

# S caiete sociologice

cahiers sociologiques

sociological review

Nr. 5/2007

Editura Fundației Academice AXIS

Revista  
a Institutului  
Social  
Roman





#### **Colegiul științific:**

|                                   |                                                                         |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Prof.univ. Ioan Mihăilescu        | - Președinte al Institutului Social Român                               |
| Prof.univ. Cătălin Zamfir         | - Academia Română,<br>Președinte de onoare al Institutului Social Român |
| Prof.univ. Ilie Bădescu           | - Președinte al Asociației Sociologilor din România                     |
| Prof.univ. Yannick Bineau         | - Université Lille I                                                    |
| Prof.univ. Ștefan Buzărnescu      | - Universitatea de Vest, Timișoara                                      |
| Prof.univ. Vasile Sebastian Dâncu | - Universitatea București                                               |
| Prof.univ. Ion Ionescu            | - Universitatea "Al.I.Cuza", Iași                                       |
| Prof.univ. Vasile Miftode         | - Universitatea "Al.I.Cuza", Iași                                       |
| Prof.univ. Nadji Rahmania         | - Université Lille I                                                    |
| Prof.univ. Traian Rotariu         | - Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca                               |
| Prof.univ. Gheorghe Teodorescu    | - INSOMAR București                                                     |
| Prof.univ. Elena Zamfir           | - Universitatea București                                               |

#### **Colegiul redacțional:**

*Coordonator* – Gheorghe Teodorescu

*Redactor șef* – Ștefania Bejan

*Redactor șef-adjunct:*

- Mircea Comșa
- Régis Matuszewicz (Université de Reims)

*Secretar general de redacție* – Daniela Șoitu

*Redactori:*

- Romeo Asiminei
- Cristina Gavriluță
- Adrian Netedu
- Maria Sandu
- Cristina Teodorescu

**Număr apărut cu sprijinul A.U.F (Agence Universitaire de la Francophonie) căreia îi aducem mulțumirile noastre.**

*Adresa redacției:*

Universitatea „Al. I. Cuza”,  
B-dul Carol I, nr. 11, B, 202,  
700506, Iași  
Tel./fax: 0232/201653  
e-mail: faxis@uaic.ro

© Editura Fundației AXIS, 2007

**ISSN: 1583-3615**



## Etude comparatif sur la sante des etudiants

Ion I. IONESCU, Universitatea "Al. I. Cuza" Iași

Elisabeth SPITZ, Université de Metz, France

Michèle BAUMANN, Sophie RECCHI, Université du Luxembourg

### Rezumat

*Sănătatea este o axă majoră a construcției Europei. Evaluarea stării de sănătate a populației este o preocupare actuală a autorităților publice în domeniu. Care este starea sănătății fizice și psihice a studenților, având în vedere că ei sunt printre actorii sociali - în pragul vieții active - cei mai implicați în construcția viitorului edificiu european? Studiul comparativ a urmărit starea sănătății fizice, psihice și reușita universitară a unor eșantioane de studenți din Franța și România. Ipotezele generale au fost : 1) Factorii de risc pentru sănătatea fizică și psihică a studenților sunt diferiți în cele două țări. 2) Factorii care determină reușita universitară diferă în cele două țări. Starea de sănătate poate fi apreciată la nivel societal, dar se măsoară plecând de la evaluări privind starea de sănătate individuală. Cu alte cuvinte, investigăm un număr de studenți și tragem concluzii pentru studenții francezi, pentru studenții români. Am folosit ancheta prin chestionar pentru a strânge datele accesibile necesare studiului comparativ. Am construit două eșantioane de studenți de la Universitatea „Alexandru Ioan Cuza” Iași și Universitatea „Paul Verlaine” Metz.*

La santé est influencée par des facteurs associés à la socioculture, la diversité des cultures se traduit par *la diversité des conceptions de la santé*. Les *représentations sociales et les croyances sur la santé*, propres à certaines sociocultures, peuvent avoir impact sur la santé. La santé des étudiants est un objet d'étude qui prend le devant de la scène sociale du fait de son impact sur la politique de construction de l'Europe (un forum européen de santé, en 2002, concluait: "*Il n'y aura pas d'Europe sans une Europe de la santé*"). Les étudiants roumains seront les acteurs sociaux les plus concernés par l'intégration de la Roumanie en UE et par la construction de la nouvelle Europe. *Les études visant l'état de santé étudiants roumains sont quasi-inexistantes* chez nous. Dans cette perspective nous avons commencé le travail dans ce domaine avec les spécialistes en matière : Michèle Baumann et Sophie Recchi (Université du Luxembourg) et Elisabeth Spitz (Université de Metz, France).



## La santé

L'Organisation Mondiale de la Santé définit la santé comme „un état de bien-être physique, mental et social”, un état d'équilibre et d'harmonie où toutes les possibilités de la personne humaine entrent en compte, qu'elles soient biologiques, psychologiques et sociales. La santé ne saurait se réduire à la „non maladie”, elle est à considérer sous plusieurs aspects qui dépendront fortement de la population étudiée. La santé des étudiants sera envisagée sous plusieurs angles, en corrélation avec les *modes de vie*, les *conditions de l'environnement* et les *comportements quotidiens*.

La politique de santé est structurée par des *systèmes de santé*. L'Etat organise le *système de santé national*. Les différences des systèmes de santé renvoient à l'histoire, à la culture, à l'organisation économique et sociale de chaque pays et ils correspondent à des *tailles de population*, à des *niveaux de développement* etc. L'Union Européenne propose une *politique européenne en matière de santé* (actuellement, cette politique négocie les questions de santé au sein de l'Europe par les Traités de Maastricht et Amsterdam). La politique européenne a en vue la *santé de l'Europe* (l'harmonisation des systèmes de santé de tous les pays membres c'est pour longue terme...), mais dans les pays occidentaux il y a *deux modèles théoriques* des systèmes de santé:

- un *modèle „bismarckien”* fondé sur la conception commutative de la justice sociale où l'Etat impose un dispositif d'assurance-maladie qui fournit l'essentiel des ressources du système; c'est le modèle des systèmes de l'Allemagne, la Belgique, le Luxembourg, les Pays-Bas et la France.
- un *modèle „beverigien”* fondé sur une conception distributive de la justice sociale où il y a responsabilité de l'Etat dans la distribution des soins; c'est le modèle de Grande-Bretagne, Irlande, Danemark, Italie, Portugal, Grèce et Espagne.

Il est indispensable de s'intéresser aux différents systèmes de santé, vu qu'ils *influencent le recours aux soins pour retrouver une bonne santé* (qui a un impact indéniable sur la santé).

La *mesure de la santé*. La santé est évaluée à travers le „vécu” personnel, c'est-à-dire par les opinions des personnes. Les sondages relèvent la difficulté de passer de l'individuel au collectif en matière de santé. Les *indicateurs objectifs* de l'état de santé sont *l'espérance de vie* et *la mortalité périnatale* (il y a aussi de nouveaux critères, par exemple *l'espérance de vie sans incapacité*, *la mortalité prématurée* - évitable ou non - et les *années potentielles de vie perdues*). D'autres *déterminants collectifs* permettent d'évaluer la *facilité de recours au système de soins*, le *niveau de cohésion sociale* ainsi que les

niveaux de qualité en matière d'*environnement*, d'*alimentation* et de *logement*. Les déterminants individuels sont les *habitudes de vie* (l'exercice physique, l'hygiène corporelle, la consommation de tabac, la consommation d'alcool, le comportement au volant et les comportements sexuels). Les jeunes, en general, ont une représentation positive de la santé, mais elle ne retient pas l'attention des jeunes du fait de la ... certitude concernant leur pleine santé sans faille. Ils l'associent au plaisir, à la liberté, au bien-être et à l'indépendance (ils se représentent en mauvais état de santé quand ils se sentent mal, sont dépendants et coupés des autres). L'objectif de notre étude est d'appréhender *comment les étudiants perçoivent leur santé*.

