuibert.
- Dumont, M., Leclerc, D., & Deslandes, R. (2003). Ressources personnelles et détresse psychologique en lien avec le rendement scolaire et le stress chez des élèves de quatrième secondaire. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 35(4), 254.
- Duru-Bellat, M. (1995). Des tentatives de prédiction aux écueils de la prévention en matière d'échec en première année d'université. *Savoir*, 3, 399-416.
- Duru-Bellat, M. (2012). Les dilemmes d'une orientation juste. *L'Orientation Scolaire et Professionnelle*, 41(1), 1-16.
- Ellouze, F., Rajhi, O., Robbena, L., El Karoui, M., Arfaoui, S., & M'rad, M. F. (2015). Cyberaddiction chez les étudiants. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 63(8), 504-508.
- Egdsdal, M., Montagni, I., Tournier, M. & Tzourio, C. (2016). Les services en santé mentale à disposition des étudiants inscrits dans l'enseignement supérieur : le cas de l'université de Bordeaux. *Revue française des affaires sociales*, 105-122. <https://www-cairn-info.proxybib-pp.cnam.fr/revue-francaise-des-affaires-sociales-2016-2.htm-page-105.htm>.
- Endler, N. S. Kantor, L. & Parker, J. D. A. (1994). State-trait coping, state-trait anxiety and academic performance. *Personality & Individual Differences*, 16 (5), 663-670. doi : 10.1016/0191-8869(94)90208-9
- Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1994). Assessment of Multidimensional Coping: Task, Emotion, and Avoidance Strategies. *Psychological Assessment*, 6 (1), 50-60.
- Endrizzi, L. (2010). *Réussir l'entrée dans l'enseignement supérieur. Dossier d'actualité de la VST*, n° 59. 1-23.
- Erickson, E. (1972). *Adolescence et crise*. Paris :Flammarion Éditeur.
- Erlich, V. & Verley, É. (2010). Une relecture sociologique des parcours des étudiants français : entre segmentation et professionnalisation. *Education et sociétés*, 26, (2), 71-88. doi:10.3917/es.026.0071.

- Escalon, H., Bossard, C., Beck, F., & Bachelot-Narquin, R. (2009). Baromètre santé nutrition 2008. INPES : Saint-Denis.
- Estingoy, P., Fort, E., Normand, J. C., Lerond, J., & D'Amato, T. (2013) . Vulnérabilités psychiques chez les étudiants: à propos de deux enquêtes en santé mentale à l'université Lyon 1. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* , 171(6), 392-398.
- Estingoy, P., Régembal, V. & Salomé, A. (2013). Le regard des jeunes sur les psychothérapies. *Le Journal des psychologues*, 311(8), 57-61. doi:10.3917/jdp.311.0057.
- Etter, J. F., & Perneger, T. V. (1997). Etat de santé, habitudes et préoccupations liées à la santé chez de jeunes adultes genevois. *Sozial-und Präventivmedizin*, 42(4), 195-203.
- Eysenck, H. J. (1957). *The Dynamic Structure of Anxiety and Hysteria*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Eysenck, H. J. (1958). The nature of anxiety and the factorial method. *Psychological Reports*. n° 4. 453-454.
- Eysenck, H. J. (1979). Crime and Personality. *Medico-Legal Journal*, 47(1), 18-32. <https://doi.org/10.1177/002581727904700104>
- Eysenck, H. J., & Eysenck, M. W. (1985). *Personality and Individual Differences: A Natural Science Approach*. Londres: Plenum Press.
- Eysenck, H. J. (1990). Biological dimensions of personality. In L. A. Pervin (Ed.), *Handbook of personality: Theory and research* . New York, NY, US: The Guilford Press
- Eysenck, H. J. (1997). *The learning and theory model of neurosis: A new approach*. In S. Rachman (éd.), *Best of behavior research and therapy* . 1-17. Oxford; Tarrytown, New York: Pergamon.
- Fakhfakh, R., Hsairi, M., Romdhane, H. B., Achour, N., Ammar, R. B., Zouari, B., & Nacef, T. (1996). Le tabagisme des étudiants en médecine en Tunisie: tendances des comportements et des attitudes. *Cahiers d'études et de recherches francophones/Santé*, 6(1), 37-42.
- Famose J.-P. & Bertsch J. (2009), *L'Estime de soi : une controverse éducative*, Paris, Puf.

- Faurie, I., Thouin, C., & Sauvezon, C. (2016). Étude longitudinale du stress perçu chez les étudiantes : effets modérateurs de l'estime de soi et du sentiment d'efficacité personnelle. *L'Orientation scolaire et professionnelle*, 45 (1), 5-31
- Faurie, I., & Giacometti, N. (2017). Effets de l'indécision de carrière et du sentiment d'efficacité personnelle sur le vécu de la transition lycée-université. *L'Orientation scolaire et professionnelle*, 46 (2), 179-205.
- Faye-Dumanget, C., Belleil, J., Blanche, M., Marjolet, M., & Boudoukha, A. H. (2018) . L'épuisement académique chez les étudiants: effet des variables sociodémographiques sur les niveaux de burn-out. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 176(9), 870-874
- Felouzis, G. (2001). Les étudiants et l'université. Dans : G. Felouzis, *La condition étudiante: Sociologie des étudiants et de l'Université* (pp. 9-46). Paris cedex 14, France: Presses Universitaires de France.
- Filloux, J. C. (1965). *La personnalité* (Vol. 758). Presses universitaires de France.
- Folkman, S. (2010). Stress, coping, and hope. *Psycho-oncology*, 19(9), 901-908.
- Foucault M. (2001). *Vérité, pouvoir et soi*. In *Dits et écrits II*. Paris : Gallimard.
- Fouquereau, E. (1991). *Contribution à une psychosociologie de la transition: le cas de la transition lycée-université* (Doctoral dissertation, Tours).
- Fischer, G. N., & Tarquinio, C. (2014). *Psychologie de la santé: applications et interventions*. Dunod.
- Fisher, S. (1994). *Stress in academic life: The mental assembly line*. Open University Press.
- Fredrickson, B. L., & Losada, M. F. (2005). Positive affect and the complex dynamics of human flourishing. *American psychologist*, 60(7), 678.
- Fredrickson, B. L., Cohn, M. A., Coffey, K. A., Pek, J., & Finkel, S. M. (2008). Open hearts build lives: Positive emotions, induced through loving-kindness meditation, build consequential personal resources. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95(5), 1045-62.
- Friedman, H. S., & Kern, M. L. (2014). Personality, well-being, and health. *Annual Review of Psychology*, 65, 719–742. doi:10.1146/annurev-psych-010213-115123
- Furr, S. R., Westefeld, J. S., McConnell, G. N., & Jenkins, J. M. (2001). Suicide and depression among college students: A decade later. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32(1), 97

- Gable, S. L., & Haidt, J. (2011). Qu'est-ce que la psychologie positive (et pourquoi). *Traité de psychologie positive*, 29-40.
- Galland, O. (1991), *La sociologie de la jeunesse*, Paris, Armand Colin.
- Galland, O. (1994). Adolescence et post-adolescence: la prolongation de la jeunesse. *Jeunesses et sociétés*, 71-77.
- Galland, O., & Oberti, M. (1996), L'expérience universitaire. *Repères*. 31-57.
- Galland, O. & Oberti, M. (1996). *Les étudiants*. Paris: La Découverte
- Galland, O. (2009). Une nouvelle adolescence. *Revue française de sociologie*, 49(4). 819-826.
- Gallagher, M. W., & Lopez, S. J. (2018). *The Oxford Handbook of Hope*. New York, NY: OUP USA
- Gana, K., Daigre, S., & Ledrich, J. (2013). Psychometric properties of the French version of the adult dispositional hope scale. *Assessment*, 20(1),114-118.
- Garcia, C. (2010). Conceptualization and measurement of coping during adolescence: A review of the literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(2), 166-185.
- Goldberg, D.P. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. London: Oxford University Press.
- Goldberg, D.P., & Williams, P. (1998). *A user's guide to the General Health Questionnaire*. NFER-Nelson: Windsor
- Gosselin, M. A., & Ducharme, R. (2017). Détresse et anxiété chez les étudiants du collégial et recours aux services d'aide socio-affectifs. *Service social*, 63(1), 92-104.
- Goyette, M., Bellot, C., & Pontbriand, A. (2011). *Les transitions à la vie adulte des jeunes en difficulté: concepts, figures et pratiques*. PUQ.
- Graziani, P., & Swendsen, J. (2004). *Le stress. Émotions et stratégies d'adaptation*. Psychologie, Nathan Université.
- Grebot E., & Girard-Dephanix, N. (2004). Étude du rôle des schémas cognitifs précoces dans le choix de stratégie d'ajustement à une situation d'évaluation de la performance universitaire. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 14(4), 156-164.
- Grebot, E., & Barumandzadeh, T. (2005). L'accès à l'Université: une situation stressante à l'origine de certaines stratégies d'ajustement dysfonctionnelles. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 163(7), 561-567.

