

¹ Institut de Psychologie, Université de Lausanne

² Consultation Psychothérapique pour étudiants UNIL-EPFL, Lausanne

Santé psychologique des étudiants et identification des personnes à risque: le retrait d'examen comme symptôme de la dépression

Summary

Student psychological health and the problem of identifying at-risk individuals: withdrawing from an exam session as a symptom of depression

Objective: Our exploratory study concerning student psychological health was aimed at identifying possible subgroups of at-risk students within a college-student population.

Method: A total of 445 students answered four questionnaires (three standard psychometric instruments and an *ad hoc* questionnaire comprising 50 multiple-choice questions). We then searched for risk-groups by studying all answers obtained with the *ad hoc* questionnaire and looking for those answers that were significantly correlated with ratings of psychopathology. To carry out this search, we used first and second order principal components factor analysis.

Results: Our results show that the incidence of depression is almost twice as high among students that have withdrawn from an exam session than among the other students in our sample. It is further possible to determine that, in our sample, it is not withdrawing from an exam session that causes depression but, rather, it is depression that increases the probability of withdrawing from an exam session.

Conclusion: It thus definitely seems that, unlike flunking exams, withdrawing from exams is often a symptom of depression.

Keywords: College students – Mental health – Risk factors – Switzerland – Depression.

La santé des étudiants a fait l'objet de multiples études surtout dans les pays anglo-saxons où les universités sont souvent organisées en campus. Celles-ci sont alors responsables non-seulement de fournir un cursus académique, mais aussi d'offrir à cette population des soins médico-psychologiques

appropriés (Grace 1997). Par ailleurs, les étudiants se distinguent du reste de la population par leur âge et leur statut socio-économique particulier, ce qui motive un grand nombre de recherches visant à identifier les besoins et les problèmes de santé spécifiques de ce groupe social. Parmi ces recherches, on peut citer notamment les études de Douglas et al. (1997) et de Sax (1997). Il existe d'ailleurs aux Etats-Unis une revue spécialisée dans ces questions intitulée "*Journal of American College Health*".

L'organisation et le contexte des études en Suisse sont différents: l'université assure avant tout à l'étudiant l'acquisition d'un savoir, et les préoccupations concernant par exemple sa santé ne ressortent pas directement de sa mission, sans pour autant qu'elle s'en désintéresse. Plusieurs enquêtes ont été réalisées; elles confirment que, comme aux Etats-Unis, les problèmes de santé psychique sont prévalants et que les mesures préventives devraient être renforcées (Etter & Perneger 1997; Bovier et al. 2001; Bovier et al. 2002). Un lien causal entre le contexte des études et le bien-être de l'étudiant est envisagé, comme en témoigne du reste le titre d'une recherche auprès des étudiants zurichois: Macht studieren krank? (Bachmann et al. 1999).

Afin d'améliorer la prévention, il serait intéressant d'identifier précisément les liens supposés entre contexte socio-économique et santé psychologique, de manière à mieux cibler l'offre de soins sur les sous-populations d'étudiants à risque; or les études corrélationnelles, à même de mettre en évidence ce genre de liens, sont relativement rares en Suisse. Leur rareté est d'ailleurs d'autant plus regrettable que les résultats de ces études sont moins aisément transposables d'une culture à une autre, que ceux des études qui se concentrent exclusivement sur les questions de santé proprement dite. Il nous paraissait ainsi, qu'en Suisse Romande du moins, il y avait un manque auquel il était urgent de palier. C'est la raison d'être de la présente étude exploratoire visant à identifier des liens entre difficultés psychologiques d'une

part, et caractéristiques socio-démographiques ou biographiques d'autre part.

Méthode

Dans le cadre de leurs travaux pratiques, environ trois semaines après le début du semestre d'été 1997, cinquante étudiants du premier cycle de psychologie se sont dispersés dans le campus à la recherche, chacun, de 12 étudiants acceptant de répondre à notre batterie de questionnaires. Cette procédure, proche du *peer interviewing*, est basée sur celle qu'a décrite Mundt (1996). Elle permet d'obtenir, tout à la fois, un échantillon satisfaisant du point de vue de la représentativité, et un taux de réponses plus élevé qu'avec des questionnaires expédiés par la poste. Les étudiants devaient chercher des personnes dans toutes les facultés selon une clé de répartition prédéfinie de manière à obtenir un échantillon représentatif du nombre d'étudiants dans les 10 facultés et écoles. L'anonymat était garanti aux répondants qui avaient la possibilité de renvoyer leur questionnaire rempli par courrier postal.

Matériel

La batterie de questionnaires se compose de trois instruments psychométriques standards ainsi que d'un questionnaire *ad hoc* contenant 50 questions fermées portant sur le *curriculum vitae* de l'étudiant, sa situation familiale, son statut socio-économique, son attitude face à la religion, sa condition à l'université, ainsi que sur son bien-être psychologique et la consommation d'agents pharmacologiques légaux et illégaux.