## La santé des étudiants

La plupart des étudiants sont *célibataires* et *dépendent économiquement de leur famille*. Leurs *origines sociales* peuvent être très diverses. Parmi les étudiants, il est possible de distinguer les „héritiers” - les jeunes qui ne font pas efforts d'accommodation, par opposition aux „néo-étudiants” dont le milieu d'origine n'est pas familier des traditions universitaires (ces jeunes rompent la continuité générationnelle en ne perpétuant pas la tradition familiale). Bart & Merle (1997) ont travaillé sur l'*appartenance sociale des étudiants* et ont montré que l'étudiant se trouve entre le souci personnel de réussite et l'intérêt à faire parti d'un groupe. Galland (1995) parle d'*ambiguïté de l'identité étudiante*. Les étudiants font partie d'un *groupe social qui tend à une mobilité sociale ascendante*. Les étudiants doivent faire face à de *nombreux remaniements identitaires* (Coulon, 1997) dues au temps consacré aux tâches matérielles, aux difficultés financières, au travail pour financer les études, à l'insécurité urbaine, à la difficulté à gérer l'inconnu et l'isolement. Cette *autogestion* peut être nuisible à la réussite universitaire et *peut avoir un impact sur leur santé*. Les théories peuvent éclairer certains aspects de la santé des étudiants:

La *théorie (cognitive) du stress*. Lazarus et Folkman (1984) définissent le stress comme „une transaction spécifique entre la personne et l'environnement, évaluée par celle-ci comme débordant ses ressources et pouvant mettre en danger son bien-être”. Le stress est un processus incluant: les stimuli stressants, les réponses engendrées, la relation entre la personne et l'environnement (relation dynamique, en changement et bidirectionnelle). Cette relation est modulée par un processus d'évaluation cognitive et les processus d'adaptation, d'ajustement („coping”): d'abord la personne évalue l'impact du stress (cette évaluation personnelle de la situation est appelé „stress perçu”, Cohen & coll., 1983); pendant la deuxième évaluation, la personne évalue ses ressources pour faire face à la situation („contrôle perçu”, locus of control, l'auto-efficacité, self-efficacy). Le contrôle perçu se réfère aux croyances personnelles quant aux possibilités d'action et de contrôle sur la transaction



entre la personne et l'environnement. Il y a de *stratégies de coping* (stratégies d'ajustement, l'ensemble des processus que la personne interpose entre elle et la situation perçue comme menaçante, afin de maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de celle-ci sur son bien être physique et psychique).

La *théorie des buts personnels de vie* introduit l'idée que *les buts personnels fournissent l'énergie nécessaire aux activités* (Carver & Scheier, 1991). Pour comprendre la personne, il faut comprendre ses buts. Ford & Nichols (1987) ont conclu que *la motivation résulterait conjointement des buts de vie, des émotions et des croyances personnelles* et elle est un élément essentiel pour l'*accomplissement de soi*. Les auteurs définissent les *buts de vie par rapport à l'individu* (c'est à dire par rapport à soi-même) et les *buts par rapport à l'environnement*.

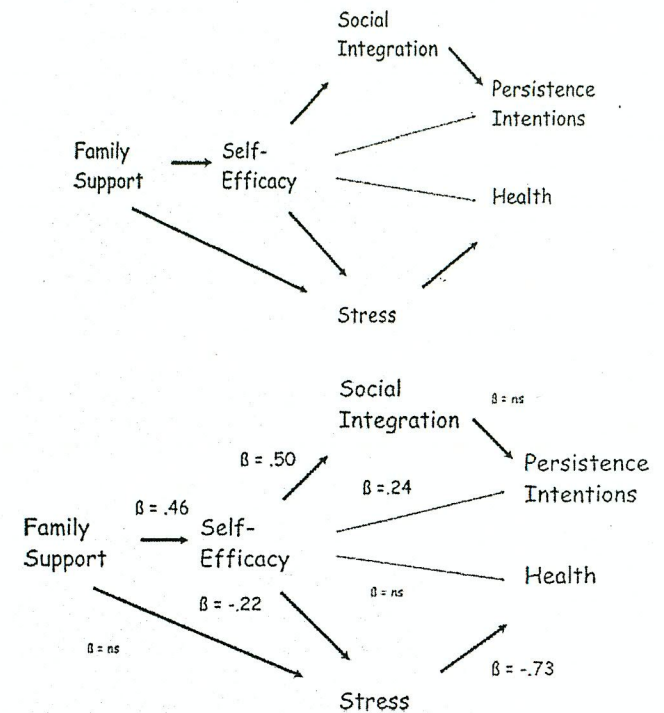
Le modèle des croyances relatives à la santé a été développé par Rosenstock (1974). Il propose de prendre en compte *les perceptions de la vulnérabilité* à une maladie et celles de la *sévérité des conséquences de la maladie*. Le modèle des *buts relatifs aux comportements de santé* a été décrit par Spitz (2003):

- l'approche des buts spécifiques est influencée par la structure des buts de vie de la personne,
- l'inclusion, à côté des prédictors des comportements de santé, du concept de compétences perçues (auto-efficacité, locus of control), des éléments nouveaux - comme la différenciation entre les coûts et bénéfices émotionnels (affectifs) et les coûts et bénéfices dans le domaine de la santé, du travail et de la famille, ainsi que les normes subjectives de l'influence sociale,
- les cognitions relatives à la santé et celles relatives aux affects,
- les processus d'évolution par phase dans le changement de comportement.

Il est connu le modèle théorique de Torres & Solberg (2001) appliqué à la santé des étudiants, ainsi que le modèle de Mahoney, Thombs & Ford (1995). Essentiellement ils s'agit de quatre concepts :

- auto efficacité académique,
- stress,
- soutien familial
- intégration sociale.

Les hypothèses prédisent une *association directe entre l'auto-efficacité universitaire et les intentions de persévérance (persistance)* ainsi qu'un *lien indirect de l'auto-efficacité avec une meilleure santé*.



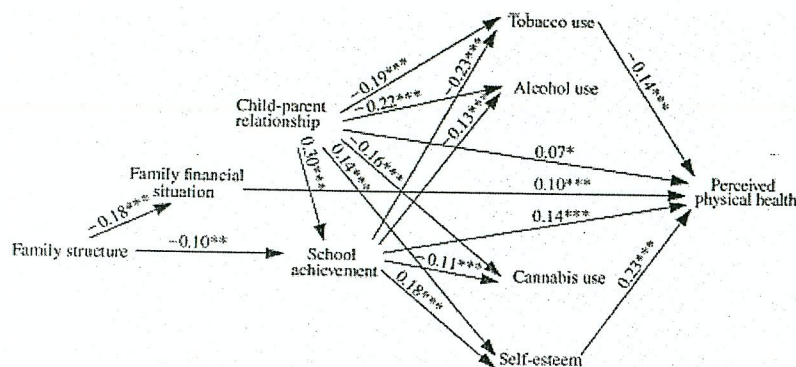
En 2001, un testation de ce modèle sur des collégiens d'Amérique latine a montre que *l'auto-efficacité est associée directement à l'intégration sociale* (les résultats montrent que *les étudiants avec un soutien familial plus élevé ont une meilleure auto efficacité*).

Une autre étude a testé le modèle des *croyances relatives à la santé (Health Belief Model)*. Sont identifiés trois groupes d'utilisateurs de préservatifs: les non utilisateurs, les utilisateurs irréguliers et les utilisateurs réguliers (Mahoney, Thombs & Ford, 1995), l'échantillon étant constitué d'étudiants âgés entre 18 et 24 ans. Les résultats ont montré que le groupe d'utilisateurs irréguliers est celui qui se distingue le mieux des autres groupes par le nombre de partenaires sexuels durant l'année précédente, la fréquence d'état d'ivresse durant le rapport sexuel et la vulnérabilité perçue par rapport au syndrome d'immuno-déficience acquise et aux maladies sexuellement transmissibles. Les jeunes adultes de ce groupe ont significativement plus de partenaires sexuels, sont plus souvent sous l'effet de la drogue lorsqu'ils s'engagent vers un rapport sexuel, se perçoivent plus vulnérables par rapport au SIDA et se disent moins persuadés de leur capacité à discuter sur l'utilisation d'un préservatif avec un partenaire.



En 1998, une étude s'est intéressée aux *facteurs pouvant influencer la santé physique* perçue par les étudiants d'Ontario. Ont été prises en compte les variables : démographiques, la structure familiale, la situation financière de la famille, la relation parent-enfant, la réussite scolaire, l'estime de soi, la consommation d'alcool, tabac et cannabis.

Les résultats ont montré que *des revenus élevés, une bonne relation parent-enfant, un intérêt scolaire marqué par des réussites, une estime de soi élevée, le fait de ne pas fumer et d'être de sexe masculin sont associés positivement à une perception de bonne santé physique*. Une étude a confirmé ce modèle sur un échantillon national d'adolescents des Etats-Unis (Wade, Pevalin & Vingilis, 2000):



Un bon nombre d'études se sont intéressées à *la santé psychique et au bien-être affectif des étudiants* (Firth, 1986 ; Phillips, 1988 ; Russler, 1991 ; Heaman, 1995 ; Jones & Johnston, 1997 ; Roberts, Warner & Trumpower, 2000 ; Roberts, Warner, Lyketsos, Frank, Ganzini, Carter, 2002). Certaines chercheurs ont montré *l'influence du sexe sur la santé psychique des étudiants*, mais la plupart des études, *la santé psychique des étudiants est associée à leurs conditions de vie*. Au Canada et aux États-Unis, des études ont identifié certaines *sources de tracas des étudiants corrélés positivement avec les problèmes de santé psychique* (Kohn & Milrose, 1993; Wolf & Kiddling, 1991). En France, une étude de Réveillère, Nandrino, Saily, Mercier & Moreel (2001) a montré que *les préoccupations liées à la réussite dans les études, celles liées au chômage, celles liées à la gestion du temps et à la dépendance financière font partie des tracas propres au statut des étudiants*. L'influence de conditions de vie environnementale est étudiée par l'*Observatoire de la Vie Etudiante* qui a réalisé des enquêtes sur les conditions de vie des étudiants. Grignon (2000) a repris les principaux résultats de l'enquête de 1997, il analyse l'impact du

logement, de l'alimentation et du financement des études. En ce qui concerne le *logement*, Grignon distingue :

- les étudiants qui *vivent chez leurs parents*,
- les *internes*, résidents des cités universitaires ou des foyers)
- ceux qui *vivent dans un logement privé* distinct du domicile familial et ne dépendant pas des structures universitaires.

