

*Au bon Dieu
Tout puissant
Qui m'a inspiré
Qui m'a guidé dans le bon chemin
Je vous dois ce que je suis devenue
Louanges et remerciements
Pour votre clémence et miséricorde*



الْحَمْدُ لِلَّهِ
الَّذِي بِنِعْمَتِهِ تَتِمُّ الصَّالِحَاتُ



وَمَنْ أَحْيَاهَا

فَكَانَتْ أَحْيَا النَّاسِ جَمِيعاً ﴿٣٢﴾

سورة المائدة

Remerciements

À notre maître et président du jury de thèse

Professeur SQALLI HOUSSAINI TARIK

Professeur de Néphrologie

Chef de Service de Néphrologie à CHU Hassan II Fès

Nous vous présentons nos vifs remerciements de nous faire l'honneur de présider cette thèse. Nous tenons à vous exprimer notre estime pour votre rigueur et la qualité de votre enseignement qui nous a éclairés au cours de nos études et qui restera pour nous une règle de conduite. Puissent des générations et des générations avoir la chance de profiter de votre savoir et votre sagesse.

Que votre sérieux, votre compétence, votre rigueur de travail, votre gentillesse et vos nobles qualités humaines soient pour nous le meilleur exemple à suivre.

Permettez-nous de vous exprimer, Monsieur le Professeur, l'expression de notre haute considération et notre profond respect.



À notre cher maître et rapporteur de thèse

Professeur AALOUANE RACHID

Professeur de Psychiatrie

Chef de Service de Psychiatrie à l'hôpital Ibn AL Hassan de Fès

Vous m'avez accordé un immense honneur et un grand privilège en acceptant de diriger ce travail. Bénéficiaire de votre encadrement et travailler sous votre tutelle a été- et restera - pour moi, une source de fierté et j'espère avoir été à la hauteur de votre attente.

Votre parcours professionnel, votre compétence incontestable, votre bonté, votre modestie, votre compréhension et toutes vos qualités professionnelles et humaines ne peuvent que susciter ma grande estime.

Vous m'avez toujours réservé le meilleur accueil malgré vos responsabilités et vos multiples engagements. Je vous remercie infiniment, Monsieur le Professeur, pour avoir consacré à ce travail une partie de votre temps précieux et de m'avoir guidé avec rigueur et bienveillance.

Veillez trouver ici, Cher Maître, l'expression de ma reconnaissance, de mon profond respect et de ma vive gratitude.



À notre maître et juge de thèse

Mme. AARAB CHADYA

Professeur agrégé de Psychiatrie

Votre présence parmi les membres de cet honorable jury m'honore. Je vous remercie vivement de l'honneur que vous m'avez fait en acceptant de juger ce travail.

Vous m'avez profondément marqué dès mon passage au service de psychiatrie en tant qu'externe. J'ai pour vous, chère Professeur, l'estime et l'admiration qu'imposent vos grandes qualités scientifiques et humaines, votre sagesse, votre patience et surtout votre gentillesse sans limites.

Veillez croire, Chère Maître, à l'assurance de mon respect et ma grande reconnaissance.



À notre juge de thèse

Mme. AMAZIANKAMELIA

Professeur habilité en Epidémiologie Clinique

ISPITS de Fès

Sans qui la réalisation n'aurait pas été possible. Je suis particulièrement touchée par la gentillesse avec laquelle vous avez bien voulu accepter de participer à la réalisation de ce travail et à l'intérêt que vous lui avez porté.

Vous m'avez guidé et conseillé tout au long de l'élaboration de ce travail avec la compétence, la rigueur scientifique et l'extrême gentillesse qui vous caractérisent. Vous m'avez à chaque fois, réservé un accueil aimable et bienveillant. Que ce travail, si modeste qu'il soit, puisse être message de mes sentiments les plus respectueux et de toute ma reconnaissance.



À notre maître et membre associé du jury

M. BOUTAMINE

Professeur assistant de Psychiatrie

C'est pour nous un immense plaisir de vous voir siéger parmi le jury de notre thèse. Votre présence nous honore.

Par votre modestie, vous nous avez montré la signification morale de notre profession.

Qu'il nous soit permis de vous présenter à travers ce travail le témoignage de notre grand respect et l'expression de notre profonde reconnaissance.



À Docteur BENHAMMOU Imane :

Je ne saurais qualifier l'immense soutien, les conseils et les précieuses directives que vous n'avez cessé de me prodiguer le long de ce travail.

Je vous remercie infiniment pour vos efforts inlassables afin que ce travail soit élaboré. Veuillez toutefois accepter mes sincères remerciements.

Puisse Dieu vous préserver et vous procurer tout le bonheur, la santé, le succès et la prospérité.

À Docteur QASSIMI Ferdaouss :

Je vous remercie vivement pour votre accueil chaleureux et votre contribution inestimable à la réalisation de ce travail. J'apprécie sincèrement le temps que vous avez consacré à mon aide, malgré vos occupations. Je vous en suis profondément reconnaissante.

Veuillez trouver ici, Docteur, l'expression de ma profonde reconnaissance et mes remerciements les plus sincères.

À tous les étudiants ayant participé à cette étude

Je vous exprime mes plus sincères remerciements. C'est grâce à vous que j'ai réussi à compléter ce travail.

A toute personne qui de près ou de loin a contribué à la réalisation de ce travail



Liste des abréviations

| | |
|-------------------|--|
| BASS | : Echelle de satisfaction corporelle |
| CHU | : Centres Hospitaliers Universitaires |
| FMPF | : Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès |
| GSES | : General Self-Efficacy Scale |
| HADS | : Hospital Anxiety and Depression Scale |
| PSS | : Perceived Stress Scale |
| QI | : Quotient intellectuel |
| RSES | : Rosenberg Self-Esteem Scale |
| SOPK | : Syndrome des Ovaires Polykystiques |
| SPSS | : Statistical Package for the Social Sciences |
| TCA | : Troubles des conduites alimentaires |
| TOC | : Trouble obsessionnel compulsif |
| VIH / SIDA | : Virus de l'immunodéficience humaine/ Syndrome d'immunodéficience acquise |

Liste des tableaux

| | |
|---|-----|
| Tableau 1 : Les trois piliers de l'estime de Soi [14] | 30 |
| Tableau 2 : Distribution de l'effectif des étudiants de l'enquête selon le niveau économique (n=487) | 81 |
| Tableau 3 : Résultats de l'analyse uni-variée entre l'échelle de Rosenberg et les données socio-démographiques et économiques | 104 |
| Tableau 4 : Résultats de l'analyse uni-variée entre l'échelle de Rosenberg et les éléments biographiques et habitudes de vie | 105 |
| Tableau 5 : Résultats de l'analyse uni-variée entre l'échelle de Rosenberg et les performances académiques..... | 107 |
| Tableau 6 : Résultats de l'analyse uni-variée entre l'échelle de Rosenberg et les activités de bien-être..... | 108 |
| Tableau 7 : Résultats d'analyse uni-variée entre l'échelle d'auto-efficacité et les données sociodémographiques et économiques..... | 111 |
| Tableau 8 : Résultats d'analyse uni-variée entre l'échelle d'auto-efficacité et les éléments biographiques et habitudes de vie | 112 |
| Tableau 9 : Résultats d'analyse uni-variée entre l'échelle d'auto-efficacité et les performances académiques..... | 113 |
| Tableau 10 : Résultats d'analyse uni-variée entre l'échelle d'auto-efficacité et les activités de bien-être..... | 114 |
| Tableau 11 : Résultats de l'analyse uni-variée entre l'échelle de stress et les données sociodémographiques et économiques | 116 |
| Tableau 12 : Résultats de l'analyse uni-variée entre l'échelle de stress et les éléments biographiques et habitudes de vie | 117 |
| Tableau 13 : Résultats de l'analyse uni-variée entre l'échelle de stress et les performances académiques..... | 118 |
| Tableau 14 : Résultats de l'analyse uni-variée entre l'échelle de stress et les activités de bien-être..... | 119 |
| Tableau 15 : Résultats de l'analyse uni-variée entre l'échelle HAD (anxiété) et les données sociodémographiques et économiques..... | 121 |
| Tableau 16 : Résultats de l'analyse uni-variée entre l'échelle HAD (anxiété) et les éléments biographiques et habitudes de vie | 122 |

