

Projet qualité de vie et bien être :

Etude sur une population de jeunes tunisiens

Introduction position du problème

La qualité de vie des étudiants et leur bien être est trop longtemps restée dans un silence assourdissant face aux autres préoccupations de l'enseignement supérieur que sont la délivrance des savoirs et l'orientation ou l'insertion professionnelle. Sujet oublié et négligé, il constitue pourtant un réel enjeu tant individuel que collectif. En effet et en référence aux données du Ministère de l'Enseignement Supérieur, la Tunisie compte 13 universités (y compris l'université virtuelle). 372 000 étudiants sont inscrits pour l'année universitaire 2006-2007. Ils sont répartis sur plus de 178 établissements de l'enseignement supérieur public et 20 établissements de l'enseignement supérieur privé. L'élément à relever dans ce cadre c'est qu' environ 35,5 % des jeunes âgés de 20 à 24 ans ont rejoint l'enseignement supérieur durant l'année universitaire 2005 - 2006. Ce taux, était de 8% en 1991. Cette croissance reflète la grande évolution des effectifs étudiants qui sont passés de 44.000 environ en 1987-88 à plus de 372 000 en 2006 - 2007.

Le point que nous soulevons d'emblée c'est que la question de la qualité de vie et du bien être, ont un fort impact sur la réussite aux études, et plus tard une insertion professionnelle. Un étudiant qui bénéficie de conditions de vie adéquates et est en bonne santé, a plus de chance de réussir son orientation, son parcours universitaire et donc son entrée dans le monde du travail. Ensuite, la politique de prévention à l'égard de cette population revêt un caractère particulier eu égard à certains comportements à risques.

Enfin cet âge et cette période de la vie sont favorables à l'acquisition de bonnes pratiques qui perdureront dans la vie d'adulte.

Le tableau globalement favorable que l'on dresse habituellement sur la santé des étudiants ne doit pas constituer un alibi pour masquer l'apparition de vrais risques sanitaires liés au développement de comportements à risque, de pratiques addictives et de graves négligences. Ces comportements peuvent avoir des conséquences à plus ou moins long terme non seulement sur la santé des étudiants mais également peser financièrement sur l'ensemble de la collectivité.

Cerner les cadres de vie des jeunes leur santé leurs perspectives d'avenir a fait l'objet de l'intérêt des pouvoirs publics à cet effet, plusieurs études ont été menées pour n'en citer que quelques une :

- L'enquête "Population et Famille» (ONFP., 2002)
- La santé mentale en population générale 2005(travail en cours)
- Enquête nationale sur la santé des adolescents 2004 (Ministère de la santé Publique)
- Les Jeunes au Quotidien 1997 (ONFP)
- La santé sexuelle et reproductive 2005(ONFP)
- Les étudiants leurs études et leur vie 1999 (Ministère de l'enseignement supérieur)
- Les jeunes et la santé familiale 1994(Ministère de la santé).

Une des conclusions de l'enquête menée par le Ministère de l'Enseignement Supérieur en 1999 ; "Les étudiants leurs études et leur vie", montre un lien entre le bien être mental de l'étudiant et son degré de satisfaction à l'égard de la qualité de sa formation. un des résultats de l'enquête nationale sur la santé des adolescents 2004 (Ministère de la Santé Publique) renseigne sur le fait que l'évènement de vie majeure, chez les jeunes tunisiens, est en rapport avec l'échec affectif (avec un léger pic pour les filles que pour les garçons). L'évènement de vie le plus marquant dans l'environnement des jeunes c'est la perte/DC d'une personne proche, suivi de près par l'évènement séjour à l'hôpital.

Les résultats de l'enquête nationale sur la santé des adolescents 2004 (Ministère de la santé Publique) font valoir qu'en population générale les adolescentes présentent plus de symptômes dépressifs que les adolescents.

Ces conclusions d'enquêtes nous incite à rappeler la définition de l'OMS concernant la santé : "un état de complet bien-être physique, mental et social", cette définition en appelle une autre celle de la santé psychique, au sens défini également par l'OMS : comme "un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de la société". En fait, Le mal être des jeunes est peu pris en considération il est évoqué dans les conclusions de l'enquête, "Les étudiants leurs études et leur vie" (Ministère de l'enseignement supérieur 1999) , où nous pouvons lire que pour le sentiment bien être mental 12,5% des sujets souffrent très souvent d'un ensemble de difficultés psychologiques. 48,5% rapportent quelques symptômes ressentis de temps à autre. Les auteurs indiquent aussi, que l'ensemble des données relatives aux appréciations de la qualité des études après analyse typologique fait ressortir que 50,5% des personnes interrogées sont classés dans une catégorie de mécontents ou critiques. L'analyse de cette catégorie fait valoir que 28% des étudiants insatisfaits ont aussi des difficultés psychologiques. Rappelons ici que cette enquête a porté sur 3804 étudiants inscrits dans cinq universités tunisiennes.