50% des étudiants *reviennent au moins deux fois par mois au domicile familial* pour le week-end. Pour un tiers des étudiants *les parents paient intégralement le loyer du logement* étudiant. L'habitation à l'extérieur du foyer familial dépend de la distance qui sépare le domicile familial du lieu d'étude, de l'origine sociale ainsi que de l'expérience de l'étudiant. Selon Grignon, *la discipline alimentaire* des étudiants semble être dans les normes : *les repas sont pris en général d'une manière régulière*. En revanche, on assiste à une *simplification des repas*, à *l'omission du petit-déjeuner*. Ces écarts se traduisent en partie par des croyances de santé et de diététique en lien avec l'apparence physique et le rapport au corps dans nos sociétés. Les omissions de repas semblent être en lien avec de nombreux facteurs : le mode d'éducation reçu, les conditions sociales et économiques, ainsi que le revenu des parents, l'intégration sociale et les relations sociales. *L'emploi du temps ne semble pas avoir une influence défavorable sur les repas*, car *les étudiants aux nombreuses heures d'enseignements ne sont pas ceux qui sautent le plus de repas*. Le succès dans les études est en lien avec la régularité des repas, en revanche le retard des études a une influence significative sur les omissions des repas. Pour Grignon, le *financement* peut devenir „facteurs de risques”. Il s'agit de la *faiblesse de l'aide matérielle apportée par la famille*, le passage de l'assistance à l'*autofinancement* etc. *Les difficultés financières conduisent les étudiants à opter pour une activité professionnelle parallèle aux études qui peut conduire à une réduction de l'assiduité aux cours, du temps consacré aux études et des possibilités de réussite*.

#### Facteurs associés à la santé des étudiants

- Le „mal-être” étudiant

Les étudiants font face à certaines difficultés propres à leur statut. Parmi celles-ci, *l'adaptation au milieu universitaire*, *l'adaptation à la nouvelle méthode de travail*, *l'incertitude face à l'avenir professionnel*. Une équipe pluridisciplinaire des *Services de Médecine Préventive Universitaire* a réalisé une enquête en 1995 sur la santé psychique des étudiants de quatre universités de la région Rhône-Alpes (Grenoble, Saint Etienne, Chambéry, Lyon). Cette étude a pu mettre en évidence que le mal-être de l'étudiant, son équilibre et sa santé psychique dépendent de nombreux facteurs (histoire personnelle, environnement relationnel et affectif, contexte social etc.). *Le contexte universitaire*



exerce une influence sur la santé psychique des étudiants et peut amener à la perte de confiance, à une autodévalorisation et souvent à des échecs aux examens. Les conséquences de ce «mal-être étudiant» peuvent se traduire par des styles de vie malsains, les étudiants peuvent être sujets à des dépressions, à des comportements à risque ou encore à des consommations de substances (psychotropes, drogues, alcool ou tabac).

- *Le stress des étudiants*

Coulon (1997) affirme que *l'entrée à l'université provoque toujours un stress*. Le stress expérimenté par les étudiants d'autrefois n'est identique à celui des étudiants d'aujourd'hui. De ce fait, il est indispensable d'identifier les sources de stress des étudiants, voir comment les étudiants font face et avec quels moyens ils les affrontent. Les *sources de stress* dans le milieu universitaire identifiées par certains auteurs (Parkes, 1984; Beck & Srivastava, 1991) sont:

- les examens,
- les longues heures de travail,
- les différents travaux à réaliser,
- le degré de réussite,
- le manque de temps libre,
- les réponses apportées par les facultés pour subvenir aux besoins des étudiants.

Le stress a été aussi associé *aux années d'études* (Supe, 1998), aux *difficultés d'adaptation* (Schreier & Abramovitch, 1996). Une recherche de 2004 s'est intéressée aux facteurs de stress liés à la vie des étudiants de médecine: *certain sont dus plus à la formation* plutôt qu'aux *problèmes personnels*, d'autres ont traits aux *incertitudes des étudiants* concernant le travail personnel, le progrès, l'aptitude et les méthodes utilisées (Moffat, McConnachie, Ross & Morrison, 2004).

Certaines études se sont intéressées aux copings des étudiants. Le *coping* désigne l'ensemble des processus qu'un individu interpose entre lui et la situation afin de *faire face au stress*, de *réduire son impact*. Lorsque l'individu se trouve face à un stresseur, il doit mettre en place des stratégies pour faire face aux exigences de la situation :

- des stratégies qui modifient le stresseur (*coping centré sur le problème*),
- des stratégies qui tenteront de modifier sa propre personne (*coping centré sur l'émotion*).

Le *stress dû aux études* est associé aux stratégies d'auto-accusation et de résolution de problème, alors que le *stress interpersonnel* est en lien avec la *recherche de soutien social*. Le coping est ainsi lié au contexte et peut avoir un impact sur la santé psychique des étudiants. Stewart & coll. (1997) montrent que *le coping évitant* favorise les symptômes anxieux et dépressifs, alors que *le*

*coping centré sur le problème* et la *réévaluation positive* ont des effets protecteurs sur la santé d'étudiants. La littérature de spécialité présente un grand nombre de *stratégies de coping* :

- le *coping actif*,
- la *planification*,
- la *réinterprétation cognitive*,
- l'*acceptation*,
- le *coping tourné vers la religion*,
- la *recherche de soutien social*,
- la *recherche de soutien instrumental*,
- l'*autodistraktion*,
- le *déni*, l'*expression des sentiments*,
- l'*utilisation de substances*,
- le *désengagement comportemental*,
- le *blâme*.

L'effet du *soutien social* est majoritairement présent lorsqu'il y a un niveau élevé d'acculturation vers la langue américaine (Lee, Koeske & Sales, 2004). Les étudiants d'Israël ayant des difficultés d'adaptation à leur nouvel environnement culturel (dans ce cas, les Etats Unis), connaissent de difficultés amplifiées par anxiété et dépression (Schreier & Abramovitch, 1996). Le *recours à la religion* fait partie des stratégies de coping. Une recherche a tenté de montrer le lien positif entre l'attitude positive à l'égard de la chrétienté et un niveau élevé de santé général perçu chez des étudiants (Francis, Robbins, Lewis, Quigley & Wheeler, 2004). Il en est de même pour les *ressources psychosociales* des étudiants qui peuvent avoir un «effet tampon» par rapport aux facteurs de stress. Parmi ces ressources psychosociales, on peut citer le *sens de cohérence* (une ressource interne de l'individu qui est assimilable au contrôle personnel sur la santé et le bien-être psychologique) (Jorgensen & coll., 1999).

- *La dépression*

*La dépression est en relation avec les conditions de vie particulières imposées à l'étudiant*. Des recherches sur les étudiants en médecine montrent que *les femmes, mariées avec des enfants, ont plus de risque de présenter une dépression* (Rosal & coll. 1997; Stewart & coll., 1999). L'étude de Stecker (2004) montre qu'une proportion de 25-35% des étudiants présente des symptômes dépressifs associés à leur stress perçu et à leur soutien social. *Le soutien social peut également être un facteur favorisant les styles de vie sains*.

- *La consommation de substances*

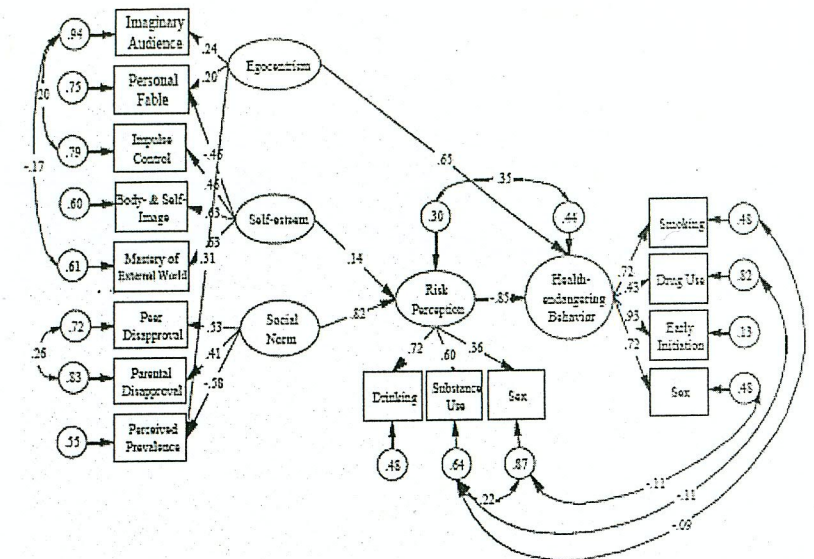
Les étudiants souffrant de «mal-être» sont souvent sujets à des *addictions*, essaient à consommer de *substances psychotropes*. La consommation de *somnifères* et de *tranquillisants* montre que les étudiants tentent d'effacer les