| | |
|--|-----|
| Tableau 17 : Résultats de l'analyse uni-variée entre l'échelle HAD (anxiété) et les performances académiques..... | 123 |
| Tableau 18 : Résultats de l'analyse uni-variée entre l'échelle HAD (anxiété) et les activités de bien-être..... | 124 |
| Tableau 19 : Résultats de l'analyse uni-variée entre l'échelle HAD (dépression) et les données sociodémographiques et économiques..... | 126 |
| Tableau 20 : Résultats de l'analyse uni-variée entre l'échelle HAD (dépression) et les éléments biographiques et habitudes de vie | 127 |
| Tableau 21 : Résultats de l'analyse uni-variée entre l'échelle HAD (dépression) et les performances académiques..... | 128 |
| Tableau 22 : Résultats de l'analyse uni-variée entre l'échelle HAD (dépression) et les activités de bien-être..... | 129 |
| Tableau 23 : Résultats de l'analyse de corrélation entre les différentes échelles..... | 131 |
| Tableau 24 : Comparaison de la moyenne d'âge de notre échantillon avec celui des enquêtes similaires..... | 135 |
| Tableau 25 : Comparaison de la proportion de sexe masculin et féminin de notre échantillon avec celui des enquêtes similaires..... | 136 |
| Tableau 26 : Comparaison de la proportion de l'antécédent psychiatrique personnel de notre échantillon avec celui des enquêtes similaires | 139 |
| Tableau 27 : Prévalence de la consommation toxique dans certains milieux universitaires marocains..... | 141 |
| Tableau 28 : Prévalence de la consommation toxique dans certains milieux universitaires étrangers | 141 |
| Tableau 29 : Comparaison du score moyen de l'échelle de Rosenberg de notre échantillon avec celui des enquêtes similaires..... | 148 |
| Tableau 30 : Comparaison du score moyen de l'échelle de mesure du stress de notre échantillon avec celui des enquêtes similaires..... | 150 |
| Tableau 31 : Comparaison du score moyen de l'échelle de HAD de notre échantillon avec celui des enquêtes similaires | 152 |

Liste des figures

| | |
|---|----|
| Figure 1 : Pyramide des besoins de Abraham Maslow | 32 |
| Figure 2 : Distribution de l'effectif des étudiants de l'enquête selon les tranches d'âge (n=487) | 78 |
| Figure 3 : Distribution de l'effectif des étudiants de l'enquête selon le sexe (n=487) | 79 |
| Figure 4 : Distribution de l'effectif des étudiants de l'enquête selon la nationalité (n=487)..... | 79 |
| Figure 5 : Distribution de l'effectif des étudiants de l'enquête selon le statut marital (n=487)..... | 80 |
| Figure 6 : Distribution de l'effectif des étudiants de l'enquête selon la résidence (n=487)..... | 80 |
| Figure 7 : Distribution de l'effectif des étudiants de l'enquête selon le revenu mensuel (n=487)..... | 81 |
| Figure 8 : Distribution de l'effectif des étudiants de l'enquête selon le support financier (n=487)..... | 82 |
| Figure 9 : Distribution de l'effectif des étudiants de l'enquête selon le niveau d'instruction des parents (n=487)..... | 83 |
| Figure 10 : Répartition des étudiants ayant subi un événement traumatisant en Enfance/Adolescence et typologie (n=487) | 84 |
| Figure 11 : Répartition de la population selon la maltraitance (n=487) | 85 |
| Figure 12 : Répartition de la population en termes d'ATCDs psychiatriques personnels (n=487)..... | 85 |
| Figure 13 : Type des ATCDs psychiatriques personnels (n=47) | 86 |
| Figure 14 : Répartition de la population en termes des ATCDs psychiatriques familiaux et typologie (n=487)..... | 87 |
| Figure 15 : Répartition de la population selon la maladie organique (n=487) | 87 |
| Figure 16 : Répartition de la population selon les habitudes toxiques (n=487) | 88 |
| Figure 17 : Types des habitudes toxiques..... | 89 |
| Figure 18 : Répartition de la population en termes d'année d'études (n=487) | 90 |
| Figure 19 : parcours des études médicales..... | 92 |
| Figure 20 : Répartition de la population en termes d'échec | 93 |
| Figure 21 : Adéquation de la formation à la carrière (n=487) | 94 |
| Figure 22 : Répartition de la population en termes de relation avec professeurs (n=487)..... | 94 |

| | |
|--|-----|
| Figure 23 : Répartition de la population en fonction de source de stress (n=487).... | 95 |
| Figure 24 : répartition de la population en termes des activités extra universitaires (n=487) | 96 |
| Figure 25 : Types des activités extra universitaires..... | 96 |
| Figure 26 : Répartition de la population en termes de la pratique de sport (n=487) | 97 |
| Figure 27 : Répartition de la population selon le score d'auto-efficacité..... | 98 |
| Figure 28 : Répartition de la population selon le niveau de l'estime de soi (n=487). | 99 |
| Figure 29 : Répartition de la population selon le niveau (n=487)..... | 100 |
| Figure 30 : Répartition de la population selon le niveau d'anxiété (n=487)..... | 101 |
| Figure 31 : Répartition de la population selon le niveau de dépression (n=487).... | 102 |

Table des matières

| | |
|--|----|
| Liste des abréviations | 1 |
| Liste des tableaux..... | 2 |
| Liste des figures | 4 |
| Table des matières | 6 |
| INTRODUCTION | 11 |
| Problématique..... | 14 |
| Intérêt du sujet..... | 15 |
| PARTIE THEORIQUE : ETAT DES CONNAISSANCES ACTUELLES SUR L'ESTIME DE SOI :..... | 17 |
| I. Concept de l'estime de soi : | 19 |
| 1. Définition de l'estime de soi :..... | 19 |
| 1.1. William James : | 20 |
| 1.2. Cooley : | 21 |
| 1.3. Rosenberg : | 23 |
| 2. Bases et Piliers de L'estime de Soi :..... | 24 |
| 2.1. Amour de Soi :..... | 24 |
| 2.2. La vision de soi :..... | 26 |
| 2.3. La confiance en Soi : | 28 |
| 3. La dynamique de l'estime de soi : | 31 |
| II. L'estime de soi chez les étudiants en médecine..... | 34 |
| 1. Spécificités des études médicales..... | 35 |
| 2. Facteurs influençant l'estime de soi | 37 |
| 2.1. Rendement universitaire | 37 |
| 2.2. Environnement universitaire..... | 43 |
| 2.3. Stress | 46 |
| 2.4. Pathologies psychiatriques et somatiques | 48 |
| 3. Impact de l'estime de soi | 57 |

| | |
|---|----|
| 3.1. Performances académiques..... | 58 |
| 3.2. Interactions sociales | 60 |
| PARTIE PRATIQUE..... | 63 |
| I. Objectifs de l'étude : | 64 |
| II. Méthodologie : | 64 |
| 1. Type de l'étude : | 64 |
| 2. Population cible : | 64 |
| 3. Taille de l'échantillon : | 65 |
| 4. Outils de collecte de données : | 65 |
| 4.1. Auto-questionnaire : | 65 |
| 4.2. Echelles psychométriques : | 66 |
| 5. Organisation pratique de l'étude : | 76 |
| 6. Analyse statistique : | 77 |
| III. Résultats : | 78 |
| A. Etude descriptive : | 78 |
| 1. Données Socio-économiques: | 78 |
| a. L'âge : | 78 |
| b. Le sexe : | 79 |
| c. La Nationalité : | 79 |
| d. Le Statut marital..... | 80 |
| e. Résidence : | 80 |
| f. Niveau économique et revenu mensuel : | 81 |
| g. Support financier : | 82 |
| h. Niveau d'instruction des parents : | 83 |
| 2. Eléments biographiques : | 84 |
| a. Evénement traumatisant très marquant pendant l'Enfance et/ou Adolescence : | 84 |
| b. Maltraitance pendant l'enfance | 85 |