- Grebot E. (2009). *Le stress*. Le cavalier bleu.
- Grebot, E., Dardard, J., & Briet, G. (2016). Schémas précoces inadaptés, croyances addictives et styles défensifs chez des étudiants consommateurs de cannabis. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 174(2), 93-99.
- Grignon, C., & Gruel, L. (1999). *La vie étudiante*. Paris : Presses universitaires de France.
- Gruel, L., Galland, O., & Houzel, G. (2009). *Les étudiants en France. Histoire et sociologie d'une nouvelle jeunesse*. Rennes : Presses Universitaires Rennes
- Guagliardo, V., Gilbert, F., Rouillon, F., Kovess-Masfety, V., & Verger, P. (2009). Troubles psychiatriques chez les étudiants universitaires de première année: prévalence annuelle, retentissement fonctionnel et recours aux soins en région Paca, France. *Revue de l'Institut de Veille Sanitaire, BEH*, 29. 7
- Guichard, J. et Huteau, M., (2000), *Psychologie de l'orientation*, Paris, Dunod
- Guichard, J. (2004). Se faire soi. *L'Orientation scolaire et professionnelle*, 33/4, 499-533
<https://doi.org/10.4000/osp.226>
- Guichard, J. (2005). Life-Long Self-Construction. *International Journal for Educational and Vocational Guidance*, 5(2), 111-124. <https://doi.org/10.1007/s10775-005-8789y>
- Guichard, J., & Huteau, M. (2007). *Orientation et insertion professionnelle. 75 concepts clés*. Paris : Dunod.
- Guichard, J. (2008). Proposition d'un schéma d'entretien constructiviste de conseil en orientation (life designing counseling) pour des adolescents ou de jeunes adultes. *L'Orientation scolaire et professionnelle*, 37/3, 413-440.
<https://doi.org/10.4000/osp.1748>.
- Guichard, J. (2010). Qu'est-ce que s'orienter aujourd'hui ? *Questions d'orientation*, 73(4), 13-40.
- Guichard, J., & Vignoli, E. (2010). S'orienter : construire sa vie. *L'Orientation scolaire et professionnelle*, 39 (1), 3-4.
- Guilbert, P., Baudier, F., & Gautier, A. (2001). *Baromètre Santé 2000: résultats*. Ed. CFES.
- Hafsi, A. (2013). *Conditions de travail, qualité de vie et santé psychologique chez les enseignants des collèges dans le Grand Tunis*. Thèse de doctorat, Conservatoire national des arts et métiers. Paris).
- Harter, S. (1985). *Manual for the self-perception profile for children : revision of the perceived competence scale for children*. Denver, CO : University of Denver.

- Harter, S. (1988). Issues in the assessment of the self-concept of children and adolescents , dans Le Greca A., *Childhood Assessment : Throught the Eyes of a Child*, Allyn and Bacon (Eds).
- Harter S. (1999). *The construction of the self : A developmental perspective*. New York : The Guilford publications.
- Hartmann, A. (2008). Les orientations nouvelles dans le champ du coping. *Pratiques psychologiques*, 14(2), 285-299.
- Haut comité de la Santé Publique, H. C. (1997). Santé des enfants, santé des jeunes. In *Rapport adressé à la Conférence nationale de santé*.
- Haut comité de la Santé Publique, H. C. (2000). La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes. *Rapport du groupe de travail du Haut Comité de la Santé Publique*.
- Hazanov, O. (2014). Stress et coping : un état des lieux, in David Sander, *Traité de psychologie des émotions*, Dunod
- Hectausen, H. (1974). Achievement Motivation and its Constructs: A Cognitive Model. *Motivation and Emotion*, 1, 283-329.
- Hellemans, C. (2004). Stress, anxiété et processus d'ajustement face à un examen de statistique à venir. Étude comparative chez des étudiants de première et de deuxième année d'université. *L'orientation scolaire et professionnelle*, 33/1, 141-170.
- Herpin, N., & Verger, D. (1998). Les étudiants, les autres jeunes, leur famille et la pauvreté. *Économie et statistique*, 308(1). 211-227.
- Holmes T. H., Rahe R. H., (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213-218.
- Houde, R., (1999). *Les temps de la vie : le développement psychosocial de l'adulte*. Paris : Morin.
- Huteau, M. (1986). *Style cognitif et personnalité. La dépendance-indépendance à l'égard du champ*. Paris : PUF.
- Huteau, M. (1994). L'évaluation psychologique des personnes : problèmes et enjeux actuels. *L'Orientation scolaire et professionnelle*, 23 (1), 5-13.
- Huteau, M. (1995). *Manuel de psychologie différentielle*. Paris : Dunod.

- Huteau, M. (2001). L'évaluation des intérêts professionnels. *Psychologie française*, 46, 259-266.
- Idier, L., Décamps, G., Rascle, N., & Koleck, M. (2011) (September). Étude comparative de l'attirance, la fréquence et l'intensité des conduites addictives chez les étudiants et les étudiantes. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 169(8), 517-522.
- Ilfeld Jr, F. W. (1976). Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population. *Psychological reports*, 39(3), 1215-1228.
- INSEE. (2006). Accès à l'enseignement supérieur des jeunes de 20/21 ans selon leur origine sociale. Enquête emplois INSEE, PLF 2006 (programme 231 : Vie étudiante).
- Jafari, E., Najafi, M., Sohrabi, F., Dehshiri, G. R., Soleymani, E., & Heshmati, R. (2010). Life satisfaction, spirituality well-being and hope in cancer patients. *Procedia—Social and Behavioral Sciences*, 5, 1362–1366
- James W. The principles of psychology [En ligne]. New York : Henry Holt and company ; 1890[cite le 13 déc 2016].<https://archive.org/details/principlesofpsyc1890jame>
- Jaotombo, F. (2009). Vers une définition du développement personnel. *Humanisme et Entreprise*, 294(4), 29-44. doi:10.3917/hume.294.0029.
- Jeanclaude, C. (2005). 3. Le stress n'est pas un équivalent de l'angoisse. Dans : C. Jeanclaude, *Les ombres de l'angoisse: La peur d'être vivant* . 75-89. Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur.
- Jean-Pierre, B. (1998). *L'immaturation de la vie adulte*. Paris, PUF.
- Jellab, A. (2011). Les étudiants de Licence 1 et la socialisation aux études universitaires : une expérience sous tension. *Sociologies pratiques*, 23, (2), 101-118. doi:10.3917/sopr.023.0101.
- Johnson R. B., Onwuegbuzie A., Turner L. (2007). Toward a definition of mixed methods research. *Journal of Mixed Methods Research*, 1, 112-133.
- Kacem, I., Kalboussi, H., Ayoub, N., Brahem, A., Maoua, M., Boughattas, W., ... & Mrizak, N. (2017). Burn-out chez les jeunes médecins: étude réalisée dans la région de Sousse. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 175(4), 332-338.
- Kaufmann, J. C. (2011). *L'entretien compréhensif*. Paris : Armand Colin.