symptômes qui émergent de leur „mal-être”. Selon Choquet, Com-Ruelle & Leymarie (2003), les jeunes ont une bonne connaissance des substances psychoactives et une pratique non négligeable. L'étude de Grignon montre que 20,6 % des étudiants consomment des médicaments stimulants avant les examens, 17,1 % des étudiants ont une consommation régulière ou occasionnelle de calmants, de tranquillisants, d'antidépresseurs ou de somnifères. Dans un rapport sur la santé des jeunes, l'OMS rapporte que depuis quelques décennies *l'usage des drogues* est associé à la „contre-culture” des jeunes qui se rebellent. L'opium a été utilisé régulièrement dans certains pays de l'Asie depuis longtemps, mais l'héroïne, qui en est un dérivé, fait peser depuis quelques temps une menace sur la santé et la vie des jeunes dans le monde entier. D'autres drogues, comme la mescaline et le LSD sont consommés pour leurs effets hallucinogènes, alors que le coca et le khat sont des stimulants produisant des sensations d'euphorie. La drogue illicite la plus fréquemment consommée par les jeunes dans le monde est le cannabis (les chiffres relatifs aux jeunes de 15 à 34 ans sont généralement élevés et culminent à 44%). OMS tente d'identifier les nombreuses raisons pour lesquelles les jeunes expérimentent ces drogues : la curiosité, la pression exercée par les pairs, l'excitation apportée par une action interdite etc. Le *Haut Comité de Santé Publique* dénonce la consommation de boissons alcoolisées chez les jeunes (1995). Une enquête réalisée par l'*Institut de Recherche et d'Etudes sur les Boissons* (2001) montre cependant une légère décroissance de la proportion de consommateurs d'alcool chez les 13 à 20 ans. Les facteurs associés à la consommation d'alcool sont chez les garçons des „marqueurs de socialisation” (une plus grande autonomie, des buveurs dans l'entourage, une fréquentation des cafés et des sorties fréquentes entre amis), alors que chez les filles s'ajoutent - aux facteurs présents pour les garçons - des facteurs psychologiques (une envie de se suicider, une communication difficile au sein de la famille, une mauvaise intégration scolaire).

- *Les comportements à risque*

Les étudiants peuvent adopter des comportements à risque : la *conduite dangereuse de l'automobile*, l'*oubli du port de la ceinture de sécurité*, le *rapport sexuel sans protection* etc. Selon les hypothèses d'Irwin et Millstein (1986) l'égoïsme, l'estime de soi et le soutien social perçu affectent les premiers comportements à risque en modifiant la perception du risque. Une étude sur 808 collégiens japonais a confirmé ce modèle : l'égoïsme est directement lié aux comportements à risque alors que l'estime de soi et le soutien social perçu semblent être influencés par la perception des risques (Omori & Ingersoll, 2004).



Omori &amp; Ingersoll, 2004

La *santé physique* des étudiants retient l'attention de nombreux chercheurs actuellement, la visée pratique de la plupart de ces études se conçoit par la mise en place future de prévention sous la forme de *création de service de médecine préventive* ou de *campagne d'information* pour les jeunes (Monk (2004) ; Carter & coll. (2003) ; Steptoe & coll. (2002) ; Stock & coll. (2001). Certaines recherches se sont intéressées à une population nationale, comme par exemple l'étude de Stock & coll. (2001) qui a étudié *les styles de vie des étudiants allemands* et la recherche de Carter & coll. (2003) qui s'est penchée sur *l'état de santé physique des étudiants des Emirats Arabes Unis*.

Parmi les *études inter-culturelles comparatives* on peut citer l'étude de Steptoe & coll. (2002) sur les changements de comportement de santé de 13 pays (la Belgique, l'Angleterre, la France, l'Allemagne, la Grèce, la Hongrie, l'Islande, l'Irlande, l'Italie, la Hollande, la Pologne, le Portugal et l'Espagne). Steptoe & Wardle (2001) ont comparé l'état de santé des étudiants de l'Europe de l'Est (la République Démocratique d'Allemagne, la Hongrie et la Pologne) et des étudiants de l'Europe de l'Ouest (l'Autriche, la Belgique, la République Fédérale d'Allemagne, la Hollande et la Suisse). Burton & coll. (2001) se sont intéressés à la santé des étudiants de Roumanie et la Bulgarie) par rapport à celle des étudiants de Belgique, l'Espagne et la Finlande. Ces études ont mis en évidence que *l'état de santé des étudiants diffère en Europe de l'Est par opposition aux autres régions de l'Europe*. Steptoe & Wardle (2001) ont mené



une enquête comparative auprès de 2.293 étudiants de l'Europe de l'Est et 4.170 étudiants de l'Europe de l'Ouest. Les résultats de cette recherche montrent que *les étudiants de l'Europe de l'Est ont des styles de vie moins sains que ceux des étudiants de l'Europe de l'Ouest*. De la même façon, *en Europe de l'Est les étudiants sont moins conscients des risques de leurs styles de vie*. Plus spécifiquement, *les étudiants de l'Est sont moins avertis du rapport qui existe entre les facteurs liés aux styles de vie* (fumer, faire de l'exercice, consommer des graisses, ajouter du sel à son alimentation) *et le risque de maladie cardio-vasculaire*. D'après les auteurs, ces différences avec l'état de santé des étudiants de l'Europe de l'Ouest seraient liées à un *manque d'information en matière de comportement de santé*. Ceci montre qu'*en Europe de l'Est, les questions de santé sont moins répandues qu'en Europe de l'Ouest*. D'autre part, les auteurs se sont intéressés à l'intérêt porté aux activités menées dans le cadre de la promotion de la santé des *étudiants universitaires de première année*. Les comportements préventifs en lien avec la *nutrition saine et l'hygiène dentaire* sont largement retrouvés chez les étudiantes, alors que pour les recommandations en matière d'*exercice physique hebdomadaire* et l'*utilisation du préservatif* avec un nouveau partenaire, on ne retrouve pas de différence en fonction du sexe.

Il y a une *importante demande pour des programmes orientés vers la santé* (79,5%). Un grand nombre d'étudiants ont montré de l'intérêt pour des *consultations individuelles en ce qui concerne la gestion du stress* (24,5%), l'*alimentation saine* (19,3%) et en ce qui concerne les *maladies sexuellement transmissibles* (18,2%). Les auteurs soulignent la *nécessité de créer des structures de promotion de la santé dans les établissements universitaires* vu la prévalence des comportements à risque.

La *prévention* peut également se présenter sous la forme de *campagne informative sur l'acquisition et l'adoption de comportements favorables à des styles de vie plus sains*. Les changements des croyances semblent corrélés avec les changements des comportements de santé. Ainsi, lorsque les *croyances positives à la santé augmentent*, les *comportements en faveur d'une bonne santé se développent*.

La plupart des études révèlent un *lien entre l'état émotionnel et la santé physique*: le bien-être psychique est un facteur protecteur de santé, alors qu'inversement un *équilibre émotionnel fragilisé* est un facteur de risque pour la santé de l'étudiant. Roberts, Warner, Lyketsos, Frank, Ganzini, Carter & coll. (2001) ont évalué la santé psychique de 1.027 étudiants en médecine. Il apparaît que 21% des étudiants souffrent de fatigue, 19% d'états anxieux, 18% d'états dépressifs, 16% de maux de tête et 5% de problèmes alimentaires.

Un des facteurs associés à la santé psychique est la *situation financière*. Cooke, Barkham, Audin, Bradley & Davy (2004) ont analysé la relation entre les attitudes envers *les dettes des étudiants et leur bien-être psychologique*. Les données ont été collectées auprès d'un échantillon d'étudiants suivis pendant trois années d'université, avec respectivement 2.146 en première année, 1.360 en deuxième année et 1.391 en troisième année. Les résultats montrent que les étudiants se sentent plus concernés par leur finance au fur et à mesure de leur progression dans le cycle universitaire. Les données montrent que les *attitudes envers les dettes sont en lien avec certains niveaux de santé psychique*. Les étudiants identifiés comme ayant une importante préoccupation pour leur finance obtiennent des scores significativement moins bons pour leur santé psychique que des étudiants portant peu d'intérêt à leur finance. *Les étudiants préoccupés par leur situation financière se disent tendus, anxieux ou nerveux, pensent être plus critiqués par d'autres personnes et présentent des problèmes liés au sommeil*.

Le *parcours universitaire est conditionné par la performance*. Savoir *quels facteurs peuvent expliquer la réussite universitaire* est primordiale. Bernice & Wilding (2004) ont testé s'il y a un impact de l'anxiété et de la dépression sur les performances aux examens. Les résultats des 351 étudiants britanniques montrent que la *dépression et les difficultés financières prédisent une chute des performances aux examens*. Nelson, Dell'Oliver, Koch & Buckler (2001) ont trouvé un *lien entre la réussite universitaire de 53 étudiants en psychologie clinique et le fait d'avoir une meilleure santé, moins de stress, plus de soutien social et une utilisation de stratégies de coping plutôt positives que négatives*.