| | |
|--|-----|
| 3. Antécédents..... | 85 |
| a. Antécédents psychiatriques personnels..... | 85 |
| b. Antécédents psychiatriques Familiaux..... | 86 |
| c. Pathologies somatiques | 87 |
| 4. Usage de substances..... | 88 |
| 5. Performances académiques :..... | 90 |
| a. Année d'études médicales :..... | 90 |
| b. Parcours des études médicales :..... | 90 |
| c. Echec avant d'entamer les études médicales : | 93 |
| d. Formation académique:..... | 93 |
| e. Relations avec les enseignants: | 94 |
| f. La source importante de stress : | 95 |
| 6. Activités de Bien-être :..... | 96 |
| a. Activités Extra universitaires: | 96 |
| b. Pratique du sport :..... | 97 |
| 7. Résultats des échelles | 98 |
| a. Echelle d'auto-efficacité :..... | 98 |
| b. Echelle de Rosenberg :..... | 99 |
| c. Echelle de mesure de stress : | 100 |
| d. Echelle HAD : | 101 |
| B. Etude analytique :..... | 103 |
| 1. Analyse uni-variée entre l'échelle de Rosenberg et les variables d'intérêt :..... | 104 |
| a. Données sociodémographiques et économiques : | 104 |
| b. Eléments biographiques et habitudes de vie :..... | 105 |
| c. Performances Académiques :..... | 106 |
| d. Activités de Bien-Etre :..... | 108 |
| 2. Analyse uni-variée entre l'échelle d'auto-efficacité et les variables d'intérêt : | 111 |

| | | |
|-----|---|-----|
| a. | Données sociodémographiques et économiques : | 111 |
| b. | Eléments biographiques et habitudes de vie : | 112 |
| c. | Performances Académiques : | 113 |
| d. | Activités de Bien-Etre : | 114 |
| 3. | Analyse uni-variée entre l'échelle de stress et les variables d'intérêt : | 116 |
| a. | Données sociodémographiques et économiques : | 116 |
| b. | Eléments biographiques et habitudes de vie : | 117 |
| c. | Performances Académiques : | 118 |
| d. | Activités de Bien-Etre : | 119 |
| 4. | Analyse uni-variée entre l'échelle HAD et les variables d'intérêt : | 121 |
| 4.1 | Anxiété | 121 |
| a. | Données sociodémographiques et économiques : | 121 |
| b. | Eléments biographiques et habitudes de vie : | 122 |
| c. | Performances Académiques : | 123 |
| d. | Activités de Bien-Etre : | 124 |
| 4.2 | Dépression..... | 126 |
| a. | Données sociodémographiques et économiques : | 126 |
| b. | Eléments biographiques et habitudes de vie : | 127 |
| c. | Performances Académiques : | 128 |
| d. | Activités de Bien-Etre : | 129 |
| 5. | Analyse des corrélations entre les échelles : | 131 |
| IV. | Discussion : | 134 |
| 1. | Argumentaire de l'étude : | 134 |
| 2. | Paramètres sociodémographiques et estime de soi : | 135 |
| a. | Age : | 135 |
| b. | Sexe : | 136 |
| c. | Statut marital : | 137 |

| | |
|--|-----|
| d. Résidence : | 137 |
| e. Revenu familial : | 138 |
| 3. Facteurs influençant l'estime de soi | 139 |
| a. Antécédents psychiatriques personnels :..... | 139 |
| b. Usage de substances :..... | 140 |
| c. Evénement traumatique : | 142 |
| d. Maltraitance à l'enfance : | 143 |
| 4. Estime de soi chez les étudiants :..... | 144 |
| a. Performances académiques :..... | 144 |
| b. Activités extra-universitaires : | 145 |
| c. La pratique du sport : | 147 |
| 5. Impact psychologique de l'estime de soi :..... | 147 |
| a. Echelle de Rosenberg :..... | 148 |
| b. Echelle d'auto efficacité : | 149 |
| c. Stress : | 150 |
| d. Anxiété et dépression : | 152 |
| V. Points forts de l'étude et limites méthodologiques :..... | 154 |
| 1. Points forts de l'étude : | 154 |
| 2. Limites méthodologiques de l'étude :..... | 154 |
| a. Biais de désirabilité sociale :..... | 154 |
| b. Echelles psychométriques | 155 |
| 3. Perspectives de l'étude..... | 155 |
| 4. Recommandations :..... | 156 |
| CONCLUSION | 160 |
| RESUME | 163 |
| ANNEXES | 170 |
| BIBLIOGRAPHIE :..... | 187 |

INTRODUCTION

Le concept d'estime de soi est l'un des concepts les plus couramment étudiés dans les domaines de la psychologie et de la sociologie. C'est également un concept très présent dans le langage de la vie courante. Il n'existe pourtant pas de consensus sur une définition de l'estime de soi.

C'est l'estime de soi qui nous donne la force pour se relever après chaque échec, le sentiment plus ou moins favorable qu'une personne éprouve envers ce qu'elle est ou ce qu'elle croit être. C'est donc le sentiment de la valeur de soi.

Les premières définitions que l'on peut retrouver du concept de l'estime de soi remontent à la fin du 19ème siècle-début du 20ème siècle avec les travaux de James, Cooley CH et Mead GH. James fait référence aux rapports entre les succès et les prétentions des personnes dans des domaines importants de la vie (W. James, 1890). Cooley CH fait quand à lui référence à l'implication des jugements d'autrui qui seraient intériorisés et constitueraient l'image de soi-même perçue par l'individu, ce qu'il appelle le «*looking-glass self*» (Cooley CH, 1902). Mead GH reprend et étend le concept défini par Cooley CH ajoutant que ces interactions sont d'autant plus importantes qu'elles proviennent de figures importantes de la vie des individus. Ainsi, selon Mead GH, une faible estime de soi résulte du rejet, de la dévaluation ou de l'ignorance de la part des personnes importantes (Mead GH, 1934) [1].

A partir des années 1970, les travaux autour du concept de l'estime de soi s'intensifient avec Harter S, Coopersmith S et Rosenberg M dont les définitions du concept d'estime de soi sont assez similaires mais présentent quelques différences. Quand Coopersmith S définit l'estime de soi comme étant « *l'évaluation qu'un individu fait et maintient habituellement durement qu'il porte sur lui-même* » (Coopersmith S, 1967), Rosenberg M la définit comme étant « *une attitude positive*

ou négative envers un objet particulier, le moi » (Rosenberg M, 1965) [2]. Enfin, Harter S définit l'estime de soi comme « *le niveau de considération globale que l'on a pour soi en tant que personne* » tout en ajoutant une notion de pluri-dimensionnalité (Harter S, 1993) [3].

L'estime de soi est l'aboutissement d'une évaluation personnelle. En effet, consciemment ou non, nous nous appliquons à nous-mêmes une autocritique de toutes nos actions qui peuvent soit augmenter ou baisser notre estime de soi. Cependant cette notion reste une valeur variante selon la conformité entre nos actes et nos valeurs, ce qui implique que la personne qui bénéficie d'une saine estime de soi a toujours confiance en ses capacités de réussite ; Une haute estime de soi est considérée comme une solution aux problèmes personnels et sociaux [4]. Par contre, une personne dont l'estime est faible doute tellement de sa capacité de réussir et voit que c'est toujours pour les autres, jamais pour elle. Elle est considérée comme la racine de nombreux sinon de tous les maux personnels et sociaux.

Une estime de soi positive est associée au bien-être, à la réussite et à la satisfaction. Une faible estime de soi peut augmenter les risques de développer des problèmes de psychopathologie, tels que la dépression, l'anxiété, et plusieurs autres conditions psychologiques, en plus d'affecter le fonctionnement social [5]. Les spécialistes en santé mentale sont d'avis qu'une bonne estime de soi est l'un des meilleurs outils dont on puisse disposer pour faire face aux difficultés [6].

En effet, l'estime de soi considérée l'une des dimensions les plus fondamentales de la personnalité, demeure un phénomène relativement discret, impalpable, complexe et assez subjectif qui change selon les conceptions personnelles de chacun, cette notion qui a beaucoup évolué aujourd'hui vers des

considérations de réussite sociale et individuelle. La scène de recherche a noté, ces dernières années, un intérêt croissant pour cette notion qui a un effet bénéfique sur la réussite personnelle ainsi que professionnelle.