Les trois instruments psychométriques standards sont les suivants:

- une version réduite à 28 items du *General Health Questionnaire* (GHQ-28) de Goldberg (1972). Questionnaire auto-administré contenant à l'origine 60 items, le GHQ a pour objectif de détecter l'apparition récente de troubles psychiatriques courants. La version utilisée contient 28 items regroupés en quatre échelles corrélées entre elles: *somatisation et symptômes physiques (A)*, *anxiété et insomnie (B)*, *dysfonction sociale (C)*, et enfin *dépression sévère (D)*. Le GHQ-28 a été traduit en français par Zemp et al. (1984) et validé sur une population de jeunes adultes francophones vivant en Suisse par Bolognini et al. (1989).
- une version réduite du *questionnaire bipolaire sur le vécu étudiant* de Amiel et al. (1984). La version utilisée se présente sous la forme de 16 interrogations sur le vécu étudiant. Ces interrogations constituent autant d'échelles bipolaires de satisfaction vs insatisfaction. Chacune de ces échelles à cinq degrés est traitée comme si elle était constituée de deux items simples opposés;

- la version française du *Mini-mult* (Perse & Lebeaux 1977), il s'agit d'un questionnaire de 71 items permettant une prédiction des scores aux échelles habituelles du *Minnesota Multiphasic Personality Inventory (M.M.P.I.)* (Graham 1977). Le *Mini-mult* de Kinkannon (1968) constitue, à notre connaissance, la version abrégée la plus rigoureuse du *M.M.P.I.* Les huit échelles cliniques du MMPI sont *hypochondrie (1)*, *dépression (2)*, *hystérie (3)*, *déviations psychopathiques (4)*, *paranoïa (6)*, *psychasthénie (7)*, *schizophrénie (8)* et *hypomanie (9)*.

Première étape

Une fois codées, les réponses aux 50 questions du questionnaire *ad hoc* correspondent à 114 variables. De manière à réduire cette masse de données, nous avons soumis les 114 variables à une analyse factorielle en composantes principales suivie d'une rotation *Varimax*. Sur la base d'un *scree plot*, nous avons, ensuite, décidé de ne conserver que six facteurs. Cette procédure nous a donc permis de résumer l'ensemble des informations du questionnaire *ad hoc* par six facteurs indépendants. Le lecteur qui désire obtenir plus de détails pourra se référer au tableau "analyses factorielles de premier ordre" situé en Annexe. Quant aux questionnaires psychométriques standards, il se trouve que, comme c'est normalement le cas avec les instruments conçus pour servir au diagnostic psychopathologique (le *Mini-mult* notamment, mais aussi le GHQ et le questionnaire bipolaire), leurs échelles sont fortement intercorrélées. Or, dans une étude exploratoire comme la nôtre, on ne s'intéresse, dans un premier temps du moins, qu'à obtenir une image générale des grandes lignes de la structure corrélacionnelle. Dans ces conditions le recours à des échelles corrélées entre elles ne fait que compliquer l'interprétation. Nous avons donc pris le parti de soumettre également les réponses aux items de chacun de ces trois questionnaires à une analyse factorielle en composantes principales. De façon traditionnelle, nous avons ensuite nommé chacun des différents facteurs d'après le sens des items qui le saturent le plus fortement (ou, autrement dit, qui sont le plus fortement corrélés avec lui) après rotation *Varimax*. Le résultat de ces analyses est résumé dans le tableau déjà mentionné situé en Annexe.

Deuxième étape

Nous avons ensuite effectué une analyse factorielle de deuxième ordre sur l'ensemble des facteurs fournis par les quatre analyses de premier ordre. Cette procédure en deux étapes déjà décrite par Gendre et al. (1987), nous a permis d'extraire quatre facteurs de deuxième ordre résumant l'ensemble des réponses données aux 229 items de départ. Le Tableau 1 donne les principales saturations de ces quatre facteurs.