## L'état de santé perçue par les étudiants en Roumanie et en France

L'étude vise à mettre en évidence: *s'il existe des facteurs de risque différents susceptibles d'expliquer la santé physique et psychique des étudiants roumains et des étudiants français; s'il existe des facteurs explicatifs différents pour la réussite universitaire des étudiants roumains et des étudiants français*.

### Hypothèses

1. *Les facteurs de risque de la santé physique et psychique diffèrent pour les étudiants roumains et les étudiants français.*
2. *Les facteurs explicatifs de la réussite universitaire diffèrent pour les étudiants roumains et les étudiants français.*



### Methodologie

Nous avons utilisé une *enquête par questionnaires* portant sur la santé physique et psychique perçue des étudiants et les facteurs qui y sont associés. Les objectifs de notre recherche nous ont conduit à recruter *deux échantillons* d'étudiants : un de l'Université „Al. I. Cuza” Iași pour la Roumanie et un de l'Université „Paul Verlaine” de Metz pour la France.

Caractéristiques des échantillons de l'étude :

|       |                                        | Echantillon<br>Roumanie<br>(N = 194) | Echantillon<br>France<br>(N = 934) |
|-------|----------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| Genre | Hommes                                 | 36 (19%)                             | 391 (41,9%)                        |
|       | Femmes                                 | 153 (78,5%)                          | 541 (57,9%)                        |
|       | Données<br>manquantes pour<br>le genre | 5                                    | 2                                  |
|       |                                        |                                      |                                    |
| Age   | Moyenne                                | 19,68                                | 19,70                              |
|       | Ecart-type                             | 1,149                                | 2,505                              |

Deux versions du questionnaire ont été développées, une version roumaine et une version française, afin que les questions soient posées dans la langue maternelle des étudiants. Ces questionnaires ont été distribués dans les amphithéâtres des universités, avec une explication orale concernant le but principal de la recherche. Le traitement statistique a été réalisé avec le logiciel SPSS 12.0.

Les variables du questionnaire se regroupent par plusieurs thèmes:

- les *données sociodémographiques* (sexe, âge, lieu de naissance, nationalité, situation familiale, nombre d'enfants)
- les données sur *la scolarité des étudiants* (leur passé scolaire, leur insertion et leur adaptation à l'université, leur emploi du temps actuel)
- les données liées aux *habitudes de vie des étudiants* en lien avec la santé (consommation de tabac, d'alcool ou d'autres substances, la conduite automobile, la sexualité)
- les données ayant trait aux *conditions de vie des étudiants* (informations sur le logement, sur la situation financière, sur l'alimentation, sur les loisirs)
- Les données ayant trait à *la santé des étudiants* (l'état de santé général, l'état de santé physique, l'état de santé psychique, le recours aux services de soins)
- Les données ayant trait aux *buts des étudiants* (le projet professionnel, ce qui est important pour les étudiants)
- Les données ayant trait à *l'environnement des étudiants* (le soutien social, les relations)

Nous avons utilisé les échelles:

- *L'échelle de Stress Perçu* de Cohen (1983, Perceived Stress Scale, PSS 14) permet d'évaluer l'importance avec laquelle les événements sont perçus par les individus comme menaçants, c'est-à-dire non prévisibles, incontrôlables, pénibles. Il existe trois versions de la PSS : à 14 items, à 10 items et à 4 items. Ces trois versions ont été validées et semblent avoir de bonnes qualités (Bruchon-Schweitzer & Dantzer (1994). Pour chaque item, la personne estime sa fréquence d'apparition sur une période récente.
- *Le questionnaire de santé général* de Goldberg (General Health Questionnaire, GHQ) permet de mesurer la détresse psychologique. Les items de cette échelle évaluent la présence et l'intensité de quatre facteurs ; des symptômes somatiques, de l'anxiété et de l'insomnie, du dysfonctionnement social et de la dépression sévère. Un score supérieur à 31 est une indication de souffrance psychique. L'échelle de 12 items propose quatre modalités de réponses allant de „moins que d'habitude” à „plus que d'habitude”.
- *L'échelle du Brief COPE* a été mise en place par Carver, Scheider & Weintraub en 1989 et évalue les ajustements des personnes répondant au stress. Pour cette étude, il nous a semblé plus judicieux d'étudier les styles de coping que les étudiants mettent habituellement en place. La version utilisée a 14 sous-échelles de deux items chacune qui évaluent le coping actif, la planification, la réinterprétation cognitive, l'acceptation, le coping tourné vers la religion, la recherche de soutien social, la recherche de soutien instrumental, l'auto-distraktion, le déni, l'humour l'expression des sentiments, l'utilisation de substances, le désengagement comportemental et le blâme. Les modalités de réponse aux items vont de „pas du tout” à „toujours”.
- *L'échelle relative aux buts de vie* de Maes, Spitz et Muller (2000, Goal Importance Facilitation Scale, GIFS) évalue l'importance des buts personnels ainsi que la facilité de poursuivre ces buts personnels à travers les situations de la vie de tous les jours. La GIFS est constituée de 24 buts d'approche et 24 buts d'évitement. Les modalités de réponse aux items vont de „pas important” à „très important” pour l'évaluation de l'importance des buts et de „très facile” à „très difficile” pour l'évaluation de la facilité des buts.
- *L'échelle d'estime de soi* de Rosenberg (1965) donne en 10 items un score global d'estime de soi. Un score compris entre 10 et 16 tend à indiquer une estime de soi plutôt basse. Une estime de soi faible correspond à une désapprobation portée sur soi-même. Un score entre 17 et 33 se traduit par une estime de soi moyenne. Les modalités de



réponse aux items sur l'estime de soi vont de „tout à fait d'accord” à „pas du tout d'accord”.

- *Le questionnaire de soutien social perçu* de Sarason a été créé en 1983 („Social Support Questionnaire”, SSQ) et permet une évaluation quantitative et qualitative avec un score de disponibilité (nombre de personnes citées) et un score de satisfaction évaluant la perception qu'a la personne de son soutien social. Les modalités de réponse aux items vont de „très satisfait” à „très insatisfait” pour l'évaluation de la satisfaction du soutien social perçu.

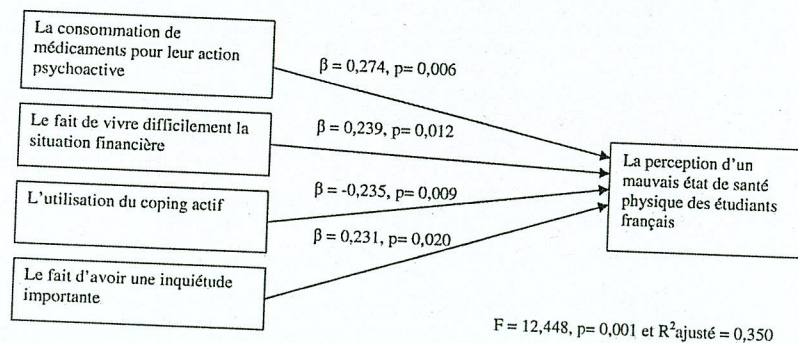
## Analyse de données

Notre objectif étant d'identifier les différences des facteurs à risque pour la santé physique, pour la santé psychique, ainsi que pour la réussite universitaire des étudiants en Roumanie et en France, nous décomposons cette partie en trois chapitres.

Pour chaque chapitre, un modèle explicatif sera schématisé pour la Roumanie et pour la France. Les modèles explicatifs sont réalisés grâce à des régressions linéaires pour les variables dépendantes continues (la santé physique et la santé psychique) et grâce à des régressions logistiques binaires pour la variable dépendante dichotomique (la réussite universitaire).

### La santé physique

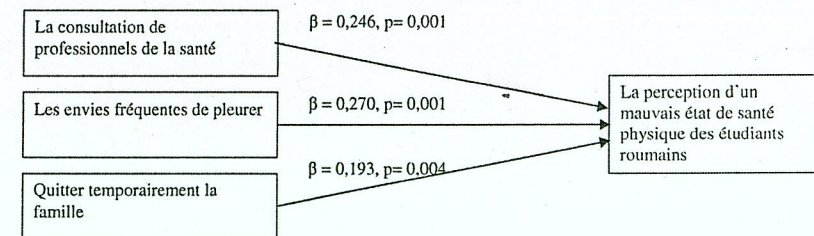
Régression multiple dont la VD est la santé physique des étudiants français :



L'analyse de régression multiple montre que la consommation de médicaments pour leur action psychoactive ( $\beta = 0,274$ ), le vécu d'une situation financière difficile ( $\beta = 0,239$ ), la non utilisation du coping actif ( $\beta = -0,235$ ) et le fait d'être inquiet ( $\beta = 0,231$ ) expliquent 35 % de la perception d'un mauvais état de santé physique des étudiants français. Plus spécifiquement, un étudiant français qui

vit difficilement sa situation financière, qui consomme des médicaments, qui a une inquiétude importante et qui ne fait pas face à ses problèmes avec le coping actif a tendance à percevoir son état de santé physique comme étant mauvais.