L'estime de soi est un concept dynamique, qui connaît des fluctuations durant toute la vie d'un individu. Elle est influencée par plusieurs facteurs qui se manifestent de façon quotidienne ou occasionnelle tels que le stress, l'environnement, les pathologies psychiatriques et somatiques et bien évidemment les objectifs personnels et professionnels comme le rendement et la réussite académique.

Problématique

L'importance de l'estime de soi est pointée dans des contextes variés comme l'éducation, tant au niveau des études primaires et secondaires qu'au niveau des études post-baccalauréat. D'ailleurs, L'école et l'université sont deux périodes essentielles où un individu augmente ses aspirations et vise à accroître sa performance académique, surtout que sa personnalité se construit tout au long de son enfance et adolescence et continue à se perfectionner à l'âge adulte.

Étant une période transitoire où l'estime de soi peut être particulièrement mise à l'épreuve vue les changements vécus par les étudiants, l'université implique souvent une coupure vis-à-vis du milieu familial, la rencontre d'un nouvel environnement et parfois un isolement affectif. Les conditions des études et d'encadrement sont différentes de celles de l'enseignement secondaire : la charge de travail est souvent plus importante, de même que la prise d'autonomie.

Il va de soi que l'étudiant en médecine est le plus intéressé par son estime de soi sachant qu'il passe plusieurs années de son parcours sous la pression de l'atmosphère stressante des études où il est appelé à montrer ses compétences

scientifiques, professionnelles et relationnelles. Ainsi, l'estime de soi a un impact exhaustif sur tous les aspects de la vie puisqu'elle affecte la performance académique, les interactions sociales et la santé mentale.

Alors, il nous semble intéressant de jeter la lumière sur l'estime de soi des étudiants en médecine en essayant de répondre à la question centrale : Comment peut-on évaluer l'estime de soi des étudiants en médecine, face aux différents facteurs qui l'influencent ?

Intérêt du sujet

Comme elles sont réputées être longues et difficiles, Les études médicales nécessitent un travail très acharné, un dévouement, une patience, une grande motivation et une bonne santé mentale et physique ainsi qu'un grand support et soutien familial. Les interactions entre santé, qualité de vie et réussite des études sont bien connues. Un étudiant en bonne santé a plus de chance de réussir son orientation, son parcours universitaire et donc son entrée dans le monde du travail [7]. Un étudiant dont son estime de soi est faible, risque de subir des échecs, de souffrir des problèmes psychologiques et/ou psychiatriques, et de développer des comportements et des habitudes toxiques. De tout ce qui précède, il nous semble donc judicieux de s'intéresser à évaluer l'estime de soi dans le cadre universitaire et en particulier dans le cadre des études médicales.

Subdivision du travail

Notre étude de recherche portant le thème « *Estime de Soi chez les Etudiants de la Faculté de Médecine et de Pharmacie Fès* » est divisée, en plus d'une introduction et d'une conclusion, en deux parties ; Une partie théorique et une partie pratique.

La partie théorique est divisée en trois chapitres : le premier chapitre aborde le concept de l'estime de soi ; ses définitions, ses piliers et bases et sa dynamique ; le deuxième chapitre traite, après les spécificités des études médicales, les facteurs influençant l'estime de soi notamment le rendement universitaire, l'environnement, le stress et les pathologies psychiatriques et somatiques ; et le troisième chapitre aborde l'impact de l'estime de soi sur les performances académiques et les interactions sociales.

La partie pratique est scindée également en trois chapitres : Après les objectifs de l'étude, le premier chapitre traite la méthodologie et le matériel utilisé dans l'étude notamment l'auto-questionnaire et les échelles ; le deuxième chapitre présente les résultats de l'étude descriptive notamment les caractéristiques sociodémographiques, les caractéristiques des paramètres de l'étude et les résultats des échelles, ainsi que l'étude analytique en mettant le doigt sur les corrélations nécessaires ; le troisième chapitre aborde une discussion des résultats obtenus avec ceux des données de la littérature.

PARTIE THEORIQUE :
ETAT DES CONNAISSANCES
ACTUELLES SUR L'ESTIME DE
SOI :

L'estime de soi est un concept psychologique qui renvoie au jugement global positif ou négatif qu'une personne a d'elle-même [8], C'est l'évaluation qu'une personne fait de sa propre valeur. L'estime de soi n'est pas qu'une question de regard sur soi, elle est aussi ce ressenti émotionnel global qui nous envahit lorsqu'on pense à soi [9]. Elle inclut également notre perception des jugements des autres sur soi, et se manifeste à travers nos émotions (fierté, confiance ou honte, méfiance ...), nos comportements (s'effacer ou s'affirmer) et nos pensées (autodénigrement ou valorisation intérieure). L'estime de soi peut fluctuer dans le temps et selon les événements vécus.

Une estime de soi positive est associée au bien-être, à la réussite et à la satisfaction. Une faible estime de soi peut augmenter les risques de développer des troubles psychiatriques tels que la dépression, l'anxiété, et plusieurs autres conditions psychologiques, en plus d'affecter le fonctionnement social [5]. Les spécialistes en santé mentale sont d'avis qu'une bonne estime de soi est l'un des meilleurs outils dont on puisse disposer pour faire face aux difficultés [6].

Après avoir contourné le concept par la présentation des différentes définitions, piliers et la dynamique de l'estime de soi dans un premier axe, nous allons traiter les facteurs interférant dans l'estime de soi notamment les facteurs psychologiques, environnementaux, pathologies psychiatriques ou somatiques, pour finir par l'étude de l'estime de soi chez les étudiants en médecine dans un troisième axe comprenant les spécificités des études médicales, les facteurs influençant l'estime de soi et l'impact de ce dernier dans les performances académiques et les interactions sociales.

I. Concept de l'estime de soi :

L'estime de soi est devenue aujourd'hui une aspiration légitime aux yeux de tous, considérée comme une nécessité pour survivre dans une société de plus en plus compétitive. La scène de recherche en éducation a noté, ces dernières années, un intérêt croissant pour cette notion qui a un effet bénéfique sur la réussite personnelle ainsi que professionnelle.

Elle est définie comme étant l'opinion que chaque individu a de lui-même et qu'il maintient. C'est l'expression d'une satisfaction ou insatisfaction personnelle. La définition de l'estime de soi a progressivement évolué en fonction des auteurs (1), elle est fondée sur un ensemble des bases et piliers (2), c'est un concept dynamique construit à partir des premières années de vie et évolue à tous les âges (3).

1. Définition de l'estime de soi :

L'estime de soi se compose de deux notions qu'on doit expliquer avant d'aborder les perspectives des grands pionniers à savoir Estimer et Soi.

Le terme « estimer », du latin «oestimare», signifie « *déterminer une valeur, avoir une bonne opinion de quelqu'un, de son œuvre, de son action, en faire grand cas* ». (Dictionnaire Petit Robert).

A partir de cette définition, on peut dire que l'estime de soi est le fait de se donner une valeur, de jeter un œil appréciatif ou dépréciatif de nous-mêmes. Alors, il serait indispensable de s'attarder à expliquer le concept de soi étant le destinataire et le destinataire de l'estime de soi :

Selon Rogers C : « le concept de soi est une représentation de soi-même, ce qu'un individu croit posséder ». Un individu se définit selon des attributs tel que physique (taille, poids, couleur de cheveux), cognitif (façon d'organiser notre environnement), social (capacité à interagir avec les changements de l'environnement) et affectif (personnalité ; intra/extraverti, susceptible, irritable). De même, James W pense que le soi se décompose en soi-objet et soi-agent. Le soi en tant qu'objet réfère à la connaissance et à l'évaluation de nous-mêmes. Le soi en tant qu'agent est une structure exécutive du système mental qui dirige et contrôle les expériences, les pensées et les actes. James a fait la distinction entre le soi matériel (tout ce qui m'est propre ; mes mains et mes yeux), le soi social (la reconnaissance qu'ont mes amis de moi ; comme joueur de piano, etc.), et le soi connaissant (ma conscience momentanée, le soi qui lit cette thèse).