- Kato, T., & Snyder, C. R. (2005). The relationship between hope and subjective well-being: Reliability and validity of the dispositional hope scale. *Japanese Journal of Psychology*, 76(3), 227–234. <http://dx.doi.org/10.4992/jjpsy.76.22>
- Kernis, M. H., Cornell, D. P., Sun, C.-R., Berry, A., & Harlow, T. (1993). There's More to Self-Esteem Than Whether it is High or Low: the Importance of Stability of Self-Esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 1190-1204
- Kerrien, M., Pougnet, R., Garlantézec, R., Pougnet, L., Le Galudec, M., Loddé, B., & Dewitte, J. D. (2015). Prévalences des troubles anxieux, de l'humeur et de la souffrance au travail des internes de médecine. *La Presse Médicale*, 44(4). 84-91.
- Keyes, C. L., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007-1022.
- Keyes C.L.M., (2002). The mental health continuum : from languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behaviour*, 43, 207-222
- Keyes C.L.M., (2006). Subjective well-being in mental health and human development research worldwide: An Introduction . *Social Indicators Research*, 77, 1-10
- Keyes C.L.M., (2007) . Promoting and Protecting Mental Health as Flourishing. *American Psychologist*, February - March 2007.
- Kohn, P.M., & Milrose, J.A. (1993). The inventory of high-school students' recent life experiences: A decontaminated measure of adolescents' hassles. *Journal of Youth and Adolescence*, 22(1), 43-55. doi : [10.1007/BF01537903](https://doi.org/10.1007/BF01537903).
- Koleck, M., Bruchon-Schweitzer, M., & Bourgeois, M. L. (2003). Stress et coping: un modèle intégratif en psychologie de la santé. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* . 161(10). 809-815.
- Koleck, M., Préau, M., Dany, L., & Faury, S. (2017). Les enjeux de la recherche en psychologie de la santé. *Le Journal des psychologues*, (9), 19-23.
- Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F., & Watson, D. (2010). Linking “big” personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: a meta-analysis. *Psychological bulletin*. 136(5), 768.

- Kovess-Masféty, V., Boisson, M., Godot, C., & Sauneron, S. (2010). *La santé mentale, l'affaire de tous. Pour une approche cohérente de la qualité de vie*. Centre d'analyse stratégique : La documentation française. Rapport, (24), 276.
- Labelle, R., Alain, M., Bastin, É., Bouffard, L., Dubé, M., & Lapierre, S. (2001). Bien-être et détresse psychologique: Vers un modèle hiérarchique cognitivo-affectif en santé mentale. *Revue québécoise de psychologie*, 22(1), 71-87.
- Lafay, N., Manzanera, C., Papet, N., Marcelli, D., & Senon, J. L. (2003). Les états dépressifs de la post-adolescence. Résultats d'une enquête menée chez 1521 étudiants de l'université de Poitiers. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 161(2), 147-151.
- Lahire, B. (1997). *Les manières d'étudier*. Paris : La Documentation française.
- Lahire, B. (2002). Formes de la lecture étudiante et catégories scolaires de l'entendement lectorat. *Sociétés contemporaines*, n° 48,(4), 87-107. doi:10.3917/soco.048.0087.
- Lambert-Le Mener, M. (2012). *La performance académique des étudiants en première année universitaire: influence des capacités cognitives et de la motivation*. Thèse de Doctorat.
- Lamia, A., & Esparbès-Pistre, S. (2004). Estime de soi et vulnérabilité. *Hors collection*, 89-104.
- Lamia, A. & Esparbès-Pistre, S. (2004). Estime de soi et vulnérabilité. Dans : Pierre Tap éd., *Précarité et vulnérabilité psychologique*. Toulouse, France: ERES. doi:10.3917/eres.tap.2004.01.0089.
- Larousse. (1984). *Grand Dictionnaire Encyclopédique Vol. 11*. Paris : Librairie Larousse.
- Larue, C., Loïselle, C., Bonin, J., Cohen, R., Gélinas, C., Dubois, S. & Lambert, S. (2009). Les méthodes mixtes stratégies prometteuses pour l'évaluation des interventions infirmières. *Recherche en soins infirmiers*, 97(2), 50-62. doi:10.3917/rsi.097.0050.
- Lassarre, D., Giron, C., & Paty, B. (2003). Stress des étudiants et réussite universitaire: les conditions économiques, pédagogiques et psychologiques du succès. *L'orientation scolaire et professionnelle*, 32/4, 669-691.
- Laugaa, D., & Bruchon-Schweitzer, M. (2005). Construction et validation d'une échelle de stress spécifique pour les enseignants en école primaire. *Psychologie et Education*, 1, 13-32.

- Laurent, A., Chahraoui, K., & Carli, P. (2007). Les répercussions psychologiques des interventions médicales urgentes sur le personnel SAMU. Étude portant sur 50 intervenants SAMU. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 165(8), 570-578.
- Lazarus, R.S. (1966), *Psychological stress and the coping process*, New York: Mc Graw-Hill.
- Lazarus R.S., Kanner A.D. et Folkman S. (1980). Emotions: A cognitive-phenomenological analysis. In R. Plutchik et H. Kellerman (éd.), *Theories of emotion*, vol. 1. New York: Academic Press.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S., (1984). *Stress, appraisal and coping*. New-York : Springer
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). Cognitive theories of stress and the issue of circularity. *Dynamics of stress: Physiological, psychological, and social perspectives*, 63-80.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and Adaptation*. New York: Springer Publishing.
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and Emotion: A New Synthesis*. New York: Springer Publishing.
- Le Bigot, J. Y., Lott-Vernet, C., & Porton-Deterne, I. (2004). *Vive les 11-25 ans*. Paris : Eyrolles.
- Lecomte, J. (2009). *Introduction à la psychologie positive*. Paris: Dunod.
- Lecomte, J. (2017). Pour une politique du bonheur inspirée de la psychologie positive. *Revue québécoise de psychologie*, 38(2), 183. <https://doi.org/10.7202/104077>.
- L'Écuyer, R. (1972). *La genèse du concept de soi. Théorie et recherches*. Éditions Naamann de Sherbrooke. Québec. Canada.
- L'Écuyer, R. (1988). L'évolution de l'estime de soi chez les personnes âgées de 60 à 100 ans. *Revue québécoise de psychologie*, 9(2) : 108-127.
- Légeron, P. (2003). *Le stress au travail*. Paris: Odile Jacob
- Lelong, M., (1959). La lutte contre l'analphabétisme en Tunisie, *IBLA*, N° 89. 212-213.
- Levinson D., (1978). *The Season's of Man life*. New York : Ballantine Books.
- Linley, P. A., Maltby, J., Wood, A. M., Joseph, S., Harrington, S., Peterson, C., Seligman, M. E. P. (2007). Character strengths in the United Kingdom: The VIA Inventory of Strengths. *Personality and Individual Differences*, 43(2), 341-351. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.12.004>