Ce mal-être n'est pas spécifique à notre pays, puisque dans les conclusions du Livre vert de la Commission européenne – 2005, portant sur la santé mentale de la population générale, il ressort que cette dernière est une préoccupation de l'Union européenne. Dans ce cadre et en référence au rapport sur "L'état de santé et la situation socio-économique des étudiants de Paris 8 et Paris 13 : compte rendu d'enquête". A. Louvel, E. La Rosa, H. Le Clésiau et B. Lelu - septembre 2006, nous apprenons que ; Le mal-être dont souffrent les étudiants est une notion aux contours mal définis recouvrant des situations aussi diverses que la fatigue, le stress ou des névroses passagères qui, plus qu'une prise en charge médicale, nécessite une écoute

psychologique. Les pathologies plus graves exigeant un suivi plus lourd sont moins fréquentes. Il est aussi rapporté une recrudescence des pathologies nécessitant une double prise en charge, psychologique et psychiatrique (1% des consultations au bureau d'aide psychologique de Paris concerne des troubles schizophréniques et 3 % des troubles psychotiques aigus).

Position du problème

La question qui se pose ici est donc d'étudier la qualité de vie des étudiants, et de leur bien être, en tant qu'indicateurs susceptibles de renseigner sur les comportements à risques futurs.

Cette question de la relation entre qualité de vie et comportement à risques chez les jeunes a été un centre d'intérêt d'un certain nombre d'études. Ainsi (Toppolski , Donald and al 2001), indiquent dans les conclusions de leur articles sur la relation entre qualité de vie et comportement à risques futures, que la relation semble évidente. L'évaluation de la qualité de vie a est en relation significative avec les comportements à risques (tabagisme, drogues, alcoolismes et conduites violentes auto et hétéro-agressives). Les résultats de ce travail indiquent aussi des différences significatives entre des groupes de jeunes ayant des qualités de vie différentes et le degré de leurs adoptions des comportements à risques. Par ailleurs, le travail mené par Moser Robin (2006), renseigne sur l'étroite dépendance de la qualité de vie avec l'environnement : Les résultats montrent que les aspects environnementaux font partie des préoccupations quotidiennes les plus importantes dans la population française. Ils sont considérés comme les plus perturbant par le plus grand nombre de sujets. En ce qui concerne le lieu de résidence, contrairement aux attentes, il apparaît que les ruraux ne se considèrent pas moins exposés aux sources de stress tels que le bruit, la pollution les problèmes de circulation ou la criminalité que les Parisiens ou les habitants d'autres grandes agglomérations, et qu'ils ne se sentent pas non plus significativement moins affectés par les

problèmes environnementaux. En termes de relations individu-environnement, ces résultats suggèrent que, quelles que soient les conditions environnementales objectives, les individus se sentent stressés par les problèmes environnementaux ce qui indique que la conscience de ces problèmes semble relever au moins partiellement de construits sociaux normatifs. Horelli 2005, fait valoir l'importance de l'environnement humain dans l'appréciation de la qualité de vie les conclusions de son travail indiquent que le concept de "qualité humaine de l'environnement" (QHE) est important pour l'analyse et l'amélioration de la qualité de vie des gens. La QHE est un concept multidimensionnel qui a trait aux environnements ou milieux qui permettent à des individus et groupes divers de réaliser leurs buts ou projets avec un certain impact sur le bien-être. La QHE peut être décrite et évaluée par un critère individuel (la compatibilité avec la personne et son environnement) et un critère collectif (la compatibilité collective environnementale). Un modèle heuristique des conditions d'existence d'une QHE peut être appliqué à l'analyse du contexte du bien-être et dans la phase de planning des conditions de la qualité de la vie de groupes différents.

Définition de la qualité de vie

Le concept de qualité de vie peut paraître simple, tant il est intuitif et banalisé. Cependant, une définition explicite et consensuelle est indispensable.