Régression multiple dont la VD est la santé physique des étudiants roumains :

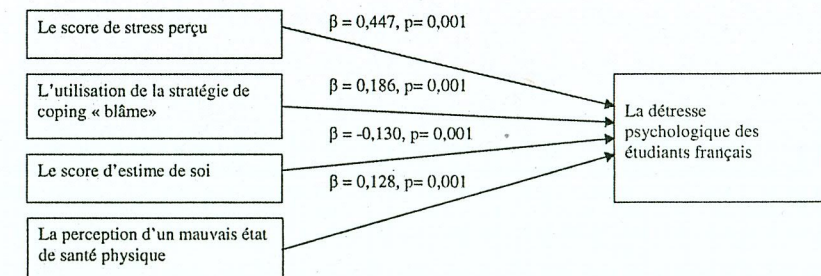


$F = 13,126, p = 0,001, R^2_{ajusté} = 0,162$

L'analyse de régression multiple des étudiants roumains montrent que la perception d'un mauvais état de santé physique s'explique à 16,2% par le fait de consulter un professionnel de la santé ( $\beta = 0,246$ ), par des envies répétées de pleurer ( $\beta = 0,270$ ) et par le fait de quitter temporairement la famille ( $\beta = 0,193$ ).

### La santé psychique

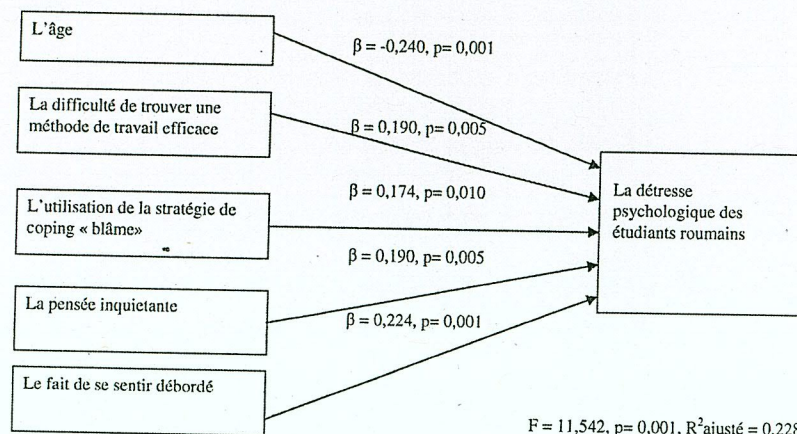
Régression multiple dont la VD est la détresse psychologique des étudiants français :



$F = 158,667, p = 0,001, R^2_{ajusté} = 0,434$

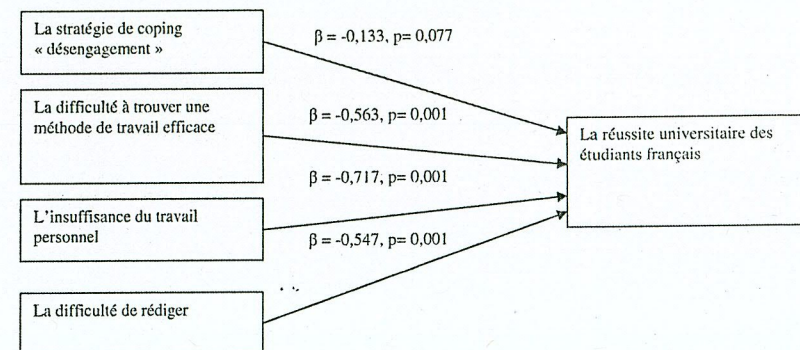


Régression multiple dont la VD est la détresse psychologique des étudiants roumains :



La santé psychique de l'étudiant est évaluée par la dimension de la détresse, dimension largement théorisée, qui peut donner une indication de l'état de santé mental de l'étudiant, cet état pouvant être synonyme de mal-être de l'étudiant. La régression multiple montre que 43,4% de la détresse psychologique des étudiants français est expliquée par le stress perçu, l'utilisation du coping "blâme", une faible estime de soi et la perception d'un mauvais état de santé physique. Ainsi, un étudiant français qui a un stress élevé ( $\beta = 0,447$ ), qui a tendance à se faire des reproches ( $\beta = 0,186$ ), qui a une faible estime de soi ( $\beta = -0,130$ ) et qui se perçoit en mauvaise santé physique ( $\beta = 0,128$ ) a tendance à éprouver un score élevé de détresse psychologique. La régression multiple montre que 22,8% de la détresse psychologique des étudiants roumains est expliquée par l'âge, par la difficulté de trouver une méthode de travail efficace, par l'utilisation du coping "blâme", par la présence de pensée triste et par le fait de se sentir débordé. Ainsi, un étudiant roumain jeune en âge ( $\beta = -0,240$ ), qui pense qu'il est difficile de trouver une méthode de travail efficace ( $\beta = 0,190$ ), qui a tendance à se faire des reproches ( $\beta = 0,174$ ), qui a des pensées inquiétantes ( $\beta = 0,190$ ) et qui se perçoit comme étant débordé ( $\beta = 0,224$ ) a tendance à éprouver un score élevé de détresse psychologique.

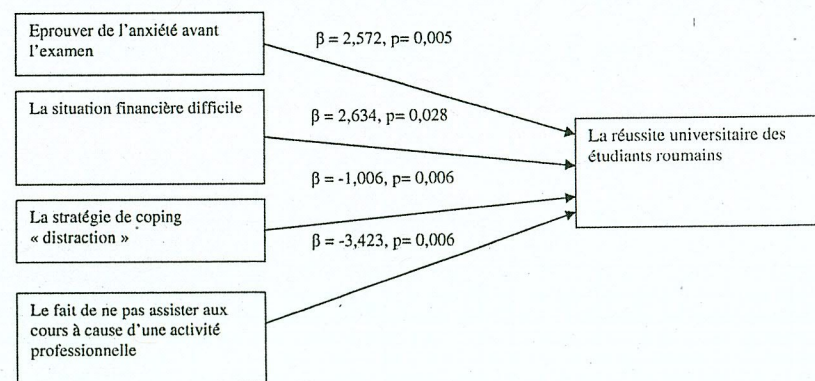
Régression logistique dont la VD est la réussite universitaire pour les étudiants français :



$$\chi^2 = 100,610, p = 0,001, R^2 \text{ de Nagelkerke} = 0,172$$

La régression logistique montre que la stratégie de coping „désengagement”, la difficulté de trouver une méthode de travail efficace, l'insuffisance du travail personnel et la difficulté de rédiger qu'éprouvent les étudiants expliquent 17,2% de la réussite universitaire. Ainsi, un étudiant français qui fait face aux problèmes par le désengagement ( $\beta = -0,133$ ), qui trouve la méthode universitaire difficile ( $\beta = -0,563$ ), qui fournit un travail personnel insuffisant ( $\beta = -0,717$ ) et qui a des difficultés à rédiger ( $\beta = -0,547$ ) risque de ne pas réussir aux examens universitaires.

Régression logistique dont la VD est la réussite universitaire pour les étudiants roumains :



$$\chi^2 = 33,394, p = 0,001, R^2 \text{ de Nagelkerke} = 0,477$$

L'analyse de régression logistique montre que pour les étudiants roumains, la réussite universitaire semble être affectée à 47,7% par l'état dans



lequel ils se situent avant une période d'examen, par leur situation financière, par leur stratégie de coping „distraction” et par le fait d'avoir une activité professionnelle empêchant d'aller assidûment aux cours. Ainsi pour un étudiant roumain, le fait d'accorder beaucoup d'importance aux examens et de se trouver dans un état d'anxiété face aux examens n'a pas une influence négative sur la réussite universitaire. La situation financière difficile semble l'inciter aussi à la réussite universitaire ( $\beta = 2,634$ ). Le fait d'exercer une activité professionnelle ( $\beta = -3,423$ ) conduit à de moins bons résultats académiques.

La perception de l'état de santé physique se distingue entre les étudiants roumains et les étudiants français en différents points. Plus spécifiquement, le coping a un impact sur l'état de santé physique d'un étudiant français. La stratégie visant à se centrer sur le problème de manière active peut favoriser une meilleure perception de la santé physique pour l'étudiant français. En Roumanie, les stratégies de coping ne sont pas mises en lien avec l'état de santé physique des étudiants. Le coping renvoie à une transaction entre la personne et l'environnement qui permet à l'individu de faire face à ses problèmes. Cette différence peut renvoyer à *une culture de santé différente entre les deux pays*. La France, envahie par les campagnes de santé, est sans doute plus consciente du fait que des actions personnelles sous forme de comportement de santé peuvent être favorables à la santé.

La santé physique peut être en lien avec les influences sociales. Les différences entre les deux pays laissent présager que l'impact économique influence davantage l'état de santé physique ainsi que la structure familiale. Par ailleurs, pour les étudiants des deux pays, l'état psychologique a un impact sur la santé physique. La perception d'un mauvais état de santé s'explique par une importante inquiétude. Le lien entre santé physique et état émotionnel semble bien présent pour les deux pays et démontre par là qu'un équilibre psychique fragilisé est un facteur de risque pour la santé physique. Inversement, le bien être émotionnel est un facteur protecteur de la santé physique.