- Lourel, M. (2006). Stress et santé: le rôle de la personnalité. Présentation de quelques outils d'évaluation de la personnalité. *Recherche en soins infirmiers*, (2), 5-13.
- Lopez, S. J., O'Byrne, K. K., & Petersen, S. (2003). Profiling courage. In S. J. Lopez, & C. R. Snyder (Eds.), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures*. Washington, D. C.: American Psychological Association
- Lopez, S. J., & Snyder, C. R. (2009). *Oxford handbook of positive psychology*. New York, NY: Oxford University Press.
- Lopez, S. J., & Snyder, C. R. (2011). *The Oxford Handbook of Positive Psychology*. Oxford: OUP USA.
- Lindsay, P. H., & Norman, D. A. (1980). *Stress et émotion. Comportements humains et traitement de l'information*. Paris: Sciences de la vie, Raget.
- LMDE .(2008). La Mutuelle des étudiants et le laboratoire Expertise et prévention de la santé des étudiants (EPSE). Juin 2008. Deuxième enquête nationale sur l'état de santé des étudiants. Principaux enseignements. Consulté le 4 avril 2014. En ligne in www.lmde.com/fileadmin/pdf/securite_sociale/depliant_resultats_ENSE2.pdf.
- Maatouk, F., Barkallah, M., & May, W. (2013). Le tabagisme chez les étudiants de médecine dentaire à Monastir (Tunisie)/Smoking among dental students in Monastir, Tunisia. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 19(3), S32.
- Manus, J. M. (2012). Inquiétude sur la santé des étudiants. *Revue Francophone des Laboratoires*, 446(2012), 85
- Marcelli D, Braconnier A. (1995). États anxieux et névrose. In : *Adolescence et psychopathologie*. Issy-les-mx : Elsevier Masson.
- Marcelli D, Braconnier A. (2013). L'adolescence et les pathologies somatiques. In : *Adolescence et Psychopathologie*. Issy-les-Mx : Elsevier Masson.
- Marchand, A. (2004). *Travail et santé mentale:une perspective multi-niveaux des déterminants de la détresse psychologique*. Thèse de Doctorat, Montréal
- Mariage, A., & Schmitt-Fourrier, F. (2006). Rôle de la personnalité dans les stratégies de coping. *Le travail humain*, 69(1), 1-24.
- Mariage, A., & Schmitt-Fourrier, F. (2006). *Rôle de la personnalité dans les stratégies de coping*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Martin-Krumm, C., Tarquinio, C., & Delle Fave, A. (2011). *Traité de psychologie positive*. Bruxelles: De Boeck.

- Martin-Krumm, C. (2013). *Psychologie positive en environnement professionnel*. Bruxelles : De Boeck.
- Martinot, D. (2008). *Le soi, les autres, et la société*. Grenoble : Presses Universitaires.
- Marzloff, B. (2005). *Mobilités, trajectoires fluides*. Vaucluse : De l'Aube
- Maslow, A. H. (1968). *Toward a Psychology of Being*. New York: D. Van Nostrand Company
- Maslow, A. H. (1970). *Motivation and Personality*. New York: Harper & Row
- Masmoudi-Soussi, J., Bellaaj-Lachtar, F., Aloulou-Bouguecha, J., Amami, O., Halouani, A., & Jarraya, A. (2006). Vie sexuelle des adolescents (enquête auprès de 352 étudiants tunisiens). *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 164, (5), 395-401.
- Masmoudi, J., Sonda, T., Uta, O., Inès, F., Rim, S., Imene, B., & Abdelaziz, J. (2014). Troubles des conduites alimentaires et tempérament cyclothymique: étude transversale à propos de 107 étudiants Tunisiens. *The Pan African Medical Journal*, 18.
- Massé R, Poulin C, Battaglini A. (1996) . Élaboration d'un outil de mesure de la santé mentale des Montréalais francophones. Rapport de recherche, Direction de la Santé Publique de Montréal : Équipe Écologie Humaine et Sociale.
- Massé, R., Poulin, C., Dassa, C., Lambert, J., Bélair, S., & Battaglini, A. (1998). Élaboration et validation d'un outil de mesure de la détresse psychologique dans une population non clinique de Québécois francophones. *Canadian Journal of Public Health*, 89(3), 183-187.
- Massé, R., Poulin, C., Dassa, C., Lambert, J., Bélair, S., & Battaglini, A. (1998). Élaboration et validation d'un outil de mesure du bien-être psychologique: L'ÉMMBEP. *Revue canadienne de santé publique*, 89(5), 352-357.
- Massé, R. (2009). *Santé publique: enjeux éthiques et balises pour une ethno éthique de la promotion de la santé. Pouvoir médical et santé totalitaire*. Quebec : Les Presses de l'université Laval.
- Mattig, T., & Chastonay, P. (2018). La santé des étudiants universitaires: une responsabilité sociale de l'université. Données de littérature et réflexion sur le rôle possible de l'université. *Éthique & Santé*.

- Mazé, C., & Verliac, J. F. (2013) . Stress et stratégies de coping d'étudiants en première année universitaire: rôles distinctifs de facteurs transactionnels et dispositionnels. *Psychologie française*, 58(2), 89-105.
- Mead M. (1925). *Coming of age in Samoa*, New York :William Morrow.
- Meddouri, S., Trabelsi, S., Jmii, G., Karoui, M., Ellouze, F., & Mrad M.F. (2015). L'accès à l'université et le bien-être des étudiants. 13^{ème} Congrès de l'Encéphale. *Revue De Psychiatrie Clinique Biologique et Therapeutque*, V. 41 (Numéro spécial).
- Meddouri, S., Trabelsi, S., Zghal, M., Karoui, M., Ellouze, F., Mrad, M.F.(2015). L'estime de soi et le stress perçu chez les étudiants de première année de la faculté de médecine de tunis. 13^{ème} Congrès de l'Encéphale. *Revue De Psychiatrie Clinique Biologique et Therapeutque* V. 41 (Numéro spécial).
- Mègemont, J. L., & Baubion-Broye, A. (2001). Dynamiques identitaires et représentations de soi dans une phase de transition professionnelle et personnelle. *Connexions*, (2), 15-28.
- Meylan, N., Doudin, P. A., Curchod-Ruedi, D., & Stephan, P. (2015). Burnout scolaire et soutien social: l'importance du soutien des parents et des enseignants. *Psychologie française*, 60(1), 1-15.
- Michaut, C. (2012). Réussite, échec et abandon des études dans l'enseignement supérieur français: quarante ans de recherche. Réussite, échec et abandon dans l'enseignement supérieur, 53-68
- Michel, G., Purper-Ouakil, D., & Mouren-Siméoni, M. C. (2002). Prises de risque chez les jeunes. Les conduites dangereuses en véhicules motorisés. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 50(8), 583-589.
- Migeot, V., Ingrand, I., Defossez, G., Salardaine, F., Lahorgue, M., Poupin, C . & Ingrand, P. (2006). Comportements de santé des étudiants d'IUT de l'Université de Poitiers. *Santé Publique*, 18(2), 195-205.
- Millet, M. (2012). L'« échec » des étudiants de premiers cycles dans l'enseignement supérieur en France. retour sur une notion ambiguë et descriptions empiriques. Dans : Marc Romainville (dir). *Réussite, échec et abandon dans l'enseignement supérieur*, Belgique : De Boeck..doi:10.3917/dbu.romai.2012.01.0069.

- Ministère de l'enseignement supérieur (2006). *La réforme LMD en Tunisie, Note de cadrage, La licence*, Tunis, Direction générale de la rénovation universitaire. [www.universites.tn]
- Ministère de l'enseignement supérieur (2006). *La réforme LMD en Tunisie. Note de cadrage. La licence*, Tunis, mars. [http://www.mes.tn/lmd/lmd_tunisie.pdf]
- Ministère de l'enseignement supérieur (2009). *La note de cadrage pour l'établissement du diplôme de mastère dans le cadre du système LMD*. Tunis. [http://www.mes.tn/francais/divers/circulaire/circu2009/circu19/note_cadrage.pdf]
- Ministère de l'enseignement supérieur (2009). *L'enseignement supérieur et la recherche scientifique en chiffres, année universitaire 2008-2009*. Tunis : Bureau des études, de la planification et de la programmation. [www.universites.tn]
- Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique (2016). *L'enseignement supérieur et la recherche scientifique en chiffres*. Bureau des Etudes, de la Planification et de la Programmation. Tunis
- Mirowsky, J., & Ross, C. E. (2003). *Social Causes of Psychological Distress*. New York: Aldine de Gruyter.
- Mnif, S. B. Y. (2019). *Les ressources psychologiques au service du bien-être dans l'orientation tout au long de la vie*. Thèse de Doctorat en psychologie de l'orientation Cnam Paris.
- Moisy, M. (2011). Les jeunes, leur rapport à la santé et leur état de santé. *L'état de santé de la population en France: suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2009-2010; 35-50*. Accessible sur le site : http://www.santejeunes-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Dossiers_2009_2010_les_jeunes_leur_rapport_a_la_sante_et_leur_etat_de_sante.pdf.
- Moksnes, U. K., Moljord, I. E., Espnes, G. A., & Byrne, D. G. (2010). The association between stress and emotional states in adolescents: The role of gender and self-esteem. *Personality and Individual Differences, 49(5), 430-43*