En effet, les références bibliographiques (C. Brousse, B. Boisaubert, 2007., B. Grenier, 1995) renseignent que le concept de qualité de vie est apparu aux États-Unis dans les années 1970. Né dans le domaine de l'urbanisme et de l'écologie, il gagna rapidement celui de la santé. Il est utile de savoir que l'OMS en 1946 (organisation mondiale de la santé), indique que " La Santé est un état de bien-être total, physique, mental et social et pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité. Cette définition met l'accent sur la dimension subjective de l'état de santé et sur ses trois principales composantes : physiques, psychologiques et sociales. Dès 1947 la

définition de la santé s'écartait d'un objectif restrictif "absence de maladie ou de handicap", pour s'élargir à un "état de complet bien-être physique, mental et social". Le mot "bien-être" était mentionné, mais il fallut encore d'autres modifications conceptuelles de la santé pour voir apparaître celui de qualité de vie. La notion de qualité de vie semble être survenue dans les suites d'une évolution des trois fondements de la médecine que sont la maladie, le malade et le médecin :

- Les maladies ont changé de visage : l'essor de la médecine moderne au cours de la première moitié du XXe siècle a permis de maîtriser les grandes maladies infectieuses. Le traitement cherche donc, au-delà d'un gain modéré en survie, à améliorer les retentissements physique, psychologique et social de la maladie, soit concourir à la qualité de vie ;
- Les attentes du malade se sont modifiées : le malade s'est approprié sa maladie, et son traitement. Il souhaite des informations auxquelles il accède par le dialogue avec son médecin, ou par les multimédias. Chaque individu veut juger de sa santé de son propre point de vue ;
- La prise en charge médicale a pris, elle aussi, un tournant décisif : c'est aussi à la fin du XXe siècle que la relation médecin-malade dite paternaliste s'est modifiée. L'autonomie du patient, qui grâce à une information claire peut participer aux décisions thérapeutiques le concernant, est devenue la clé de voûte de la relation médecin-malade. Le médecin ne décide plus de façon unilatérale. Afin de mieux percevoir les préférences de son patient, il va s'intéresser à sa qualité de vie ;

Il apparaît alors que dans le domaine des sciences de la santé, l'apparition du concept qualité de vie est relativement récente, la question qui s'est à l'origine posée est que face à divers traitements possibles n'y a t'il pas lieu de penser à préserver la qualité de vie du patient ?. Actuellement la préservation de la qualité de vie est devenue une composante non

seulement dans le choix thérapeutique mais aussi dans sa mise au point. Et Les firmes pharmaceutiques sont très actives dans les travaux scientifiques internationaux sur cette question.

La recherche clinique ne peut plus ignorer l'évaluation de la qualité de vie. Les années 1980 ont vu ce nouvel indicateur apparaître, pour prendre son plein essor dix ans plus tard. La "Food and Drug Administration" américaine recommandait dès 1985 ces mesures en oncologie. C'est particulièrement au cours des essais thérapeutiques qui évaluent l'efficacité et la tolérance des médicaments, que les mesures de la qualité de vie ont une place déterminante aux côtés des critères cliniques, biologiques ou d'imagerie. La qualité de vie reste toutefois souvent un critère secondaire. Les maladies chroniques invalidantes qui ne mettent pas en jeu le pronostic vital à court terme et les maladies peu ou asymptomatiques tirent plus particulièrement profit de ces mesures (Croog et al., 1986) Mais il n'y a somme toute aucune raison d'exclure ces mesures des autres pathologies.

Selon les différentes définitions attribuées à ce concept nous pouvons trouver que la qualité de vie apparaît comme : "ce qui permet de quantifier les répercussions de la maladie sur la vie" ; "l'ensemble des satisfactions et des insatisfactions éprouvées par un sujet à propos de sa vie" ou bien encore "ce qui reflète l'impact des maladies, des traitements et des décisions de santé sur la vie quotidienne, en essayant d'approcher le point de vue du patient". L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a proposé, en 1997, comme définition : "la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et de système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes". La diversité des définitions proposées rend compte de la complexité du concept.