Un état de santé physique fragilisé peut engendrer des comportements à risque. Plus spécifiquement, les français auront recours à des substances psychoactives, cette consommation explique en partie la perception d'un mauvais état de santé des étudiants français. Cette pratique n'est pas retrouvée chez les étudiants roumains.

Nous retrouvons des liens entre la santé physique et les facteurs économiques, la structure familiale, la consommation de substances et l'état émotionnel. Contrairement à l'étude de Francis, Robbins, Lewis, Quigley & Wheeler (2004), nos résultats montrent que le coping du recours à la religion ne semble pas en lien avec la santé physique perçue. Il y a l'hypothèse que le lien entre la religion et la santé physique semble avoir importance selon la pratique religieuse dans les pays. Néanmoins cette explication semble être faiblement défendable, vu

que la Roumanie est généralement considérée comme un pays où la religion est fortement présente.

Des facteurs prédicteurs de la détresse psychologique sont communs aux étudiants roumains et aux étudiants français. Plus spécifiquement, le stress joue un rôle important sur la santé psychique des étudiants, bien que les résultats de nos deux échantillons ne soient pas identiques en ce qui concerne la mesure du stress, vu qu'il a été trouvé un lien positif entre la détresse psychologique et le score de stress perçu pour les français et le fait de se sentir débordé pour les roumains. Cependant, outre cette différence d'évaluation, l'impact du stress reste indéniable sur la santé psychique des étudiants que ce soit en Roumanie ou en France. Ainsi, ces résultats laissent supposer que les conditions de vie des étudiants universitaires entraînent un stress qui peut être susceptible d'expliquer leur mal être. Un second point commun dans les deux modèles explicatifs de la santé psychique se réfère à l'utilisation du coping „blâme”. Le recours aux reproches semble expliquer la détresse psychologique des étudiants roumains et des étudiants français. En France, l'étudiant est plus amené que l'étudiant roumain, à prêter de l'attention à son état de santé. Contrairement à l'étudiant de Roumanie, la détresse psychologique de l'étudiant français s'explique par une dévalorisation de sa propre image. Le jeune âge et la nouvelle méthode de travail universitaire influencent l'équilibre psychique de l'étudiant roumain. Ces liens peuvent être dus à la préparation reçue avant l'entrée à l'université.

Les étudiants qui sentent que leurs ressources sont dépassées par les conditions de vie qu'impose le statut d'étudiant, perçoivent un stress important qui est un prédicteur de détresse psychologique.

Cette confrontation au stress peut être atténuée par la mise en place de stratégies de coping appropriées. L'étude de Vitaliano & coll. (1988) montre que le fait de tenter de résoudre les problèmes diminue la détresse psychologique. L'effet du coping sur la santé psychique dépendrait du type de stratégies employées. Le coping centré sur le problème a pour objectif de réduire les exigences de la situation et/ou d'augmenter les ressources d'une personne, alors que le coping centré sur les émotions se définit par les tentatives de l'individu pour réguler les tensions émotionnelles induites par l'événement. Dans notre étude, la stratégie de coping du blâme se retrouve doublement associée à la détresse psychologique des étudiants, à la fois en Roumanie et en France. Cette tendance à l'auto accusation renvoie à une stratégie de coping centrée sur les émotions, qui est dans notre cas, prédicatrice d'une santé psychique fragilisée.

Une équipe pluridisciplinaire des Services de Médecine Préventive Universitaire de la région Rhône-Alpes a réalisé une enquête en 1995 sur la santé psychique des étudiants. Ces auteurs ont montré que le contexte universitaire exerce une



influence sur les étudiants, notamment du fait de la nouvelle adaptation. Pour ces auteurs, la nouvelle adaptation est à mettre en lien avec la nouvelle méthode de travail et avec les difficultés à saisir les attentes des enseignants. Ces difficultés ont une influence sur la santé des étudiants et peuvent conduire à la perte de confiance. Cette auto dévalorisation se retrouve dans nos deux échantillons, avec les étudiants français qui ont une plus mauvaise estime de soi et les étudiants roumains qui ont tendance à se culpabiliser.

La réussite académique des étudiants dépend essentiellement de facteurs tels que l'attitude face au travail universitaire, les conditions de vie, la situation financière etc. L'impact positif d'une situation financière difficile sur la réussite universitaire des étudiants roumains est susceptible d'être expliqué par les différences économiques de ces deux pays. L'espoir engendré par la rentrée à l'université d'un étudiant roumain est susceptible d'expliquer sa volonté de réussite. Cependant, une situation financière difficile peut amener l'étudiant roumain à opter pour une activité professionnelle susceptible de réduire la présence aux cours et de la même façon de diminuer les chances de réussite. D'autre part, l'attitude face aux examens joue également un rôle sur le succès académique des roumains. Contrairement à ce qu'on pourrait croire, l'anxiété ne semble pas inhiber leur potentiel, au contraire, semble les stimuler au travail et à la réussite.

Le fait d'avoir tendance à diminuer ses efforts face à une situation difficile ou de se distraire pour oublier un problème, semblent être des facteurs prédictifs d'échec universitaire pour les étudiants de nos deux échantillons.

Grignon (2000) a montré qu'une situation financière difficile peut amener les étudiants à opter pour une activité professionnelle parallèle aux études qui pourra selon les cas, conduire à une réduction de l'assiduité aux cours, du temps consacré aux études et des possibilités de réussite. Nelson & coll. (2001) ont montré que la réussite universitaire est associée à des stratégies de coping positives alors que les stratégies négatives ont un effet néfaste sur le succès académique. Cette constatation est partiellement vérifiée dans nos résultats vu que nous retrouvons un lien négatif entre réussite aux examens et stratégies de coping négatives tels que le désengagement et la distraction.

Une recherche menée par les Services de Médecine Préventive Universitaire de la région Rhône-Alpes a montré que l'entrée à l'Université exigeait des étudiants des efforts considérables d'adaptation du fait des nouvelles méthodes de travail, du fait de l'organisation différente des cours et d'un milieu tout à fait inconnu. Cette nouvelle adaptation peut conduire certains étudiants à perdre confiance en leurs capacités et de ce fait peut réduire leur chance de réussite. Dans notre population française, on voit que l'entrée à l'université requière un effort d'adaptation considérable, vu que certains étudiants trouvent la méthode

de travail difficile et qualifient leur travail d'insuffisant. Cette attitude est associée négativement avec la réussite universitaire.

L'attitude des étudiants roumains qui, malgré une situation financière difficile ils parviennent à avoir de bons résultats, montre que „l'invocation du handicap social" de Bourdieu et de Passeron (1964) est une caractéristique de la population française (tendance à expliquer les résultats en fonction du statut social). Ainsi, en France les défavorisés expliquent que leur échec renvoie à des inégalités sociales.

## Conclusions et ouvertures

La présente étude n'est pas exempte de limitations. Il est légitime de se demander si l'enquête par questionnaire permet de saisir les facteurs contextuels propre à chaque pays... Dans ce sens, il serait nécessaire d'allier dans les futures recherches inter-culturelles une approche quantitative à une approche qualitative par entretiens. D'autre part, une harmonisation des méthodes d'investigation des différentes enquêtes déjà menées dans ce champ semble indispensable.

Au lendemain d'une Europe unifié, il semble important d'étudier la situation des étudiants européens. Les Editions du Conseil de l'Europe ont publié en 2002 un premier rapport montrant la nécessité de poursuivre les recherches concernant la jeunesse en Europe. Ceci étant, de nombreuses recherches se sont déjà intéressées aux différences de santé entre les étudiants de l'Europe de l'Est et de l'Europe Centrale.

Les résultats de notre étude montrent qu'il existe bien des facteurs de risque différents pour la santé des étudiants en Roumanie et en France. Au-delà d'un état des lieux sur la santé des étudiants, ces recherches ainsi que la nôtre tendent à long terme à *la mise en place d'interventions adéquates dans le but d'améliorer la santé des étudiants*. Une approche qualitative pourrait permettre de connaître la représentation que les étudiants se font des comportements à risque. Dans ce sens, une étude pourrait explorer les liens qui peuvent exister entre un comportement à risque et les conditions de vie d'un étudiant. Dans cet esprit, une évaluation des besoins de santé des étudiants, ainsi qu'une analyse de l'importance des problèmes de santé pourrait être pensée. D'autres recherches devraient tenter de cerner les mécanismes individuels et collectifs qui peuvent amener l'étudiant à une situation d'échec afin d'identifier les besoins de l'étudiant. A terme, il s'agirait d'élaborer des programmes où l'accueil et l'écoute ainsi que l'information individuelle et collective seront de mise. Les facteurs de risque de la santé et de la réussite universitaire des



étudiants sont différents en Roumanie et en France, ces différences puissent être pour une part attribuées à des spécificités propres à chaque culture. Les attitudes face à la santé sont susceptibles d'être influencées par une large médiatisation autour des actions bénéfiques à la santé. Les étudiants roumains semblent prêter moins d'attention à leur état de santé...