En effet, l'estime de soi ne se construit pas seulement de ce qu'on est mais aussi de ce que les autres pensent de nous.

Il s'agit d'un concept assez compliqué qui relève de plusieurs domaines, c'est pourquoi il a été abordé et étudié par plusieurs pionniers :

1.1. William James :

William James psychologue américain (né le 11 janvier 1842 à New York, mort le 26 août 1910 à Chocorua dans le New Hampshire), le précurseur de la psychologie sociale définit l'estime de soi comme étant l'évaluation qu'une personne a d'elle-même, correspondait au rapport entre ses aspirations et les succès qu'elle parvient à accomplir, La formule qu'il propose donc pour définir l'estime de soi est la suivante: $\text{estime de soi} = \frac{\text{réussites (réalisations)}}{\text{aspirations (prétentions)}}$. Ainsi, la personne peut modifier son degré d'estime de soi en diminuant le dénominateur aussi bien qu'en augmentant le numérateur.

Donc, Ce pionnier a considéré l'estime de soi comme la cohésion entre les aspirations et les succès. Pour James, l'estime de soi est la conscience de la valeur du soi et elle se situe à l'intérieur de la personne. Le poids de cette valeur repose sur l'importance que la personne accorde à ses différents types de Moi [10].

Alors, selon James W, la valeur que la personne donne à elle-même est toujours subjective car elle dépend de ses attentes et ses ambitions et non pas de ses vraies compétences. Autrement dit, ce qui est un échec pour nous peut être un grand succès pour les autres. A titre d'exemple un étudiant qui a reçu sa License avec la mention « bien » ; ce résultat sera un succès pour l'étudiant qui craignait de ne pas y arriver, mais un échec pour l'étudiant qui visait la mention « très bien ». Ainsi notre estime de soi dépend de ce que nous aspirons faire et devenir, d'une autre façon plus claire. L'évaluation qu'on apporte à nous-mêmes est directement reliée à nos prétentions, notamment l'échec dans un domaine qui ne relève pas de nos attentes n'altère pas notre Estime de Soi, par contre la non réalisation de nos aspirations dans un domaine qui nous intéresse peut diminuer la valeur que nous attribuons à nous-mêmes. Citons à ce propos cette affirmation de James : *"nous nous estimons en ce monde exactement d'après ce que nous prétendons être et prétendons faire; nous prenons pour mesure de notre valeur le rapport qu'il y a entre les résultats que nous obtenons et ceux que nous pensons obtenir"* (James 1980).

1.2. Cooley :

Charles Horton Cooley (1864–1929) sociologue américain, jette la lumière à travers ses études sur l'impact de la société au niveau de l'évaluation de Soi, il va jusqu'à considérer que chaque individu n'est qu'un miroir qui reflète l'image qu'il a aux yeux des autres. Ainsi, il avance l'idée d'un "Soi miroir" ou "Soi réfléchi". Il s'agit

de la théorie du *"looking glass self"*, selon laquelle le sentiment de valeur de soi serait une construction sociale façonnée par les interactions avec l'entourage, et cela dès l'enfance. Autrement, c'est le regard des autres qui influence notre opinion que nous construisons de nous-mêmes. Le regard positif des autres est ainsi un déterminant important de l'estime de soi. Une opinion positive des autres peut augmenter notre estime de Soi, cependant, une opinion négative peut la diminuer.

L'estime de soi est intimement liée à la nature des premières interactions; l'enfant plus jeune est particulièrement sensible au regard de ses parents (Harter, 1999). En plus d'être une source motivationnelle, l'approbation d'un adulte fournit à l'enfant de l'information sur sa performance et lui reflète une image de lui plus ou moins favorable qu'il intériorise avec l'âge. Avec l'avènement de la pensée critique, le jeune intérioriserait les normes de réussite et d'échec valorisées par son environnement social (ex: parents et pairs) et les utiliserait, en plus du renforcement social, pour évaluer ses propres compétences dans différents domaines de vie. [10]

Ce sociologue affirme que l'âge de l'enfance est le plus concerné par la théorie du Soi-miroir, sachant que l'enfant réagit toujours selon les appréciations et les dépréciations des autres notamment de ses parents. Durant cette période, l'enfant intériorise les critères et les normes de réussite et d'échec valorisées par son environnement social. En effet, L'estime de soi est intimement liée à la nature de ses premières interactions.

Cooley CH postule donc que l'autre est un miroir qui reflète l'image que nous devons avoir de nous-mêmes et qui se définit par les critères de la société. Enfin, on peut assurer que l'estime de soi n'est pas seulement une évaluation personnelle, c'est aussi une anticipation ou une estimation de l'évaluation d'autrui.

1.3. Rosenberg :

Morris Rosenberg (Psychologue social, Etats-Unis) a participé de façon importante à la compréhension et au développement du concept de l'estime de soi, notamment par sa dimension sociale.

Il définit L'estime de Soi comme étant une attitude positive ou négative à propos de soi-même. Ainsi il considère qu'une estime de soi élevée est un indicateur d'acceptation, de tolérance et de satisfaction personnelle, tout en excluant les sentiments de supériorité et de perfection. Autrement dit, une personne qui a une Estime de Soi haute ressent qu'elle est une personne de valeur et respecte elle-même sans percevoir qu'il est supérieur aux autres. C'est à dire que cette Estime élevée implique le respect de soi-même. Rosenberg M a différencié ce respect en deux types, un respect inconditionnel et un autre conditionnel, le premier suppose que l'individu se respecte en tant qu'être humain, indépendamment de ses qualités ou de son *accomplissement*, alors que le respect conditionnel comporte une congruence entre les standards personnels de compétence, de moralité, d'excellence et les sentiments d'accomplissement à l'égard de ces standards. A partir de cette distinction, on peut conclure que c'est le respect conditionnel qui consiste de trancher entre une personne qui a une estime de soi élevée et une autre qui a une faible estime de soi.

Ce pionnier a considéré donc l'estime de soi comme étant une attitude, cette définition introduit alors la notion de dignité et de valeur personnelle. Ainsi, il ouvre la porte aux rôles que pouvait jouer les systèmes de valeurs et de normes dans l'univers de l'estime de soi. Ces valeurs sont fortement liées à nos interactions interpersonnelles, ce qui permet de comprendre l'estime de soi d'un point de vue sociologique.

La définition de Rosenberg M (1965) a obligé la communauté scientifique de l'époque à se questionner sur plusieurs nouveaux aspects, à savoir si les valeurs profitables à l'estime de soi devaient être celles acceptées par la culture dans laquelle l'individu ciblé se développe et évolue, à son groupe d'appartenance, ou s'il pouvait plutôt être question de valeurs davantage liées à des préférences personnelles. Également, à savoir si l'estime de soi était véritablement basée sur des valeurs humaines fondamentales, par lesquelles tout le monde serait concerné. [11]

La perspective de Rosenberg M incite donc sur l'importance de la culture et les valeurs personnelles de chacun dans la compréhension et le développement de l'estime de soi.

Plusieurs auteurs et psychologues ont essayé de définir l'estime de soi, mais à quoi est fondée l'estime de soi ?

2. Bases et Piliers de L'estime de Soi :

L'estime de soi est un ensemble de convictions basées sur trois piliers soit l'amour de soi, la vision de soi et la confiance en soi, d'où l'importance d'un équilibre entre eux afin d'obtenir une saine estime de soi.

2.1. Amour de Soi :

L'amour de soi prédomine les deux autres piliers. Il en résulterait de s'aimer malgré ses défauts et ses limites, malgré les échecs et les revers, simplement parce qu'une voix intérieure nous indique que l'on mérite l'amour et le respect des autres et surtout de nous-mêmes. Cet amour de soi « inconditionnel », ne dépendrait pas des performances. Il permettrait plutôt de résister à l'adversité et/ou de se reconstruire suite à un échec. Il n'empêcherait ni la souffrance, ni le doute en cas de difficultés, mais il protégerait par contre du désespoir (André, 2008) [11].