Tableau 1 Saturations des facteurs de deuxième ordre

Facteur de deuxième ordre 1: "Dépression"			Facteur de deuxième ordre 2: "Mal-être physique lié au stress"		
<i>Item du questionnaire ad hoc</i>			<i>Item du questionnaire ad hoc</i>		
	<i>saturation</i>			<i>saturation</i>	
Mal dans sa peau à l'extérieur	0,62		De sexe féminin	0,46	
Mal dans sa peau à l'UNIL	0,62		Prend des anti-douleurs	0,36	
Se sent seul à l'UNIL	0,55		Conflit avec un proche	0,35	
Se sent seul à l'extérieur	0,50		Prend des tranquillisants	0,31	
Collaboration difficile avec étudiants	0,34		Prend des somnifères	0,29	
Demande d'aide professionnelle	0,33		Demande d'aide professionnelle	0,29	
Prend des tranquillisants	0,24				
S'est retiré d'une session d'examen	0,23				
			<i>Facteur*</i>	<i>Nom</i>	<i>saturation</i>
			GHQ_fac1	intolérance au stress	0,65
<i>Echelle</i>	<i>Nom</i>	<i>corrélation</i>	<i>Echelle</i>	<i>Nom</i>	<i>corrélation</i>
GHQ_D	dépression sévère	0,65	GHQ_B	angoisse et insomnie	0,62
MINI_2	dépression	0,62	GHQ_A	symptômes physiques	0,59
MINI_7	psychasthénie	0,52	MINI_9	hypomanie	0,44
MINI_3	hystérie	0,52			
Facteur de deuxième ordre 3: "Drogues et comportements téméraires"			Facteur de deuxième ordre 4: "Intégration à la vie universitaire"		
<i>Item du questionnaire ad hoc</i>			<i>Item du questionnaire ad hoc</i>		
	<i>saturation</i>			<i>saturation</i>	
Déjà pris de la cocaïne	0,62		Plus âgé	0,43	
Déjà pris de l'héroïne	0,59		Participe activités culturelles	0,43	
Déjà pris de l'extasy	0,57		Déjà étudié quelque chose avant	0,42	
Fume du cannabis	0,51		Plus avancé dans ses études	0,38	
Déjà pris du LSD	0,50		Venu d'ailleurs pour étudier	0,36	
Fume du tabac	0,47		Participe activités sportives	0,33	
Consomme souvent de l'alcool	0,34				
			<i>Facteur*</i>	<i>nom</i>	<i>saturation</i>
Minifac_5	sentiment de vulnérabilité	-0,56	Bip_fac2	participation	0,52
			Bip_fac1	satisfaction	0,47
<i>Echelle</i>	<i>Nom</i>	<i>corrélation</i>	<i>Echelle</i>	<i>Nom</i>	<i>corrélation</i>
"Aucune"			"Aucune"		

* Les saturations des facteurs de premier ordre ne sont mentionnées que lorsque ces facteurs ne sont pas redondant compte tenu des échelles.

La signification des quatre facteurs est sans ambiguïté. Comme l'indique le Tableau 1, les deux premiers facteurs mesurent deux formes de mal-être. Le premier sature fortement l'échelle de dépression du *Mini-mult* et l'échelle de dépression sévère du *GHQ*, nous l'avons donc nommé *Dépression*. Le deuxième facteur sature les échelles d'angoisse, d'insomnie et de somatisation ainsi que le facteur de premier ordre *Intolérance au stress*. De plus, l'analyse sémantique des items individuels du *GHQ* saturés par ce facteur de premier ordre nous conduit à conclure que l'angoisse, l'insomnie et la somatisation dont il vient d'être question présent, elles aussi, un lien avec le stress. Nous avons donc nommé le deuxième facteur *Mal-être physique lié au stress*. Le troisième facteur sature fortement la consommation de drogues ainsi que (négativement) le facteur de premier ordre *sentiment de vulnérabilité*. Nous avons nommé ce facteur *Drogues et comportements téméraires*. Enfin, le quatrième facteur sature un certain nombre d'items biographiques associés à une bonne intégration à la vie universitaire, et nous l'avons nommé *Intégration à la vie universitaire*.

Troisième étape

Nous nous sommes ensuite penchés sur les corrélations entre items du questionnaire *ad hoc* et facteurs. Parmi ces corrélations, seules celles qui ne découlent pas de manière prévisible de l'interprétation que nous avons donnée des facteurs, étaient susceptibles de nous apprendre quelque chose d'intéressant. Nous avons donc recherché parmi les items saturés par l'un ou l'autre des facteurs, ceux dont la saturation revêtait un caractère inattendu.

Contrairement aux techniques basées sur la régression qui nécessitent une certaine modélisation *a priori*, l'analyse factorielle présente l'avantage de mettre toutes les variables sur un pied d'égalité (pas de distinction notamment entre variables dépendantes et indépendantes); c'est cette particularité qui nous a incité à avoir recours à l'analyse factorielle pour notre recherche exploratoire. Il convient de préciser que nos données comportent un certain nombre de variables dichotomiques (oui, non), et l'on sait que le fait de mêler, dans un étude corrélacionnelle, des variables dichotomiques et des variables quantitatives peut conduire à une représentation

légèrement déformée de la réalité. Toutefois, ce problème ne prête pas vraiment à conséquence pour notre étude. En effet, d'une part, les corrélations obtenues sont une bonne approximation du lien réel, d'autre part, comme nous le verrons, l'existence de chacun des liens mis en évidence par l'analyse factorielle a ensuite été confirmée à l'aide d'un test statistique bivarié.