- Moos, R. H., & Schaefer, J. A. (1984). The crisis of physical illness. In *Coping with physical illness*. Springer, (3-25). Boston, MA
- Morin, P. C., & Gingras, M. (2007). *Introduction aux théories de la personnalité*. Montréal: Gaëtan Morin.
- Morlaix, S. Suchaut, B. (2012). Les déterminants sociaux, scolaires et cognitifs de la réussite en première année universitaire, *Revue Française de pédagogie*, mis en ligne le 15 juillet 2015, consulté le 28 novembre 2016. <http://rfp.revues>
- Mucchielli R. (1972). *L'entretien de face à face dans la relation d'aide*. Paris: ESF.
- Mucchielli, A., & Paillé, P. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.
- Murphy-Lejeune, E. (2008). Nouvelles mobilités, nouveaux voyageurs. *Interculturel Francophonies*, n° 5.
- Naceur, A. (2010). Quand l'émotion perçoit et décide: un paradigme se construit. In S. Masmoudi & A. Naceur. *Du percept à la décision. Intégration de la cognition, l'émotion et la motivation*. Bruxelles: De Boeck.
- Naceur, A. (2013). *Emotion et Apprentissage. De la théorie à la pratique*. Tunis: CPU.
- Nakhli, J., Bouhleb, S., El Kissi, Y., Hassini, R., Nasr, S. B., & Ali, H. (2016). Les conduites alcooliques chez les étudiants infirmiers de Sousse. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 174(5), 380-384.
- Nandrino, J. L., Reveillere, C., Saily, F., Moreel, V., & Beaune, D. (2003). Sensibilité aux tracas quotidiens et personnalité des étudiants: importance du facteur névrosisme. *European review of applied psychology*, 53(3-4), 239-244.
- Nerdrum, P., Rustøen, T., & Rønnestad, M. H. (2006). Student psychological distress: a psychometric study of 1750 Norwegian 1st-year undergraduate students. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 50(1), 95-109
- Neveu, D., Boiché, J., Conejero, I., Doron, J., Dujols, P., Maury, M. & Visier, L. (2011). Étude sur le stress des étudiants de troisième année de Licence en médecine, odontologie, psychologie et STAPS Promotions 2009-2010. Université de Montpellier.
- Ogden, J. (2008). *Psychologie de la santé*. Belgique : De Boeck Supérieur.
- Organisation de Coopération et de Développement Economique. (2008). Perspectives de l'emploi de l'OCDE. Paris : Éditions OCDE

- Organisation Mondiale de la Sante, OMS.(1946). Constitution de l'organisation mondiale de la santé. Adopté lors de la Conférence internationale pour la santé, New York.
- Organisation Mondiale de la Sante, OMS. (2001) .Atlas: Mental health resources in the world, Genève, World health organization, department of mental health and substance dependence.
- Organisation Mondiale de la Santé, OMS. (2005). Mental health declaration for Europe. Facing the challenges, building solutions. Copenhagen: Organisation Mondiale de la Santé
- Oubrayrie, N., Safont, C., & Tap, P. (1991). Identité personnelle et intelligence sociale. À propos de l'estime de soi (sociale). *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 9(10). 63-76.
- Oubrayrie, N., De Léonardis, M., & Safont, C. (1994). Un outil pour l'évaluation de l'estime de soi chez l'adolescent: l'ETES. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 44(4), 309-317.
- Oubrayrie N. et Lescarret O. (1997). Pratiques éducatives, estime de soi et compétences cognitives. *Revue de recherche en éducation*, 20, 7-26
- Pagé, M. (2015). Avoir 18 ans. Au delà des théories : le vécu au quotidien. *Le Sociographe*, 51, 45-53.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin.
- Paivandi, S. (2015). *Apprendre à l'université*. Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur. doi:10.3917/dbu.vandi.2015.01.
- Palladino Schultheiss, D. E. (2005). Le rôle des relations socio-émotionnelles dans les transitions scolaires et professionnelles. *L'orientation scolaire et professionnelle*, (34/3), 353-373.
- Pariante, P.-D., & Guelfi, J.-D. (1990). Inventaires d'auto-évaluation de la psychopathologie chez l'adulte. 1re partie: inventaires multidimensionnels. *Psychiatrie et psychobiologie*, 5, 49-63.
- Park, N., Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2004). Strengths of Character and Well-Being. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(5), 603-619. <https://doi.org/10.1521/jscp.23.5.603.50748>

- Park, N., Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2006). Character strengths in fifty-four nations and the fifty US states. *The Journal of Positive Psychology*, 1(3), 118-129.
- Park, N., & Peterson, C. (2008). Positive psychology and character strengths: Application to strengths-based school counseling. *Professional School Counseling*, 12(2), 85-92.
- Park, N., Peterson, C., & Ruch, W. (2009). Orientations to happiness and life satisfaction in twenty-seven nations. *The Journal of Positive Psychology*, 4(4), 273-279. <https://doi.org/10.1080/17439760902933690>.
- Parker, J. D. A., & Endler, N. S. (1996). Coping and defense: A historical overview. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications*. John Wiley & Sons.
- Parron, A., & Sicot, F. (2009). Devenir adulte dans un contexte de troubles psychiques ou les incertitudes de l'autonomie. *Revue française des affaires sociales. Cahier de jurisprudence*, 63(1), 187.
- Pascal, A., Aldebert, B. & Rouziès, A. (2018). Les méthodes mixtes en systèmes d'information : enjeux épistémologiques et méthodologiques. *Systèmes d'information & management*, 23(3), 99-126. doi:10.3917/sim.183.0099.
- Paulhan, I. (1992). Le concept de coping. *L'année psychologique*, 92(4), 545-557.
- Paulhan, I. (1994). Les stratégies d'ajustement ou coping. In M. Bruchon-Schweizer, R. Dantzer. *Introduction à la psychologie de la santé*. Paris, PUF.
- Paulhan, I., Bourgeois, M. L., & Bourgeois, M. L. (1995). *Stress et coping: les stratégies d'ajustement à l'adversité*. Paris : Presses universitaires de France
- Pedrelli, P., Nyer, M., Yeung, A., Zulauf, C., & Wilens, T. (2015). College students: mental health problems and treatment considerations. *Academic Psychiatry*, 39(5), 503-511
- Perrenoud, P. (1994). *Métier d'élève et sens du travail scolaire*. Paris: ESF.
- Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. New York, NY: Oxford University Press.
- Peterson, C. (2006). *A primer in positive psychology*. New York: Oxford University Press.
- Peterson, C., & Park, N. (2006). Character strengths in organizations. *Journal of Organizational Behavior*, 27, 1149–1154. doi:10.1002/job.398.
- Peterson, C., Park, N., & Seligman, M. P. (2006). Greater strengths of character and recovery from illness. *The Journal Of Positive Psychology*, 1(1), 17-26. doi:10.1080/17439760500372739.