DuclosG dans son livre « L'estime de soi, un passeport pour la vie » affirme que « *on ne naît pas avec une image de soi toute faite. Les enfants apprennent d'abord à se voir dans les yeux des personnes qui sont importantes pour eux : leurs parents, leurs frères et sœurs, leurs enseignants et, enfin, leurs amis. La période de l'attachement est fondamentale dans le développement psychique de tout être humain. Elle constitue le noyau de la base de l'estime de soi. Ce premier sentiment d'une valeur personnelle s'enrichit, par la suite, de rétroactions (feed-back) positives de l'entourage qui confirment à l'individu ses forces, ses qualités et ses réussites. Lorsque, le bébé, l'enfant s'aperçoit qu'on répond à ses pleurs et qu'on le dorlote, il construit le sentiment intérieur de son importance* » [12].

Cependant, l'amour de soi dépend en grande partie de nos familles, c'est à dire de l'amour donné par nos parents surtout à l'âge de l'enfance, et de la manière dont ils nous transmettent les messages et nous rassurent qu'on est compétents et aptes d'atteindre nos objectifs même lors des déceptions. Par contre, si l'enfant avait une carence à cet âge, il va avoir une faible estime de soi et ressent toujours qu'il est inférieur aux autres, et ça sera très difficile de rattraper cette lacune car il peut même développer un trouble de la personnalité qui sera la base d'échec relationnel.

Selon André C (2008), les personnes qui se sentent inférieurs aux autres, n'arriveraient pas à croire que quelqu'un d'autre voudrait vivre avec eux, simplement par amour. Ces personnes se croiraient profondément indignes, inférieures aux autres ou simplement pas à la hauteur des attentes de l'autre et ainsi, réussiraient à se convaincre qu'elles finiront par décevoir l'autre. En soi, qu'elles ne méritent pas l'amour de l'autre. [11], Autrement dit, lorsque l'on ne s'aime pas, il est difficile de

croire en l'amour que les autres portent sur nous. On ne comprend pas comment les autres peuvent nous aimer.

L'amour de soi serait donc l'élément le plus important puisqu'il repose sur l'amour que l'on se porte et permet de se relever suite à des échecs et de rester debout dans l'adversité. Cet amour inconditionnel est hérité des parents qui transmettent le message à leurs enfants qu'ils ont de la valeur non seulement pour eux mais pour l'humanité. De ce fait, peut expliquer l'origine des carences affectives et dans certains cas, les troubles de la personnalité.

2.2. La vision de soi :

Le deuxième pilier est celui de la vision de soi, qui signifie le regard ou l'impression que l'on se porte subjectivement de soi sur soi. Autrement, c'est l'évaluation que l'on se fait de nos forces et de nos faiblesses.

André C dans son livre : « L'estime de soi, S'aimer pour mieux vivre avec les autres » a défini La vision de soi comme étant l'évaluation que fait la personne de ses qualités et de ses défauts, le regard qu'elle porte sur elle-même. Il ne s'agirait pas seulement de connaissance de soi, puisque l'important ici ne serait pas tant la réalité des choses, mais plutôt la conviction que la personne aurait d'être porteuse de ces qualités ou de ces défauts, de potentialités et de limitations [13]. Dans cette notion, la subjectivité prend une place très importante car cette vision diffère d'une personne à une autre et de la conviction que la personne aurait d'être porteuse de qualités ou de défauts.

André C affirme aussi qu'une personne détenant une faible vision de soi aura un regard critique envers elle-même et s'attribuera des défauts que l'entourage ne perçoit pas. Ce qui nous permet de comprendre pourquoi certaines personnes, dont l'estime est souvent basse, voient en eux-mêmes des défauts que leur entourage ne

voit pas. Citons à ce propos l'exemple qui a abordé André C. (1999) : *[Visiblement, déclare une mère à propos de sa fille aînée, nous ne le voyons pas avec les mêmes yeux qu'elle. Elle n'arrête pas de nous dire qu'elle se trouve moche. J'ai pourtant l'impression d'avoir une fille de seize ans jolie et intelligente, et c'est comme ça que nos amis la voient aussi. Lorsque nous essayons d'en discuter elle, c'est comme-ci nous ne parlions pas la même langue]* [14]. Cependant, si cette vision de soi est positive, elle donne une force intérieure qui nous aide à réussir malgré les difficultés qu'on peut rencontrer dans la vie et nous permet de les confronter avec un maximum d'effort.

La vision qu'on a de soi est incontestablement influencée par l'entourage familial et social ; Berne E l'a bien confirmé avec sa célèbre citation : « *Tous les enfants naissent princes ou princesses, ce sont les parents qui les transforment en crapauds* ». Donc, tout comme l'amour de soi, la vision de soi se forgera à travers l'environnement familial et en particulier, des projets « déposés » par les parents aux enfants. Parfois, l'enfant est chargé inconsciemment par ses parents d'accomplir ce qu'ils n'ont pas pu réaliser dans leur vie. Par exemple, un père qui n'a pas pu continuer ses études et occuper un poste d'ingénieur comme il a rêvé toujours incitera son fils à intégrer une grande école d'ingénierie. Par conséquent, si cette tâche est incompatible avec les désirs de l'enfant, ses ambitions et ses compétences propres, cet enfant sera victime de son incapacité à réaliser la grande vision que ses parents caressent pour lui.

En général, la vision que l'on a de soi est un élément fondateur de la personnalité et de la confiance que l'on peut développer en soi.

2.3. La confiance en Soi :

La confiance en Soi serait le troisième pilier de l'estime de Soi. On assimile souvent cette notion avec l'estime de soi. « Être confiant, c'est penser que l'on est capable d'agir de manière adéquate dans les situations importantes » [14]. Ce concept est facilement identifiable, il suffit d'étudier les réactions de l'individu face à une situation nouvelle ou devant un enjeu. C'est la conséquence de l'amour de soi et de la vision de soi.

Ce pilier a un rôle primordial car l'estime de soi aurait besoin d'actions quotidiennes pour se maintenir ou se développer, en effet, des petits succès au quotidien sont nécessaires pour notre équilibre psychologique.

La confiance en soi proviendrait principalement du mode d'éducation qui aurait été prodigué en milieu familial et scolaire, par exemple à l'école : Pour un enseignant, donner confiance à un élève c'est exposer les échecs comme une conséquence possible et non effroyable de ses faits, c'est aussi le récompenser et le gratifier autant pour ses réussites que d'avoir essayé de réussir. Il faut alors encourager les enfants à accepter les échecs au lieu d'en conclure qu'il vaudra mieux de ne pas agir et de leur apprendre à tirer des leçons de leurs échecs, au lieu de baisser les bras et ainsi perdre cette confiance en lui. Autrement dit, l'éducateur doit aider l'enfant à voir la difficulté comme étant un défi à relever et lui faire comprendre qu'il a la capacité de le faire s'il utilise des bons moyens et fournit le maximum de son effort. Ce faisant, il lui démontre qu'il a confiance en ses capacités, cela encourage l'enfant et lui donne beaucoup d'espoir.

Cependant, les personnes qui ont une confiance en soi insuffisantes sont souvent victimes d'inhibition et doutent en leur capacité, André C a bien illustré cette idée par l'exemple suivant : *[Au fond, dit ce VRP de trente ans, je pense que je*

suis plutôt quelqu'un de sympa, avec des possibilités. Je vois bien que j'aimerais faire, en tout cas je suis capable d'en rêver. Ça me paraît possible d'y accéder. Mais à ce jour, je n'ai toujours rien mis en œuvre pour y arriver. Je voudrais, par exemple, arrêter mon boulot de commercial et devenir enseignant. Mais il faudrait que je reprenne des études, j'ai peur de ne pas y arriver. Et parfois je doute de mon choix : et si je n'étais pas doué pour ce métier ? J'aurais laissé la proie pour l'ombre... [14].

Finalement, le sentiment de confiance est un préalable fondamental à l'estime de soi, alors, il faut le ressentir et le vivre afin d'être disponible pour réaliser des apprentissages qui vont nourrir l'estime de soi et d'envisager l'avenir avec espoir.