### Bibliographie selective

- Bandura, A. (1986), *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*, Englewood, Prentice Hall.
- Beck D.L. & Srivastava R. (1991), "Perceived level and sources of stress in baccalaureate nursing students", dans *Journal of Nursing Education*, 30(3), 127-133.
- Beck, D., Hackett, M., Srivastava, R., McKim, E. & Rockwell, B. (1997), "Perceived level and sources of stress in university professional schools", *Journal of Nursing Education*, 36(4), 180-186.
- Bernice, A. & Wilding, J.M. (2004), "The relation of depression and anxiety to life-stress and achievement in students", *The British Journal Of Psychology*, 95(4), 509-521.
- Berthod-Wurmser, M. (1994), *La santé en Europe*, Paris, Documentation Française.
- Bourdieu, P. & Passeron J.-C. (1964), *Les héritiers. Les étudiants et la culture*, Paris, Minuit.
- Carter, A.O., Elzubeir, M., Abdulrazzaq, Y.M., Revel, A.D. & Townsend, A. (2003), "Health and lifestyle needs assessment of medical students in the United Arab Emirates", *Medical Teacher*, 25(5), 492-496.
- Carver, C.S. (1997), "You want to measure coping but your protocol's too long: consider the Brief COPE", *Journal Behavior Medicine*, 4, 92-100.
- Carver, C.S., Scheider, M.F. & Weintraub, J.K. (1989), "Assessing coping strategies: a theoretically based approach", *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
- Choquet, M., Com-Ruelle, L. & Leymarie, N. (2003), *Les 13-20 ans et l'alcool en 2001. Comportements et contextes en France*, IREB.
- Cohen, S., Kamarck, T. & Mermelstein, R. (1983), "A global measure of perceived stress", *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
- Cohen, S., Sherrod, D.R. & Clark, M.S. (1986), "Social skills and the stress-protective role of social support", *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 963-973.
- Cooke, R., Barkham, M., Audin, K., Bradley, M. & Davy, J. (2004), "Student debt and its relation to student mental health", *Journal-of-further-and-higher-education*, 28(1), 53-66.
- Coulon, A. (1997), *Le métier d'étudiant. L'entrée dans la vie universitaire*, Paris, PUF.
- Dressen, C. & Navarro, F. (2000), *Les années collégiées : Enquête HBSC 1998 auprès des 11-15 ans en France*, Vanves, CFES.
- Firth J.A. (1986), "Levels and sources of stress in medical students", *British Medical Journal*, 292, 1177-1180.

- Francis, L.J., Robbins, M., Lewis, C.A., Quigley, C.F., & Wheeler, C.F. (2004), "Religiosity and general health among undergraduate students", *Personality and Individual Differences*, 37, 485-494.
- Galland, O. (1995), *Le monde des étudiants*, Paris, PUF.
- Grignon C. (2000), *Les conditions de vie des étudiants. Enquête de l'Observatoire de la vie étudiante*, Paris, PUF.
- Jones, M.C. & Johnston, D.W. (1997), "Distress, stress and coping in first-year student nurses", *Journal of Advanced Nursing*, 26, 475-482.
- Kohlmann, C.W., Weidner, G. Dotzauer, E. & Bums, L.R. (1997), "Différences entre les sexes dans les comportements de santé, le rôle du coping évitement", *Revue européenne de psychologie appliquée*, 47(2), 121.
- Lahire, B. (1997), *Les manières d'étudier. Cahier de l'Observatoire de la vie étudiante*, Paris, La Documentation Française.
- Lazarus, R., De Longis, A., Folkman, S. & Gruen, R. (1985), "Stress and adaptational outcomes : the problem of confounded mesures", *American Psychologist*, 40, 770-779.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984), *Stress, appraisal, and coping*, New York, Springer.
- Le Bart, C. & Merle, P. (1997), *La citoyenneté étudiante. Intégration, participation, mobilisation*, Paris, PUF.
- Leclerc, A., Fassin, D., Granjean, H., Kaminski, M & Lang, T. (2000), *Les inégalités sociales de santé*, Paris, INSERM.
- Michel, L. (1997), "Etudiants, stress et dépression", *Médecine et Hygiène*, 55(2177), 1772-1730.
- Monk, E.M. & Mahmood, Z. (1999), "Student mental health : a pilot study", *Counselling-psychology*, 12(2), 199-210.
- Monk, E.M. (2004), "Student mental health. Part 2: the main study and reflection of significant issues", *Counselling-psychology-quarterly*, 17(1), 33-43.
- Muller, L. & Spitz, E. (2003), "Evaluation multidimensionnelle du coping: validation du Brief COPE sur une population française", *L'Encéphale*, XXIX(1), 507-518.
- Nelson, N G; Dell'Oliver, C; Koch, C; Buckler, R (2001), "Stress, coping, and success among graduate students in clinical psychology", *Psychological Reports*, 88(3), 759-767.
- Omori, M. & Ingersoll, G.M. (2004), "Health-endangering behaviours among Japanese college students: a test of psychosocial model of risk-taking behaviours", *Journal of Adolescence*, 28, 17-33.
- Parkes K.R. (1984), "Locus of control, cognitive appraisal, and coping in stressful episodes", *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(3), 655-668.
- Purper-Ouakil, D., Michel, G., Perez-Diaz, F., Mouren, M.C. (2004), "Influence des traits de tempérament et du contexte sur le choix des stratégies de coping dans une population d'étudiants", *Annales Médico Psychologiques*, 2000, 1-6.
- Réveillère, C., Nandrino, J.L. Saily, F., Mercier, C. & Morel V. (2001), "Étude des traces quotidiens des étudiants : liens avec la santé perçue", *Annales Médico Psychologiques*, 159, 460-465.
- Roberts, L.W., Warner, T.D. & Trunpover, D. (2000), "Medical students'evolving perspectives on their personal health care: clinical and educational implications of a longitudinal study", *Comprehensive Psychiatry*, 41(4), 303-314.
- Roberts, L.W., Warner, T.D., Lyketsos, C, Frank, E., Ganzini, L., Carter DD, et al. (2000), "Caring for medical students as patients: access to services and care-seeking



- practices of 1027 students at nine medical schools", *Academic Medicine*, 75, 272-277.
- Rosenberg, M. (1979), *Conceiving the Self*, New York, Basic Books.
- Schreier, A. & Abramovitch, H. (1996), "American medical students in Israel: stress and coping", *Medical Education*, 30, 445-452.
- Spitz, E. (2003), „Processus d'autorégulation et de comportements de santé : Modèle des buts relatifs aux comportements de santé", *Psychologie Française*, 48(3), 19-28.
- Stecker, T. (2004), "Well-being in an academic environment", *Medical Education*, 38, 465-478.
- Step toe, A., Wardle, J. (2001), "Health behaviour, risk awareness and emotional well-being in students from Eastern Europe and Western Europe", *Social Science & Medicine*, 53, 1621-1630.
- Step toe, A., Wardle, J., Cui, W., Bellisle, F., Zotti, A.M., Baranyai, R., Sanderman, R. (2002), "Trends in smoking, diet, physical exercise, and attitudes toward health in European university students from 13 countries", *Preventive Medicine*, 35(2), 97-104.
- Stewart, S., Betson, C., Marshall, I., Wong, C., Lee, P. & Lam, T. (1995), "Stress vulnerability in medical students", *Medical Education*, 29(2), 119-127.
- Stock, C. Wille, L. & Krämer, A. (2001), "Gender-specific health behaviors of German university students predict the interest in campus health promotion", *Health Promotion International*, 16(2), 145-154.
- Torres, J.B. & Solberg, V.S. (2001), "Role of self-efficacy, stress, social integration, and family support in latino college student persistence and health", *Journal of Vocational Behavior*, 59, 53-63.
- Vingilis, E., Wade, T.J. & Adlaf, E. (1998), "What factors predict student self-rated physical health?", *Journal of Adolescence*, 21, 83-97.
- Wade, T.J., Pevalin, D.J., & Vingilis, E. (2000), "Revisiting student self-rated physical health", *Journal of Adolescence*, 23, 785-791.
- Wolf, T.M. & Kiddling, G.E. (1991), "Psychosocial changes during the first year of medical school", *Medical Education*, 25, 174-181.

#### Autres sources d'information :

- Baromètre santé / vie sociale en milieu étudiant 1991-1992.*
- Haut Comité de santé publique (1997), *Santé des enfants, santé des jeunes*, Rapport du HCSP à la Conférence nationale de la santé, Paris.
- La santé des étudiants. Actes du Colloque, octobre 1993, Université Paris 8 (Collection Arcades Stratégies)
- Haut Comité à la santé publique (1998), *La santé des Français*, La Découverte et Syros, Paris.
- Haut Comité à la santé publique (2002), *La santé en France 2002*, La documentation française.
- Observatoire de la vie étudiante, *2ème rapport du conseil de l'observatoire de la vie étudiante*
- Rapport du Conseil de L'Europe (2002), Les Editions du Conseil de l'Europe.