- Peterson, C., Ruch, W., Beermann, U., Park, N., & Seligman, M. P. (2007). Strengths of character, orientations to happiness, and life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology*, 2(3), 149–156. doi:10.1080 /17439760701228938.
- Peterson, C., Park, N., Pole, N., D'Andrea, W., & Seligman, M. E. P. (2008). Strengths of character and posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 214-217.
- Pirlot, G., & Cupa, D. (2012). *Approche psychanalytique des troubles psychiques*. Armand Colin.
- Ponnelle, S. (1998). *Rôle des déterminants contextuels et personnels dans l'ajustement aux situations de stress*. Thèse de doctorat. Amiens.
- Porot, A. (1984). *Manuel alphabétique de psychiatrie*. Paris : PUF
- Postel, J., & Mellier, D. (1999). Détresse. In H. Bloch, R. Chemama, E. Dépret, A. Gallo, P. Leconte, J.-F. Le Ny, P. Postel & M. Reuchlin (Éds.), *Grand dictionnaire de psychologie*. Paris: Larousse.
- Pouyaud, J. (2008). *Transitions, Construction de soi et Développement Vocationnel: l'exemple des collégiens s'orientant en lycée professionnel*. Thèse de doctorat, CNAM. Paris.
- Printemps, C., Cohen, S., Poisson, M. A., Gibert, M. H., Crowe Mc Cann, C., & Quera Salva, M. A. (1999). Sommeil et vigilance des étudiants. *Santé publique*, 11, 17-28.
- Pronost, A. (2012). Coping. Dans : Monique Formarier éd., *Les concepts en sciences infirmières*. Toulouse, France: Association de recherche en soins infirmiers. doi:10.3917/arsi.forma.2012.01.0127.
- Purper-Ouakil, D., Michel, G., & Perez-Diaz, F. (2004). Influence des traits de tempérament et du contexte sur le choix des stratégies de coping dans une population d'étudiants. *Annales Médico-psychologiques, Revue psychiatrique*. 162(3) ,203-208.
- Quintard, B. (1994). Du stress objectif au stress perçu. In M. Bruchon-Schweitzer et R. Dantzer (dir). *Introduction à la psychologie de la santé*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Quintard, B. (2001). Le syndrome de l'intestin irritable : un trouble fonctionnel digestif d'origine psychologique ? In M. Bruchon-Schweitzer et B. Quintard (dir), *Personnalité et maladies. Stress, coping et ajustement*. Paris : Dunod.

- Ramos, E. (2002). *Rester enfant, devenir adulte: la cohabitation des étudiants chez leurs parents*. Éditions L'Harmattan.
- Regourd Laizeau, M. (2017). La psychologie positive : changement de paradigme ou nouvelle psychologie ? *Le Journal des psychologues*, 346,(4), 22-26. doi:10.3917/jdp.346.0022.
- Rejeb, M. B., Abroug, H., Khefacha-Aissa, S., Fredj, M. B., Dhidah, L., & Said-Latiri, H. (2016). Comportement tabagique, connaissances et attitudes relatives à la lutte anti-tabac des étudiants infirmiers de la ville de Sousse, Tunisie. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 64(2), 121-127.
- Renard, F., Martin, E., Cueva, C., & Deccache, A. (2005). Santé et qualité de vie des adolescents récemment immigrés en Belgique: dépistage et prévention en médecine scolaire. *Archives de pédiatrie*, 12(10), 1471-1477.
- Réveillère, C., Nandrino, J. L., Sailly, F., Mercier, C., & Moreel, V. (2001) . Étude des tracas quotidiens des étudiants: liens avec la santé perçue. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* ,159 (6), 460-465.
- Richit, N. (2014). L'éducation à l'orientation dans le cadre d'un enseignement d'exploration en seconde. *Recherches en didactiques*, (2), 101-118.
- Richman, C.L. ; Clark M.L. ; Brown K.P. (1985). General and specific self-esteem in late adolescent students : Race, Gender, SES effects . *Adolescence*, 20 (79), 555-566.
- Rivolier, J. (1989). *L'Homme stressé*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Rizeanu, S., & Teodor, M. (2015). A Correlative Study between Pain Perception at the Doctor and the Level of Self-perceived Stress at Undergraduate Students at Psychology—A Pilot Study. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 187, 719-722.
- Robieux, L., Zenasni, F., Flahault, C., & Tavani, J. L. (2018). L'espoir dans la maladie chronique: représentations sociales de l'espoir chez les patients et soignants. *Psychologie Française*, 63(1), 37-50.
- Rogers, T.B. ; Krueper, N.A. ; Kriker, W.S. (1977). « Self-reference and the encoding of personal information », *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 677-688.
- Rolland, J. P. (2013). *L'évaluation de la personnalité: Le modèle en cinq facteurs*.
- Romainville, M. (2000). *L'échec dans l'université de masse*. Paris : L'Harmattan

- Romainville, M. & Michaut, C. (2012). *Réussite, échec et abandon dans l'enseignement supérieur*. Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur. doi:10.3917/dbu.romai.2012.01.
- Ronzeau, M., & Van de Velde, C. (2014). Panorama 2013. Conditions de vie des étudiants. *OVE Infos*, 29, 1-8.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton, NJ: Princeton University Press. doi : [10.1515/9781400876136](https://doi.org/10.1515/9781400876136)
- Rosenberg, M. (1965). Self-concept and psychological well-being in adolescence , dans Leahy R. (dir) *The Development of the Self*. New York NY : Academic Press.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York : Basic.
- Roussel, F. (2011). *Effets du rapport au savoir sur le choix de formation et la poursuite des études dans l'enseignement supérieur* (Thèse de doctorat, Université de Toulouse II Le Mirail, Discipline Psychologie Sociale).
- Saleh, D., Camart, N., & Romo, L.(2017) Intervention de gestion du stress par Internet chez les étudiants : revue de la littérature. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* , 175 (4), 327-331.
- Samet, K. (2014). La fuite des cerveaux en Tunisie : évolution et effets sur l'économie tunisienne. *Hommes & Migrations*, 1307(3), 123-128.
- Sandrin, E., & Gillet, N. (2016). Le workaholisme et l'engagement dans les études: des mécanismes explicatifs dans les relations entre la frustration des besoins psychologiques et le mal-être des étudiants. *Pratiques psychologiques*, 22(4), 317-334.
- Sandrine N., Frenay. M.(2012). La persévérance des étudiants de 1^{er} baccalauréat à la lumière du modèle expectancy –value. In Marc Romainville et al. *Réussite, échec et abandon dans l'enseignement supérieur, perspective en éducation et formation*. Bruxelles : De Boeck
- Santé des étudiants. (2013). Les résultats détaillés de l'étude sur les addictions aux substances. CSA, EmVia, terrain du : 10 Janvier au 17 Mars 2013, p 27.

- Seiffge-Krenke, I., Aunola, K., & Nurmi, J. E. (2009). Changes in stress perception and coping during adolescence: The role of situational and personal factors. *Child development, 80*(1), 259-279.
- Seligman, M. E. P. (1991). *Learned optimism*. New York: Knopf.
- Seligman, M. E. P. (1999). Positive psychology network concept paper. Retrieved from <http://www.sas.upenn.edu/psych/seligman/ppgrant.htm>
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology : An introduction. *American Psychologist, 55*(1), 5-14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>
- Seligman, M. E. P. (2002). *Authentic Happiness*. New York: Free Press.
- Seligman, M. E. P., Parks, A. C., & Steen, T. (2004). A balanced psychology and a full life. *Philosophical Transactions of the Royal Society . Biological Sciences, 359*, 1379–1382. <http://dx.doi.org/10.1098/rstb.2004.1513>
- Seligman, M. P., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: empirical validation of interventions. *The American Psychologist, 60*(5), 410–421. doi:10.1037/0003-066X.60.5.410.
- Seligman, M. E. P., Rashid, T., & Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist, 61*, 774–788. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.61.8.774>
- Seligman, M. E. (2008). Positive health. *Applied psychology, 57*, 3-18.
- Seligman, M. P., Ernst, R. M., Gillham, J., Reivich, K., & Linkins, M. (2009). Positive education: positive psychology and classroom interventions. *Oxford Review of Education, 35*(3), 293–311. doi:10.1080 /03054980902934563.
- Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. New York, NY: Free Press.
- Seligman, M. E. (2012). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*: Simon and Schuster.
- Selye H. (1946). The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation. *Journal of Clinical Endocrinology, 6*, 117-231.
- Shamsuddin, K., Fadzil, F., Ismail, W. S. W., Shah, S. A., Omar, K., Muhammad, N. A. & Mahadevan, R. (2013). Correlates of depression, anxiety and stress among Malaysian university students. *Asian journal of psychiatry, 6*(4), 318-323.