Résultats

445 étudiants (259 femmes et 186 hommes) ont renvoyé leurs questionnaires remplis. La moyenne d'âge de l'échantillon est de 21,7 ans, et 70% des répondants ont entre 20 et 23 ans. Ils sont à plus de 90% célibataires. Près des trois-quarts des répondants sont inscrits au premier cycle (39,2% en première année et 32,9% en deuxième année). Les autres suivent le deuxième cycle. La proportion d'étrangers contactés ou ayant accepté de répondre aux questionnaires est faible (6,1%) par rapport à leur proportion réelle dans l'uni-

versité qui avoisine 15% selon le guide *L'Unil en chiffres* (Université de Lausanne 1998). Environ un tiers des répondants viennent d'un autre canton, ce qui correspond au chiffre d'un recensement établi fin février 1998 (Université de Lausanne 1998). Le nombre de répondants par faculté ou école est proportionnel au nombre d'étudiants que comptent ces facultés ou écoles.

La recherche de corrélations significatives entre items et facteurs a mis en évidence trois items qui semblent être associés à un risque plus élevé de difficulté psychologique. Il s'agit des variables catégorielles "sexe" et "type d'études entreprises" ainsi que de l'item "Vous êtes-vous déjà retiré d'examens après inscription?". Concernant la variable "sexe", nous observons un lien très significatif entre le fait d'être une femme et un score élevé au facteur que nous avons nommé *Mal-être physique lié au stress*. Ce résultat reproduit bien l'observation souvent relevée dans la littérature (Lloyd & Gartrell 1981; Derogatis 1977) selon laquelle les femmes obtiennent des scores de mal-être légèrement (mais significativement) plus élevés que ceux des hommes. Dans notre étude, nous vérifions de plus que ce lien observé avec un facteur se retrouve également au niveau des échelles des instruments psychométriques. En effet, le fait d'être une femme est bien associé à des scores significativement plus élevés aux échelles *Angoisse et insomnie* ($t = 4,24$; $df = 424$; $p < 0,001$) et *Symptômes physiques* ($t = 3,75$; $df = 415$; $p < 0,001$) du *GHQ*. De plus, dans notre échantillon, on observe que les femmes consomment plus fréquemment des médicaments. Cela est vrai aussi bien pour les somnifères et les tranquillisants que pour les anti-douleurs et les vitamines. Précisons toutefois que cette différence entre hommes et femmes n'est significative que dans le cas des anti-douleurs ($X^2 = 64,47$; $df = 2$; $p < 0,001$) et des vitamines ($X^2 = 16,28$; $df = 3$; $p = 0,001$). La deuxième variable mise en évidence par notre étude exploratoire est l'item "type d'études entreprises". Nos résultats

Tableau 2a Relation du sexe, des études suivies et du retrait des examens avec les scores aux échelles du GHQ (les probabilités sont données par le test du t de Student)

	N	Scores moyens			
		GHQ_A	GHQ_B	GHQ_C	GHQ_D
S Sexe		$p < 0,001$	$p < 0,001$	$p = 0,02$	$p = 0,66$
F Féminin	257	12,3	13,8	15,9	10,2
M Masculin	184	11,0	12,1	15,2	10,0
F Français moderne		$p = 0,34$	$p = 0,37$	$p = 0,16$	$p = 0,13$
N Non	429	11,7	13,0	15,6	10,1
O Oui	12	13,4	14,3	17,7	13,2
R Retrait des examens		$p = 0,65$	$p = 0,52$	$p = 0,55$	$p = 0,04$
N Non	401	11,8	13,0	15,6	10,0
O Oui	40	12,1	13,5	16,0	11,4

Tableau 2b Relation du sexe, des études suivies et du retrait des examens avec les scores aux échelles du Mini-mult: *hypochondrie* (1), *dépression* (2), *hystérie* (3), *déviations psychopathiques* (4), *paranoïa* (6), *psychasthénie* (7), *schizophrénie* (8) et *hypomanie* (9) (les probabilités sont données par le test du t de Student)

		Scores moyens							
		(1)	(2)	(3)	(4)	(6)	(7)	(8)	(9)
S	$p < 0,001$	$p < 0,001$	$p = 0,01$	$p = 0,86$	$p = 0,06$	$p < 0,001$	$p = 0,26$	$p = 0,33$	
F	52,0	51,6	51,0	50,1	50,8	51,9	50,5	50,4	
M	47,2	47,8	48,6	49,9	48,9	47,2	49,4	49,4	
F	$p = 0,26$	$p < 0,01$	$p < 0,01$	$p < 0,001$	$p = 0,02$	$p = 0,05$	$p = 0,02$	$p < 0,001$	
N	49,8	49,8	49,7	49,7	49,7	49,8	49,7	49,7	
O	55,7	57,7	59,8	60,8	59,7	55,5	60,7	61,9	
R	$p = 0,28$	$p = 0,03$	$p = 0,50$	$p = 0,21$	$p = 0,11$	$p = 0,03$	$p = 0,07$	$p = 0,37$	
N	49,8	49,7	49,9	49,8	49,7	49,6	49,6	49,8	
O	51,7	53,5	51,1	52,1	53,0	53,9	53,4	51,4	