A ce niveau des développements théoriques il devient clair le concept de qualité de vie subit de façon trop évidente l'influence d'éléments étrangers au domaine de la santé tels

l'environnement, les ressources économiques, l'éducation et les relations sociales. La qualité de vie n'est pas non plus le bonheur, dont la quête fut et reste la préoccupation de nombreux philosophes. En 1876, Thomas Jefferson en fit même un droit inaliénable de la constitution américaine. Enfin, la qualité de vie ne se résout pas plus au bien-être, qui s'entend communément comme la satisfaction des besoins. Le bien-être qui oscille dans notre société entre un bien de consommation et un droit-créance. C'est pourtant la notion de satisfaction qui approche peut-être au mieux le concept de qualité de vie.

Méthode

Population

Les participants dans cette étude seront environ 1200 étudiants (600 hommes et 600 femmes) âgés entre 18 et 30 ans acceptant volontairement (après avoir signé le formulaire de consentement) de répondre aux deux questionnaires auto-administrés.

L'étude va être conduite en Tunisie sur une période de 6 mois allant du 1 octobre 2007 au 30 mars 2008. Les participants vont être sélectionnés quasi-aléatoirement des branches scientifiques-techniques et sociales-lettres de quatre universités :

- l'université de Tunis (nord est) ;
- l'université de Jendouba (nord ouest) ;
- l'université de Sfax (centre sud) ;
- l'université de Gafsa (sud ouest).

Ainsi, les grandes régions vont être représentées.

Les facteurs étudiés comportent : le genre, la région, la spécialité dans l'enseignement, les performances scolaires et le niveau socio-économique.

Les instruments de l'étude

L'échelle de qualité de vie de l'OMS

La qualité de vie va être évaluée par une version adaptée à la population tunisienne *L'échelle de qualité de vie de l'OMS* (WHOQOL-100). Cette échelle est une mesure générique désignée pour être utilisés dans des contextes de large spectre et permettant d'examiner différents aspects de la qualité de vie autres que la santé physique. C'est une mesure subjective multidimensionnelle de la qualité de vie. Les 100 items sont organisés autour de ces domaines et facteurs :

- *Santé physique* : (douleur et inconfort, fatigue quotidienne, sommeil et repos, mobilité, activités de la vie quotidienne, dépendance de médication ou traitement, capacité de travail) ;
- *Santé psychique* : (sentiments positifs, raisonnement, mémoire et concentration, estime de soi, image du corps et apparence, sentiments négatifs, spiritualité, religion et croyances personnelles).
- *Relations sociales* : (relations personnelles, support social, activités sexuelles) ;
- *Environnement* (sécurité physique, environnement à la maison, ressources financières, disponibilité et qualité des soins socio-sanitaires, la possibilité d'acquérir de nouvelles informations et de nouvelles compétences, les opportunités de récréation).

Le " Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire" (PDSQ)

Le PDSQ est une échelle auto administrée désignée pour dépister les troubles les plus communs de l'axe I du DSM-IV. Cet instrument comporte 112 questions qui évaluent 14 troubles dans 5 domaines : les troubles alimentaires, les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, les toxicomanies et les troubles somatoformes. A ceci s'ajoutent 6 items détectant

les troubles psychotiques. Les troubles dépistés par cet instrument couvrent l'essentiel des problèmes de santé mentale posés par les jeunes.

Procédure

Quatre psychologues vont conduire l'enquête. Après la signature du formulaire de consentement, les participants vont compléter les questionnaires auto-administrés d'évaluation de la qualité de vie et du questionnaire de dépistage des symptômes psychiatriques. En plus, environ 50 sujets détectés comme fragile et ayant un comportement à risque bénéficieront d'un examen psychologique plus approfondi afin de les orienter vers les structures de service appropriées.