Pour conclure, On peut dire que ces trois piliers de l'estime de soi sont liés. Si l'un d'eux est faible, les autres s'affaibliront de la même façon, ils entretiendraient donc des liens d'interdépendance : L'amour de soi (se respecter quoiqu'il arrive, écouter ses besoins et ses aspirations) faciliterait une vision positive de soi (croire en ses capacités, se projeter dans l'avenir) qui à son tour, influencerait favorablement la confiance en soi (agir sans crainte excessive de l'échec et du jugement d'autrui). Il arrive cependant, selon André C(1999) que chez certaines personnes, ces dimensions sont dissociées. Ainsi, une personne ayant une vision de soi fragile et une confiance en elle superficielle, pourrait voir son estime de soi s'effondrer face à un obstacle persistant dans le temps. Le tableau n°1 résume ces trois piliers selon la perspective de Christophe André :

| | Amour de soi | Vision de soi | Confiance en soi |
|--------------------------------------|--|---|--|
| Origines | Qualité et cohérence des «nourritures affectives» reçues par l'enfant | Attentes, projets et projections des parents sur l'enfant | Apprentissage des règles de l'action (oser, persévérer, accepter les échecs) |
| Bénéfices | Stabilité affective, Relations épanouissantes avec les autres, résistance aux critiques ou rejets | Ambitions et projets que l'on tente de réaliser, résistance aux obstacles et aux contretemps | Action facile et rapide résistance aux échecs, agir au quotidien |
| Conséquences en cas de manque | Doutes sur ses capacités à être apprécié(e) par autrui, conviction de ne pas être à la hauteur, image de soi médiocre même en cas de réussite matérielle | Manque d'audace dans ses choix existentiels, conformisme, dépendance aux avis d'autrui, peu de persévérance dans ses choix personnels | Inhibition, hésitations, Abandon, manque de persévérance |

Tableau 1 : Les trois piliers de l'estime de Soi [14]

L'amour de soi, la vision de soi et la confiance sont les principaux piliers de l'estime de soi qui permettent de construire une estime de soi depuis l'enfance passant par l'adolescence jusqu'à l'âge adulte, ce qui explique le caractère de dynamisme de l'estime de soi.

3. La dynamique de l'estime de soi :

Il est primordial de situer l'estime de soi dans la perspective de développement. Si on se base sur *la pyramide des besoins décrite par Abraham Maslow (1954)*, on va trouver que l'estime de soi occupe le quatrième rang dans la hiérarchie de ces besoins. Au premier niveau, on retrouve les besoins physiologiques qui sont des besoins vitaux et typiquement des concrets (manger, boire, dormir, se vêtir, se reproduire...), si on veut aider un enfant à développer son estime de soi, il faut d'abord s'assurer que ces besoins sont satisfaits. Au second niveau, on a les besoins de sécurité qui proviennent de l'aspiration de chacun d'entre nous à être protégé physiquement et moralement. Il faut donc voir à ce que cet enfant vive dans un état de sécurité physique et psychologique qui lui permet d'intégrer une attitude de confiance en soi et aux autres. Les besoins d'appartenance à un groupe qu'il soit social ou relationnel (avoir des amis, faire partie intégrante d'un groupe cohésif, se sentir accepté, ne pas se sentir seul ou rejeté...) forment le troisième niveau de la pyramide de Maslow. Le premier groupe d'appartenance d'une personne est la famille, les besoins sociaux sont les besoins d'intégration à un groupe. Chaque personne peut appartenir à plusieurs groupes identifiés. Ces relations sont en quelque sorte la nourriture psychique de tout être humain. Il faut donc évaluer si l'enfant fait partie d'un réseau relationnel auquel il peut se référer pour vivre un sentiment d'appartenance.

Ce n'est que lorsque ces trois niveaux de besoins sont comblés, au moins en grande partie que la personne est en position de développer une estime de soi qui occupe alors la quatrième place dans cette pyramide, suivie par les besoins d'auto-accomplissement correspond au besoin de se réaliser, d'exploiter et de mettre en valeur son potentiel personnel dans tous les domaines de la vie.



Figure 1 : Pyramide des besoins de Abraham Maslow

L'image ci-dessus montre les cinq niveaux de la pyramide par ordre d'importance, la satisfaction des besoins d'un niveau engendrant les besoins du niveau suivant. Cependant, on ne peut agir sur les motivations "supérieures" d'une personne qu'à la condition que ses motivations primaires (besoins physiologiques et de sécurité) soient satisfaites.

Le temps aurait un impact de deux façons dans le phénomène de l'estime de soi. En premier lieu, s'instaurerait chez chaque individu au cours de la maturation et de l'accumulation des réussites et des échecs à travers les défis vécus, une compréhension de base de ce qu'il est (conscience et concept de soi). Par conséquent, il serait possible de catégoriser une personne comme ayant une haute ou une basse estime de soi. Maintenir stable une estime de soi serait un défi et en ce sens, les mécanismes de défenses, l'identité et les apprentissages accumulés serviraient tous ardemment à la cause d'une estime de soi raisonnablement stable (Mruk, 1999). Dans un deuxième temps, les contraintes de la vie demandent une adaptabilité constante pour survivre, donc la capacité d'être flexible. Ainsi, l'état de chaque estime de soi est appelé à changer lui aussi de façon temporaire dans le temps [11].

Duclos Ga confirmé dans son livre « L'estime de soi, un passeport pour la vie » que l'estime de soi se développe selon un processus continu qui se poursuit au cours de toutes les phases de développement. En plus des défis et besoins propres de chacune des phases, les apprentissages, plus simples que complexes, influencent énormément ce processus dynamique, intégré au développement, qui connaît des progressions subites et des régressions temporaires. L'estime de soi est donc variable et cyclique.

Duclos G ajoute que l'estime de soi peut se développer à tout âge et varie selon les étapes de la vie. Il considère aussi les premières années de la vie comme étant le fondement psychique de l'être humain. Mais, cela n'empêche pas que chaque autre étape de la vie comporte ses propres particularités et enjeux, ce qui donne un dynamisme à l'estime de soi qui ne cesse de s'enrichir en fil des expériences vécues. Ainsi, grâce à la conscience de la valeur de ses compétences, une personne réussit à créer des mécanismes adaptatifs avec les nouvelles situations dans sa vie. En effet, la conscience et la satisfaction personnelle d'avoir surmonté une épreuve ou relever un défi augmentent l'estime de soi et donnent de l'espoir face à l'avenir.

A la fin de cet axe, on peut dire que l'estime de soi est le résultat d'expériences vécues durant l'enfance et continue à se développer durant toute la vie. Une haute estime de soi permet une bonne intégration scolaire, professionnelle, sociale, et familiale. Il existe une relation significative entre l'estime de soi et la psychopathologie. Sur un plan psychothérapeutique, il apparaît particulièrement intéressant de resituer l'importance de l'estime de soi dans la compréhension de la sévérité ou de la fréquence de certains troubles psychiatriques ou comportements à

risque, à l'adolescence et également à l'âge adulte, ce qui permet des interventions thérapeutiques plus spécifiques.

Plusieurs facteurs interfèrent dans l'estime de soi, notamment des facteurs psychologiques, des facteurs environnementaux, des pathologies psychiatriques et des pathologies somatiques.

II. L'estime de soi chez les étudiants en médecine

Après avoir abordé dans le premier chapitre le concept de l'estime de soi, ses piliers et sa dynamique, nous allons traiter dans ce 2^{ème} chapitre l'estime de soi chez les étudiants en médecine. Pour se faire, nous allons commencer par les spécificités des études médicales, aborder ensuite les facteurs influençant l'estime de soi, pour finir par discuter l'impact de l'estime de soi sur les performances académiques et les interactions sociales.

1. Spécificités des études médicales

Les études médicales sont réputées être longues et difficiles. Elles marquent un passage vers l'autonomie, l'indépendance et la vie adulte. De nombreux changements interviennent et peuvent déstabiliser certains étudiants. Ils impliquent souvent une coupure du milieu familial, la rencontre d'un nouvel environnement et un changement de mode de vie. Les conditions de formation et d'encadrement sont différentes de celles de l'enseignement secondaire [7]. Les études médicales nécessitent un travail très acharné, un dévouement, une patience, une grande motivation et une bonne santé mentale et physique ainsi qu'un grand support et soutien familial. Les interactions entre santé, qualité de vie et réussite des études sont bien connues. Un étudiant en bonne santé a plus de chance de réussir son orientation, son parcours universitaire et donc son entrée dans le monde du travail [7].