montrent une incidence significative de cette variable sur les scores des étudiants aux facteurs de deuxième ordre. En particulier, les étudiants de l'école de *Français Modernes* ont des scores significativement plus élevés au facteur que nous avons nommé *Dépression*. L'importance de cette différence doit toutefois être relativisée en raison des effectifs très réduits de cette section de notre université. En effet, notre échantillon ne compte que 12 sujets. Toutefois, comme nous l'avons dit, la différence observée pour le facteur *Dépression* est significative, et elle se retrouve au niveau des échelles psychométriques du *Mini-mult* saturant ce facteur. En particulier, les étudiants en *Français Moderne* obtiennent les scores les plus élevés à l'échelle *Dépression* ($t = 2,74$; $df = 421$; $p = 0,007$).

Il nous reste à présenter le résultat qui nous paraît le plus intéressant. Il s'agit de l'item "Vous êtes-vous déjà retiré d'examens après inscription". Nous observons un lien très significatif entre les réponses positives à cet item et les scores élevés au premier facteur de deuxième ordre (*Dépression*). Nous constatons de plus que cette corrélation observée avec le facteur se retrouve également au niveau des échelles des instruments psychométriques. En effet, le fait de s'être retiré des examens est également associé à des scores élevés à l'échelle de dépression du *Mini-mult* ainsi qu'à l'échelle de dépression sévère du *GHQ* (Tabl. 2a et 2b). Ceci confirme la réalité clinique du phénomène. On se fera une meilleure idée de la force du lien entre retrait des examens et dépression à l'aide des chiffres suivant: en fixant arbitrairement le seuil pathologique à un écart type au-dessus de la moyenne, l'échelle de dépression du *Mini-mult* nous indique que 29,7% des étudiants qui se sont retirés d'une session d'examen souffrent de dépression, contre 13,5% dans le reste de la population ($X^2 = 7,0$; $df = 1$; $p < 0,01$). De façon semblable, l'échelle de dépression sévère du *GHQ* indique que 30,0% des étudiants qui se sont retirés des examens souffrent de dépression contre 12,3% dans le reste de la population ($X^2 = 9,6$; $df = 1$; $p < 0,01$).

Discussion

Nous avons vu que les femmes obtiennent en moyenne des scores significativement plus élevés que les hommes aux échelles *Angoisse et insomnie* et *Symptômes physiques*. Comme nous l'avons déjà dit, ce résultat reproduit l'observation souvent relevée dans la littérature selon laquelle les femmes signalent un niveau plus élevé de souffrance psychologique que les hommes. Il n'y a pas de véritable consensus quant à l'interprétation à donner à cette différence. Toutefois, dans la pratique de l'évaluation par questionnaires, on a l'habitude d'utiliser des normes différentes pour les femmes et les hommes de manière à neutraliser l'effet du

sexe sur le niveau de symptomatologie psychopathologique (Derogatis 1977). Or, même si ce point n'est que rarement explicité, l'utilisation de normes différentes pour les femmes et les hommes ne se justifie que si l'on pense que la différence observée entre les scores bruts n'a pas de signification clinique réelle. Dans ces conditions, le fait que, dans notre échantillon, les femmes prennent également plus de médicaments que les hommes, mérite que l'on s'y arrête. Nous pensons qu'une nouvelle étude confirmatoire serait susceptible d'apporter les informations qui nous manquent à l'heure actuelle pour tirer de véritables conclusions.

Nous avons vu également que les étudiants suivant l'école de Français Moderne sont significativement plus déprimés que ceux des autres facultés. Cela tient vraisemblablement au fait que les cours de cette école s'adressent à des étudiants qui ne sont pas de langue maternelle française. En effet, ces étudiants, des étrangers pour la plupart, rapportent aussi, plus souvent que les autres, se sentir seuls, que ce soit à l'université ou en dehors des murs de celle-ci. Il nous semble que ces difficultés, rencontrées par des étudiants suivant une voie d'étude assez particulière, relèvent d'une question beaucoup plus générale. À savoir, celle des difficultés d'adaptation des étudiants étrangers à l'Université de Lausanne. Malheureusement, comme nous l'avons déjà dit, les étrangers ne constituent que 6,1% de notre échantillon (27 étudiants). C'est la raison pour laquelle, il ne nous a pas été possible d'effectuer des analyses en fonction du critère de la nationalité. Dans le but de combler cette lacune, nous avons lancé une deuxième étude avec un échantillon dans lequel les étrangers sont plus fortement représentés.