- Shankland, R. & Lamboy, B. (2011). Utilité des modèles théoriques pour la conception et l'évaluation de programmes en prévention et promotion de la santé. *Pratiques psychologiques*, 17(2), 153-172.
- Shankland, R., & Martin-Krumm, C. (2012). Évaluer le fonctionnement optimal: échelles de psychologie positive validées en langue française. *Pratiques psychologiques*, 18(2), 171-187.
- Shankland, R. (2015). *La psychologie positive*. Paris: Dunod
- Schlossberg, N.K., Waters, E.B. et Goodman, J., (1995). *Counseling adults in transition*, Springer Publishing Company: New York.
- Schlossberg, N. K. (1981). A model for analyzing human adaptation to transition. *The counseling psychologist*, 9(2), 2-18.
- Schlossberg, N. K., & Goodman, J. (2005). *Counseling adults in transition*. Springer Publishing Company :New York.
- Siino, F. (2000). *La construction du système universitaire tunisien. Flux croisés et importation des pratiques scientifiques* In : *Diplômés maghrébins d'ici et d'ailleurs : Trajectoires sociales et itinéraires migratoires* [en ligne]. Paris : CNRS Éditions, 2000 (généré le 28 novembre 2016). Disponible sur Internet : <<http://books.openedition.org/editions-cnrs/731>>. ISBN : 9782271078698. doi : 10.4000/books.editions-cnrs.731.
- Simmat-Durand, L. (2008). Usages de cannabis chez des étudiants d'une université parisienne (2003–2004). *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 21(3), 119-123.
- SMEREP. (2002). Santé et recours aux soins des étudiants affiliés à la SMEREP. Paris : ORS.
- Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., & Harney, P. (1991). The will and the ways: development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of personality and social psychology*, 60(4), 570-585
- Snyder, C. R. (1994a). Hope and optimism. In V. S. Ramachandren (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (Vol. 2, pp. 535–542). San Diego, CA: Academic.

- Snyder, C. R. (1994). *Psychology of hope: You can get there from here*. New York, NY: Free Press.
- Snyder, C. R. (1995). Conceptualizing, measuring, and nurturing hope. *Journal of Counseling & Development*, 73(3), 355-360.
- Snyder, C. R., Cheavens, J., & Sympson, S. C. (1997). Hope: An individual motive for social commerce. *Group dynamics: Theory, research, and practice*, 1(2), 107.
- Snyder, C. R., Feldman, D. B., Taylor, J. D., Schroeder, L. L., & Adams III, V. H. (2000). The roles of hopeful thinking in preventing problems and enhancing strengths. *Applied and Preventive Psychology*, 9(4), 249-269.
- Snyder, C. R., Feldman, D. B., Shorey, H. S., & Rand, K. L. (2002). Hopeful choices: A school counselor's guide to hope theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(5), 1061-1070.
- Snyder, C. R., Rand, K. L., & Sigmon, D. R. (2002). Hope theory. *Handbook of positive psychology*, 257-276.
- Snyder, C. R., Sympson, S. U., Michael, S. T., & Cheavens, A. (2002). Optimism and hope constructs: Variants on a positive expectancy theme. In E. C. Chang (Ed.), *Optimism and pessimism: Implications for theory, research and practice*. Washington, DC: APA.
- Snyder, C. R. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological inquiry*, 13(4), 249-275.
- Snyder, C. R., Lopez, S. J., Shorey, H. S., Rand, K. L., & Feldman, D. B. (2003). Hope theory, measurements, and applications to school psychology. *School psychology quarterly*, 18(2), 122.
- Snyder, C. R., Berg, C., Woodward, J. T., Gum, A., Rand, K. L., Wroblewski, K. K., & Hackman, A. (2005). Hope against the cold: Individual differences in trait hope and acute pain tolerance on the cold pressor task. *Journal of Personality*, 73(2), 287-312.
- Snyder, C. R., Rand, K. L., & Sigmon, D. R. (2005). Hope theory: A member of the positive psychology family. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 257–276). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Sormet, Thierry. (2015). Le psychologue et la question de l'urgence dans la clinique de l'étudiant. *Bulletin de psychologie*, 535, 51-61.

- Spitz, E. (1999). Les questionnaires dans l'approche quantitative en psychologie de la santé. *Pratiques psychologiques*, (4), 77-97.
- Spitz, E., Costantini, M. L., & Baumann, M. (2007). Détresse psychologique et stratégies de coping des étudiants en première année universitaire. *Revue francophone du stress et du trauma*, 7(3), 215-225.
- Sraïeb N, (1994). Le collège Sadiki de Tunis et les nouvelles élites. In: *Revue du monde musulman et de la Méditerranée*, n°72, Modernités arabes et turque: maîtres et ingénieurs. 37-52.
- Stora, J. B. (1991). *Le stress*. Presses universitaires de France.
- Stora, J. (2016). Mécanismes neurobiologiques et maladies du stress. Dans : Jean-Benjamin Stora éd., *Le stress*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Strenna, L., Chahraoui, K., & Vinay, A. (2009). Santé psychique chez les étudiants de première année d'école supérieure de commerce: liens avec le stress de l'orientation professionnelle, l'estime de soi et le coping. *L'orientation scolaire et professionnelle*, (38/2), 183-204.
- Strenna, L. (2011). *Étude des tracés quotidiens des étudiants de Grandes Écoles: liens avec la santé perçue, la qualité de vie et importance de la prise en compte de l'influence des traits de personnalité et de l'estime de soi*. Thèse de doctorat en psychologie, Université Dijon.
- Stenna, L., Chahraoui, K., & Réveillère, C. (2014). Tracés quotidiens des étudiants de première année de grandes écoles: liens avec la santé mentale perçue et la qualité de vie. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 172(5), 369-375.
- Tap P. (1980). *Identité individuelle et personnalisation*. Toulouse : Privat
- Tap, P. (1986). *Identité individuelle et personnalisation*, Toulouse : Privat
- Tap P. (1988). *La société Pygmalion ? Intégration sociale et réalisation de la personne*. Paris : Dunod.
- Tapia, C. (1994). *Intégrer les jeunes dans l'entreprise*. Paris : Les Éditions des Organisations.
- Tarquinio, C., Spitz, E., Fall, E., Gauchet, A. & Muller, L. (2017). Pratiques et interventions en psychologie de la santé. *Le Journal des psychologues*, 351(9), 29-33. doi:10.3917/jdp.351.0029.

- Tavolacci, M. P., Grigioni, S., Villet, H., Déchelotte, P., & Ladner, J. (2010). Évaluation du stress perçu et comportements à risque chez les étudiants. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 58, S54.
- Tellegen, A., & Waller, N. G. (2008). Exploring personality through test construction: Development of the Multidimensional Personality Questionnaire. *The sage handbook of personality theory and assessment*, 2, 261-292.
- Terriot, K., Vignoli, E., Lallemand, N., & Bourcier, B. (2017). Validation du Self-Perception Profile for Adolescents de Harter auprès d'un échantillon d'adolescents français. *Pratiques Psychologiques*, 23(4), 359-376.
- Tousignant, M., Hanigan, D., & Bergeron, L. (1984). Le mal de vivre: comportements et idéations suicidaires chez les cégépiens de Montréal. *Santé mentale au Québec*, 9(2), 122-133.
- Truchot, D. (2004). *Épuisement professionnel et burnout: concepts, modèles, interventions*. Paris : Dunod
- Turcotte, D., Goyette, M., Grenier, S., & Mann-Feder, V. (2015). Et si ce passage était plus facile avec d'autres? *Le sociographe*, (3), 99-108.
- Untas, A., Koleck, M., Rascle, N., & Bruchon-Schweitzer, M. (2012). Du modèle transactionnel à une approche dyadique en psychologie de la santé. *Psychologie française*, 57(2), 97-110.
- Vaez, M., & Laflamme, L. (2008). Experienced stress, psychological symptoms, self-rated health and academic achievement: A longitudinal study of Swedish university students. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 36(2), 183-196.
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques : Implications pour la recherche en langue française. *Psychologie Canadienne*, 30, 662-680
- Vallières E. F. & Vallerand R. J. (1990). Traduction et validation canadienne-française de l'Échelle de l'Estime de Soi de Rosenberg. *International Journal of Psychology*, 25, 305-316. <http://doi.org.proxybib-pp.cnam.fr/10.1080/00207599008247865>
- Vandentorren, S., Verret, C., Vignonde, M., & Maurice-Tison, S. (2005). Besoins d'information en santé des étudiants au service inter-universitaire de médecine préventive de Bordeaux. *Santé publique*, 17(1), 47-56