Références bibliographiques

- Amiel-lebigre.F. "Evénement stressants de la vie : méthodologie et résultats." EMC Psychiatrie.
- Bagbag.F. (2002). Pédopsychiatrie et devenir. Tunis.
- Belajouza, M., Romdhane, N.M., (1999). Les étudiants leurs études et leur vie. Tunis, Ministère de l'enseignement supérieur.
- Bellaj.T. (1999). Parkinson's disease questionnaire measure of functioning and well being. In Dysfonctionnement de la mémoire de travail dans la maladie de Parkinson. Thèse de Doctorat. Faculté des Sciences Humaines et Sociales de Tunis.
- Bellaj.T. M'ranet, H., Horchani, F., Bouaziz, M., M'rabet, A. (2000). Etude de la validité d'une version adaptée de l'échelle de qualité de vie liée à la santé chez l'enfant épileptique tunisien. Communication présentée lors des Journées de Neurologie de langue française. Paris.
- Brousse.,C. (2007). Réflexions sur la qualité de vie. Revue de médecine interne.
- Brousse, C., Boisaubert, B., (2007). La qualité de vie et ses mesures. Revue de médecine interne
- Brülde. B.and Malmgren.M. (1998). Measuring Quality of Life. Goteberg, Goteborg university: 16.
- CoR (Commission of the Regions of the European Union), 1999. Evaluating Quality of Life in European Regions and Cities. Office of Official Publications of the European Communities, Luxembourg
- DEFRA, 2002. Survey of public attitudes to quality of life and to the environment—2001. DEFRA (Department for Environment, Food and Rural Affairs) News Release 409/02, London (October 2002).
- DETR, 1999. A Better Quality of Life—A Strategy for Sustainable Development for the UK. DETR, London (May 1999).Donovan, N., Halpern, D., 2002. Life satisfaction: the state of knowledge and implications for government. Cabinet Office/Prime Minister's Strategy Unit, London.
- D.M.S.U. (1994). Les jeunes et la santé familiale. Tunis, Ministère de la santé publique.
- D.M.S.U. (2004). Enquête nationale sur la santé des adolescents scolarisés. Tunis, Ministère de la santé publique.
- Douk.S., S. B., H.Ouertani, F.Nacef, Z. Ghoudhbane (2006). Droit sexuels et reproductif: un déterminant crucial de la santé mentale de la femme. Tunis.
- Freud. S., Ed. (1908). Le créateur littéraire et la fantaisie. L'inquiétante étrangetéet autres essais. Paris.
- Freud. S., Ed. (1898). Naissance de la psychanalyse. Paris.
- Grégoire. J. (1995). "L'évaluation de la qualité de vie." European review of applied psychologie 45(4).
- Horelli, L., (2006). Environmental human-friendliness as a contextual determinant for quality of life. Revue européenne de psychologie appliquée 56 (2006) 15–22
- Jackson, T., 2002. Quality of Life, Economic Growth and Sustainability, Chapter 6. In: Cahill, M., Fitzpatrick, A. (Eds.), Environment and Welfare: Towards a Green Social Policy. Palgrave Macmillan, London, pp. 97–116.
- Jacobs, M., 1999. Quality of life. Paper Presented at the ESF TERM Programme Summer School on 'Consumption, Everyday life and Sustainability', Lancaster University. (July 1999).
- Klibi; A. (2003). Développement d'une version tunisienne d'une échelle d'événements de vie. Département de Psychologie. Tunis, Université de Tunis: 70.
- Kristeva.J. (1993). Les nouvelles maladies de l'âme.
- Marans, R., 2003. Understanding environmental quality through quality of life studies: the 2001 DAS and its use of subjective and objective indicators. J. Landscape and Urban Planning 65, 73–83 (1–2).
- Métraux.J.C. Le don au secours des appartenances plurielles. A. Appartenances.
- Moser, G., Robin,M., (2006). Environmental annoyances: an urban-specific threat to quality of life?. Revue européenne de psychologie appliquée 56 (2006) 35–41
- Ouweneel. P. et Veenhoven.R. (1991). "Cross-national differences in happiness: cultural bias or societal quality." 168-184.

- Renard, F., Deccache, A., La qualité de vie des adolescents récemment immigrés en Belgique : une étude prospective menée en milieu scolaire. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 54 (2006) 101-106
- Rizk, C., 2003. Citadins, votre quartier est-il agréable à vivre? INSEE-première, Paris (no. 934, 4p).
- Toploski, .T.D., Patrik, D.L., Edwards.T.C., Huebner, C.E., Connell, F.A., Mount, K.(2001). "Quality of Life and Health-Risk Behaviors Among Adolescents". *Journal of adolescent health* 2001;29:426-435
- Uzzell, D.L., 2000. The psycho-spatial dimension to global environmental problems. *J. Environ. Psychol.* 20, 4, 307-318.
- Uzzell, D.L., 2004. From local to global: a case of environmental hyperopia. *IHDP Update* 4, 6-8. D. Uzzell
- Veenhoven.R. (1997). "Progrès dans la compréhension du bonheur." *Revue québécoise de psychologie* 18: 29-74.
- Veenhoven.R. (1999). "Quality-of-life in individualistic society: a comparison of 43 nations in the early 1990's." *Social indicators research* 48: 157-186.
- WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med* 1998;46:1569-85.