Finalement, nous avons observé que les étudiants qui s'étaient, à une occasion au moins, retirés d'une session d'examens après inscription étaient significativement plus déprimés que les autres. La question est maintenant d'essayer d'interpréter le lien que nous avons observé entre retrait des examens et dépression. Nous ne pouvons malheureusement pas connaître les raisons qui ont conduit certains étudiants à se retirer d'une session d'examen. Toutefois, on peut vérifier que, dans la très grande majorité des cas, il s'est écoulé au moins six mois entre la fin de la session d'examen et la date de la passation du questionnaire. Ainsi, que les troubles dépressifs que nous mesurons soient d'origine exogène ou non, la persistance de ces troubles au-delà de six mois justifie de les considérer comme une atteinte à la santé psychique. D'autre part, concernant le lien entre retrait des examens et dépression, il se pose naturellement la question de savoir quelle est la cause et quel est l'effet; "Est-ce le fait de n'avoir pas terminé avec succès les examens qui est susceptible d'induire un état dépressif?" ou au contraire "Est-ce un état dépressif préexistant qui conduit souvent l'étudiant à se

retirer des examens?”. Nous sommes d’avis que notre étude permet de répondre à cette question. En effet, on constate qu’il n’y a aucun lien significatif entre l’item “Avez-vous déjà échoué à des examens universitaires?” et les scores aux échelles mesurant la dépression (ni celles mesurant un autre trouble psychopathologique). Or il est raisonnable de supposer que, si c’était le fait de ne pas avoir passé les examens qui provoquait la dépression, un échec aurait les mêmes effets qu’un retrait. Ce n’est justement pas le cas. Cette remarque nous conduit à conclure que le retrait d’une session d’examen est, le plus souvent, le symptôme d’un état dépressif préexistant.

Le but de notre étude était de repérer des variables socio-démographiques permettant d’identifier parmi les étudiants des sous-populations d’individus à risque. Toutefois, nos résultats concernant les deux seules variables socio-démographiques mises en évidence par notre étude (le sexe de l’étudiant et sa nationalité) suggèrent, au stade actuel, plus de questions que de réponses. Nous sommes toutefois d’avis que ce manque de résultats définitifs ne fait qu’augmenter l’intérêt de ces questions et, pour notre part, comme nous l’avons déjà dit, nous avons lancé une nouvelle étude sur les difficultés que rencontrent les étudiants qui viennent à Lausanne pour étudier.

Vu ce qui précède, le résultat le plus intéressant de notre étude est certainement celui qui concerne le retrait des examens. À notre connaissance, le fait de s’être retiré d’une session d’examens n’a encore jamais été pris en considération comme critère susceptible d’identifier un groupe à risque. Le fait de s’être ou non retiré des examens n’a rien d’une variable socio-démographique. Toutefois, le lien mis en évidence entre dépression et retrait permet d’identifier une sorte de groupe à risque *a posteriori*. En l’occurrence, une sous-population formée, en proportion non-négligeable, d’étudiants atteints de troubles dépressifs probablement non-diagnostiqués jusque-là.

Ce résultat est intéressant à plusieurs titres. Tout d’abord, au niveau local, il va à l’encontre d’un préjugé très répandu, à l’Université de Lausanne. En effet, dans notre université, le règlement prévoit qu’un étudiant qui s’est retiré, après inscription, d’une session d’examen a échoué à cette session. Le seul moyen pratique pour l’étudiant d’échapper à cette sanction est de fournir un certificat médical. Dans ces conditions, on comprendra que tout étudiant qui sollicite l’aide d’un professionnel de la santé en période d’examen risque d’être soupçonné de rechercher un certificat de complaisance. Or, notre étude semble montrer que ce n’est le plus souvent pas le cas.

D’autre part, d’un point de vue général, nous avons dit plus haut que, selon nos résultats, le retrait des examens ne devait

pas être la cause mais, au contraire, le symptôme d’une dépression. Ainsi nous sommes en présence d’un symptôme qui a la particularité de se manifester à quelques moments bien précis de l’année universitaire. Ce caractère localisé dans le temps du symptôme ne veut pas dire que la dépression, elle aussi, s’en va automatiquement peu après la fin de la session d’examen. Ainsi, il nous semble que les étudiants qui se sont retirés d’une session d’examen pourraient faire l’objet d’une forme de suivi quelques mois plus tard. En effet, en tant que personnes à risque, ces étudiants méritent la même attention que les membres de tout groupe à risque qu’on aurait identifié à l’aide de caractéristiques socio-économiques.

Conclusion

En raison de sa conception même, notre étude présente certaines limitations quant à la généralisabilité des résultats. Tout d’abord, comme nous l’avons dit, notre étude n’avait qu’une visée descriptive et exploratoire. Il ne nous est donc pas possible de nous prononcer sur la significativité de nos résultats. Toutefois, il ne devrait pas être difficile de réaliser une nouvelle étude à but confirmatoire. D’autre part, concernant plus spécifiquement notre dernier résultat, l’importance des examens comme déterminant de la réussite universitaire varie considérablement d’un pays à l’autre, et même d’une université à l’autre. Ainsi, la charge émotionnelle associée à un possible échec à ces examens doit être très variable aussi. Ainsi, pour des questions de validité écologique, il nous semble qu’une nouvelle étude confirmatoire devrait avoir lieu dans une autre université suisse. D’ici là, la question de la généralisabilité de nos résultats reste ouverte.