- Van de Velde, C., (2008), *Devenir adulte : sociologie comparée de la jeunesse en Europe*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Van de Velde, C. (2016). *Réussites et déclassements. Les étudiants face à leur avenir. Les vies étudiantes. Tendances et inégalités*. La Documentation française, Paris.
- Vaysse, B., Gignon, M., Zerkly, S., & Ganry, O. (2014). Alcool, tabac, cannabis, anxiété et dépression des étudiants en 2^{ème} année de médecine. Repérer pour agir. *Santé Publique*, 26(5), 613-620.
- Véron, L., et al. (2019). Risque suicidaire et dépression : diagnostic en porte-à-porte auprès d'étudiants français vivant en résidence universitaire. *Psychologie Française*, <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2018.12.001>.
- Vignoli, E., & Mallet, P. (2012). Les peurs des adolescents concernant leur avenir scolaire et professionnel: structure et variations selon le niveau scolaire, le sexe et la classe sociale. *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*, (2), 249-282.
- Vignoli, E., & Cohen-Scali, V. (2019). Ruptures dans les trajectoires tout au long de la vie: relations à soi et à autrui. *Pratiques Psychologiques*, 25 (3).
- Villatte, A., Marcotte, D. & Potvin, A. (2015). Ces étudiants à risque de dépression. *Le sociographe*, 51, (3), 65-75. doi:10.3917/graph.051.0065
- Vinay, A., Esparbès-Pistre, S., & Tap, P. (2000). Attachement et stratégies de coping chez l'individu résilient. *La Revue Internationale de l'Éducation Familiale*, 4(1), 9-29.
- Vinciguerra, A., Réveillère, C., Potard, C., Lyant, B., Cornu, L., & Courtois, R. (2019). Étudiants à risque de décrochage selon le profil de personnalité: Resilients, Overcontrollers et Undercontrollers. *L'Encéphale*, 45(2), 152-161.
- Vitaliano, P. P., Russo, J., Carr, J. E., Maiuro, R. D. & Becker, J. (1985). The Ways of Coping Checklist: Revision and Psychometric Properties. *Multivariate Behavioral Research*, 20 (1), 3-26.
- Walburg, V., Arnault, S., & Callahan, S. (2014). Les croyances rationnelles et irrationnelles en lien avec le niveau de stress des étudiants confrontés à l'idée d'un échec aux examens universitaires. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 24 (1), 14-23.
- Wauquiez, L. (2006). *Les aides aux étudiants et leurs conditions de vie: Comment relancer l'ascenseur social*. Rapport Ministériel, Paris.

- Weinberg, A., & Creed, F. (2000). Stress and psychiatric disorder in healthcare professionals and hospital staff. *the Lancet*, 355(9203), 533-537.
- Wong, P. T. (2011). Positive psychology: Towards a balanced interactive model of the good life. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 52(2), 69.
- Zagre, A. (2013). *Méthodologie de la recherche en sciences sociales*. Paris : l'Harmattan.
- Zedini, C., Sahli, J., El Ghardallou, M., Mellouli, M., Limam, M., Bouhlel, S. & Ajmi, T. (2017). Prévalence et facteurs associés à la consommation d'alcool chez les étudiants de Sousse, Tunisie. *Sante Publique*, 29(2), 255-262.
- Zidi, A., (1996). *L'historique de l'expérience éducative de la branche moderne de la Zitouna (1951-1965)*, Tunis, Institut Supérieur de Documentation, p.486 (en arabe).
- Ziller, R. (1973). *The Social Self*. New York : Pergamon Press.

Index des sigles et des acronymes employés

Sitographie

Cette section bibliographique présente alphabétiquement les portails, sites, blogs et pages Internet consultés au cours de cette recherche.

Authentic Happiness: Site Web de l'Université de Pennsylvanie développé par le Centre de Psychologie Positive. Par Dr. Martin Seligman, le directeur du Centre.

www.authentichappiness.org

HCTC : Site internet dédié à l'histoire et la culture dans la Tunisie contemporaine.

<https://hctc.hypotheses.org/232>

Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique (Tunisie) :

www.mes.tn

<http://www.mes.tn/lmd>

http://www.mes.tn/lmd/types_licences.htm

http://www.mes.tn/lmd/lmd_tunisie.pdf

<http://www.mesrs-assises-nationales.tn/mes/statistiques/>

<http://www.mesrs-assises-nationales.tn/mes/statistiques/>

<http://www.projets.rnu.tn/lmd-info/contenu/objectif.php>

Le Monde : le site web du quotidien français.

<http://www.sauvonsluniversite.com/spip.php?article7838>

La Presse (Tunisie) : site web du quotidien tunisien.

<http://www.lapresse.tn/29092010/13259/lemployabilite-mode-demploi.html>

Tekiano : site web d'actualités tunisien.

<https://www.tekiano.com/2017/11/21/tunisie-le-nombre-des-etudiants-inscrits-dans-les-universites-publiques-a-baisse/>

Tunisie numérique : site web d'actualités tunisien.

www.tunisienumerique.com

ANNEXES

Safia AZI KAMMOUN
**La santé psychologique chez les étudiants tunisiens :
entre accomplissement personnel et contraintes de la
vie universitaire.**

Résumé

Notre thèse porte sur l'évaluation de la santé psychologique chez les étudiants tunisiens primo-inscrits et les facteurs psychosociaux qui peuvent impacter leur santé. Nous avons réalisé une étude longitudinale qui se veut descriptive et corrélationnelle. Les données indiquent que 42.7% des étudiants interrogés présentent des signes de détresse psychologique. Nos résultats révèlent que plusieurs facteurs sont associés à cette détresse d'une manière statistiquement significative, à savoir la satisfaction des conditions socioéconomiques, le choix de la filière (subi ou choisi), la satisfaction du soutien social et des conditions de l'hébergement au campus universitaire. Certains facteurs transactionnels sont corrélés d'une manière significative à notre variable dépendante «la santé psychologique», à savoir le stress perçu et les stratégies d'ajustement et avec certains facteurs de personnalité comme l'estime de soi, le névrosisme et l'espoir. L'analyse des régressions multiples indique que l'estime de soi et le névrosisme expliquent, respectivement à 31% et 7%, la variance santé psychologique. Les résultats de l'étude longitudinale montrent l'amélioration générale de l'état de santé des étudiants interrogés lors du deuxième moment de l'étude avec un impact statistiquement significatif des facteurs de l'estime de soi et du coping centré sur la résolution des problèmes et l'espoir.

Mots-clés : Espoir – Estime de soi – Étudiant – Névrosisme – Personnalité – Psychologie positive – Psychologie de la santé – Stratégies d'ajustement – Stress perçu.

Résumé en anglais

Our thesis focuses on the assessment of the psychological health of first-time Tunisian students and the psychosocial factors that can impact their health. Our study is descriptive, prospective, correlational and regressive. The data indicate that 42.7% of the students questioned show signs of psychological distress. Our results reveal that several factors are associated with this distress in a statistically significant way, namely the socioeconomic level of the students, the choice of the research, undergone or chosen, the satisfaction of social support and the conditions of accommodation on Campus University. Certain transactional factors are significantly correlated with our dependent variable "psychological health", namely perceived stress and adjustment strategies and with certain personality factors such as self-esteem, neuroticism and hope. Multiple regression analyses indicate that self-esteem and neuroticism account for 31% and 7% of the variance in psychological health, respectively. The results of this longitudinal study show improvement in the general state of health of the students questioned during the second moment of the study, with a statistically significant impact of the factors of self-esteem and coping centered on the resolution of problems and hope.

Keywords: Adjustment strategies, Health psychology, Hope, Neuroticism, Perceived stress, Positive psychology, Personality, Student, Self-esteem.