Finalement, nous sommes d’avis que, tant qu’une étude confirmatoire n’a pas levé toutes les incertitudes, le principe de précaution doit nous faire considérer les étudiants qui se sont retirés d’une session d’examen comme des personnes potentiellement à risque. En particulier, les difficultés, dont certaines de ces personnes font état lors de démarches pour obtenir un certificat médical, devraient être prises au sérieux par les différentes instances universitaires comme par le corps médical.

Remerciements

Cette étude a pu être réalisée grâce à l’aide financière du rectorat de l’Université de Lausanne ainsi que des Hospices Cantonaux Vaudois. Les auteurs tiennent également à remercier le Professeur R. Droz ainsi que le Docteur J. Rossier de l’Institut de psychologie de l’Université de Lausanne pour leurs conseils et leurs encouragements.

Zusammenfassung

Prüfungsrückzug als Symptom von Depression: psychische Gesundheit von Studenten und Identifikation von Risikopersonen

Fragestellung: Aus Alters- und sozioökonomischen Gründen bilden Universitätsstudenten eine spezifische Population mit speziellen gesundheitsbezogenen Problemen und Bedürfnissen. Die vorliegende Explorationsstudie hatte zum Ziel, aus besonders verletzbaren Studenten in dieser Bevölkerung allfällige bestehende Risikogruppen zu identifizieren.

Methoden: Insgesamt 445 StudentInnen beantworteten vier Fragebogen (drei psychometrische Tests, sowie ein *ad hoc* konstruierter Fragebogen mit 50 Multiple-Choice-Fragen). Um die Risikogruppen aufzufinden, wurden signifikante Korrelationen zwischen gestellten Fragen und psychopathologischen Zügen gesucht. Zu diesem Zweck wurden Faktorenanalysen in Hauptkomponenten erster und zweiter Ordnung durchgeführt.

Resultate: Die Resultate zeigen, dass Depression bei StudentInnen, die sich vorzeitig von einer Prüfungssession zurückgezogen haben, doppelt so häufig auftritt wie im Rest der Stichprobe. Es wird zudem aufgezeigt, dass nicht Rückzug Ursache von Depression ist, sondern dass Depression die Rückzugswahrscheinlichkeit hochsignifikant erhöht.

Schlussfolgerung: Im Gegensatz zu Prüfungsmisserfolgen erscheinen also Rückzüge oft als Depressionssymptome.

Résumé

Santé psychologique des étudiants et identification des personnes à risque: le retrait d'une session d'examen comme symptôme de la dépression

But: Notre étude exploratoire sur la santé psychologique des étudiants avait pour but d'identifier d'éventuels groupes à risque formés d'étudiants particulièrement vulnérables.

Méthode: Au total, 445 étudiants ont répondu à 4 questionnaires (3 instruments psychométriques standards et un questionnaire *ad hoc* comprenant 50 questions à choix multiples). Pour repérer les groupes à risque, nous avons recherché, parmi l'ensemble des réponses fournies, les corrélations significatives entre réponses au questionnaire *ad hoc* et niveau de psychopathologie. Dans ce dessein, nous avons effectué des analyses factorielles en composantes principales de premier et de second ordre.

Résultats: Nos résultats indiquent, en particulier, que l'incidence de la dépression dans le groupe des étudiants qui se sont déjà retirés d'une session d'examen est pratiquement deux fois plus élevée que dans le reste de notre échantillon. En revanche, les étudiants qui ont échoué à un examen ne semblent pas particulièrement atteints de troubles dépressifs.

Conclusions: Il semble donc que, contrairement à l'échec aux examens, le retrait des examens peut souvent être considéré comme un symptôme de la dépression.

Références

Amiel R, Karnas G, Patesson R, Salengros P, Van den Borren M (1984). Contribution à une analyse du malaise étudiant vu par Bios U.L.B. *Ann Med Psychol* 142: 343–64.

Bachmann N, Berta D, Eggli P, Hornung R (Hrsg.) (1999). Macht studieren krank? Die Bedeutung von Belastung und Ressourcen für die Gesundheit der Studierenden. Bern: Huber.

Bolognini M, Bettschart W, Zehnder-Gubler M, Rossier L (1989). The validity of the french version of the GHQ-28 and PSYDIS in a community sample of 20 year olds in Switzerland. *Eur Arch Psychiatr Sci* 238: 161–8.

Bovier P A, Chamot E, Eytan A, Perneger TV (2001). Patterns of use of mental health services in a universal care setting. *Psychiatr Serv* 52: 1515–20.

Bovier P A, Chamot E, Perneger TV (2002). Brief scales for measurement of functional social support and psychological resources in French-speaking adults. *Soz Präventiv Med* 47: 298–306.

Derogatis L (1977). SCL-90 R administration, scoring and procedure manual for the revised version. Baltimore (MD): Clinical Psychometric Research.

Douglas K., Collins J, Warren C, et al. (1997). Results from the 1995 National College Health Risk Behavior Survey. *J Am Coll Health* 46: 55–66.

Eter J, Perneger TV (1997). Etats de santé, habitudes et préoccupation liées à la santé chez les jeunes adultes genevois. *Soz Präventiv Med* 42: 195–203.

Gendre F, Muller B, Chaghghi F (1987). Structures d'un questionnaire relatif à l'adaptation professionnelle. *Psychologie et Psychométrie* 8: 5–30.

Goldberg D (1972). The detection of psychiatric illness by questionnaire. London: Oxford University Press.

Grace T (1997). Health problems of college students. *J Am Coll Health* 45: 243–50.

Graham JR (1977). The MMPI: a practical guide. Oxford: Oxford University Press.

Kincannon J (1968). Prediction of the standard MMPI scale scores from 71 items: the Mini-mult. *J Consult Clin Psychol* 32: 319–25.

Lloyd C, Gartrell N (1981). Sex differences in medical student mental health. *Am J Psychiatry* 138: 1346–51.

Mundt M (1996). Peer interviewing: a student health survey on an urban campus. *J Am Coll Health* 44: 187–92.

Perse J, Lebeaux M. (1977). Manuel du Mini-Mult. Paris: Les éditions du centre de "psychologie appliquée".

Sax L (1997). Health trends among college freshmen. *J Am Coll Health* 45: 252–62.

Université de Lausanne (1998). L'Unil en chiffres. Lausanne: Université de Lausanne.

Zemp E, Gutzwiller F, Hobi V, (1984). Morbidité psychique et son influence sur l'utilisation des services médicaux; Enquête transversale auprès d'un échantillon représentatif en Suisse. *Psychol Med* 16: 915–8.

Annexe

Analyses factorielles de premier ordre

A) Analyse factorielle des réponses au questionnaire "ad hoc"			
6 facteurs expliquent 35,4 % de la variance			
(1) Consommation de drogues			
(2) Mal-être			
(3) Difficultés financières			
(4) Prise de médicaments			
(5) Parents séparés			
(6) Expérience de vie			
B) Analyse factorielle des réponses au "questionnaire bipolaire"			
2 facteurs expliquent 23,9 % de la variance			
(1) Satisfaction			
(2) Participation			
C) Analyse factorielle des réponses au questionnaire "GHQ"			
3 facteurs expliquent 42,8 % de la variance			
(1) Intolérance au stress			
(2) Dépression sévère			
(3) Dysfonctionnement social			
Corrélations facteurs-échelles			
échelles	(1)	(2)	(3)
A	0,76	0,37	0,11
B	0,79	0,45	0,36
C	0,45	0,22	0,74
D	0,36	0,81	0,13

A: Somatisation et symptômes physique

B: Anxiété et insomnie

C: Dysfonction sociale

D: Dépression sévère

D) Analyse factorielle des réponses au questionnaire "Minimult"							
7 facteurs expliquent 28,5 % de la variance							
(1) Dépression							
(2) Hypochondrie							
(3) Personnalité caractériell							
(4) Cyclothymie							
(5) Sentiment de vulnérabilité							
(6) Cynisme							
(7) Culpabilité des affects							
Corrélations facteurs-échelles							
échelles	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
L	-0,15		0,13	-0,23			-0,66
F	0,31	0,21	0,60		-0,26	0,23	-0,14
K	-0,15		-0,19	-0,48	-0,21	-0,50	-0,35
1	0,29	0,78	0,19	0,24			
2	0,66	0,53	0,12		0,28		
3	0,43	0,59		0,19		-0,26	-0,32
4	0,60	0,29	0,38	0,10	-0,24		
6	0,46	0,24	0,45	0,13		-0,27	-0,10
7	0,62	0,34	0,25	0,43	0,35		0,13
8	0,58	0,31	0,44	0,44	-0,15		
9	0,12	0,19	0,46	0,55	-0,21	0,20	0,23

Echelles du Minimult:

1: Hypochondrie

2: Dépression

3: Hystérie

4: Déviance psychopathique

6: Paranoïa

7: Psychasthénie

8: Schizophrénie

9: Hypomanie

L, F et K: échelles de contrôle

Adresse pour correspondance

Franz Meyer de Stadelhofen
Institut de Psychologie, BFSH2
Université de Lausanne
CH-1015 Lausanne
Fax: +41 21 692 32 65

e-mail:

Franz.MeyerDeStadelhofen@ip.unil.ch