Les étudiants en médecine sont confrontés à des exigences élevées qui entraînent souvent de l'anxiété, de la dépression et retentissent sur les niveaux de réussite. À long terme, des niveaux élevés de stress psychologique peuvent conduire à des maladies psychiatriques, psychosomatiques ou des situations de crise pouvant se compliquer chez certains étudiants par des comportements suicidaires [15].

Au Maroc, les études médicales sont parmi les études supérieures les plus longues. A la fin du cursus, le futur médecin est habilité à faire de plus en plus d'actes, et reçoit finalement le diplôme d'État de docteur en médecine, à l'issue de la soutenance de sa thèse.

Elles se déroulent en trois cycles au sein de l'une des sept Facultés de médecine et de pharmacie (Tableau 1) associées à l'un des sept centres hospitaliers universitaires (CHU). Leur durée totale varie de 7 ans (médecine générale) à 13 ans (spécialités). Les études se déroulent comme suit :

- Un premier cycle de sciences précliniques : première et deuxième années ;
- Un deuxième cycle : troisième, quatrième et cinquième année ;
- Un troisième cycle : sixième année ; septième année ; internat et résidanat.

L'accès à la spécialité médicale se fait de deux manières :

- La voie de l'internat du CHU ;
- La voie du concours de résidanat.

Les étudiants ayant réussi leur cinquième année et validé tous les stages peuvent passer le concours d'internat. Les internes valident deux années d'internat au CHU (quatre semestres (six mois pour chaque semestre)) : médecine, chirurgie, pédiatrie ou gynécologie obstétrique et le stage de désidérata à l'issue desquelles ils sont nommés résidents sur titre. Les docteurs en médecine passent le concours de résidanat et sont nommés résidents sur concours. La durée du résidanat varie de quatre à cinq ans (quatre ans pour les spécialités médicales et la biologie, cinq ans pour les spécialités chirurgicales et la médecine interne). A la fin du résidanat, un examen de fin de spécialité donne accès au diplôme de spécialité.

2. Facteurs influençant l'estime de soi

L'estime de soi est un concept dynamique, variable dans le temps, qui connaît des fluctuations durant toute la vie de la personne. Malgré que la majorité de la construction de la personnalité d'un individu se fait à l'enfance avec les premières perceptions de la vie, des personnes, des relations humaines, etc. ou à l'adolescence, notamment la perception de soi, son apparence physique, son importance dans la société ... L'estime de soi ne cesse de se développer à l'âge adulte notamment à l'entrée d'autres facteurs tels que l'accès à la vie universitaire, la responsabilité, le stress des études et du travail, etc.

2.1. Rendement universitaire

Devenir étudiant marque un passage vers l'autonomie, l'indépendance et la vie adulte. De nombreux changements interviennent et peuvent déstabiliser certains jeunes. L'entrée à l'université implique souvent une coupure vis-à-vis du milieu familial, pas toujours choisie, la rencontre d'un nouvel environnement et parfois un isolement affectif. Les conditions des études et d'encadrement sont différentes de celles de l'enseignement secondaire : la charge de travail est souvent plus importante, de même que l'autonomie. Ainsi, le mode des études change, tout en se retrouvant dans une promotion de 400 étudiants ou plus, la relation professeur-étudiant, est moins importante qu'au niveau des études secondaires, et la participation orale est généralement moins notable. Tout ce qui compte c'est de réussir les examens et valider le semestre avec le meilleur résultat possible.

Parmi cette population, les étudiants en médecine représentent le meilleur exemple, avec un programme des études très long, une charge énorme des modules et des stages pratiques tout au long du cursus universitaire. Un étudiant en médecine, qui était le meilleur de sa promotion lors des études secondaires, se

retrouve devant un environnement difficile où il objective le rendement universitaire, ce qui lui rend sensible aux difficultés psychologiques et lui prédispose aux pathologies psychiatriques notamment le stress, la dépression, l'anxiété, troubles de l'estime de soi, etc.

Le rendement universitaire désigne l'évaluation des connaissances acquises dans le cadre des études post-baccalauréat. Un étudiant ayant un bon rendement universitaire est celui qui obtient des notes positives aux examens de fin de semestre et valide ses périodes de stage pratique qu'il fait tout au long de l'année universitaire. Autrement dit, le rendement universitaire sert à mesurer les capacités de l'étudiant, tout en révélant ce qu'il a appris au cours du processus formatif.

Le psychologue américain *James W* a défini l'estime de soi comme étant l'évaluation qu'une personne a d'elle-même, correspondait au rapport entre ses aspirations et les succès qu'elle parvient à accomplir. Selon lui, Un individu a une forte estime de lui-même lorsque ses réalisations correspondent à ses aspirations; et, réciproquement, une personne qui n'arrive pas à actualiser ses aspirations à tendance à avoir une estime de soi faible.

L'école et l'université sont deux périodes essentielles où un individu augmente ses aspirations et vise le succès, surtout que sa personnalité se construit tout au long de son enfance et adolescence et continue à se perfectionner à l'âge adulte.

Généralement, l'estime de soi des individus est directement liée aux attentes de ces derniers. Plus les attentes sont élevées, plus l'échec semble affecter l'estime de soi de la personne. La perception qu'a un individu de lui-même semble être également une caractéristique influençant l'estime de soi. Lorsqu'un individu a des perceptions par rapport à ses réussites et ses échecs, on constate qu'il est

davantage en mesure de trouver une issue à ses difficultés pour autant qu'il pense avoir un certain contrôle sur les causes de l'échec.

Lorsqu'on parle de rendement scolaire, on se réfère surtout au concept d'échec scolaire.

Les espérances et les aspirations se différencient d'un individu à l'autre, c'est une notion relative. Une mention "passable" est suffisante pour un individu qui fixe l'objectif de réussir qu'il que soit le résultat. Tandis que cette mention se considère comme un échec pour un élève qui espère réussir avec mention "bien ou très bien".

Si l'on considère les réactions engendrées par l'échec, on constate que la force de l'impact est étroitement liée aux attentes du sujet. En d'autres termes, lorsque l'objectif visé n'est pas atteint, l'ampleur de l'impact est plus grande, lequel influence la perception ainsi que l'estime de soi de la personne [16].

Il existe une relation de réciprocité entre le rendement académique et l'estime de soi. Cette réciprocité de la relation entre le rendement académique et l'estime de soi fait que les attentes jouent un rôle doublement important dans le développement psycho-éducatif d'un étudiant. En effet, plus les attentes de celui-ci sont justes et près de la réalité, plus la valeur qu'il s'accorde est juste et réelle, et par conséquent il pourrait mieux faire face aux situations de difficultés et pouvoir y remédier [16].

La performance académique a toujours été un domaine important de comparaison de statut entre élèves. Certains auteurs (La Beanne WD et Greene BI, 1969 [17] ; Purkey WW, 1970 [18] ; Rosenberg M, 1977) ont trouvé des preuves considérables que l'estime de soi est lié au rendement scolaire. Par extension, le rendement scolaire est un corrélat de l'engagement scolaire. De plus, certains chercheurs ont noté que les enfants à faible estime de soi obtiennent

éventuellement des notes plus faibles ou se retirent généralement des activités académiques (Bledsoe J, 1964 [19] ; Rosenberg M et Simmons R, 1972 [20]).

En s'appuyant sur la revue de littérature, de nombreuses recherches ont validé l'hypothèse qu'une haute estime de soi est associée à la réussite scolaire (Marsh H, Byrne B et Yeung A 1999 [21]) et qu'un concept de soi positif est souhaitable pour le développement personnel des enfants (Branden N, 1994 [4]). Certains chercheurs ont trouvé des preuves de la nature réciproque de l'estime de soi et de la réussite scolaire des adolescents, mais les résultats ne sont pas cohérents entre les études ni documentés, ainsi que l'influence bidirectionnelle entre la conception de soi spécifique au domaine et la réussite scolaire. Par exemple, une étude portant sur 838 élèves du secondaire aux États-Unis a révélé une relation significative entre l'estime de soi et les résultats scolaires des élèves de septième année, mais pas de la neuvième (Alves-Martins M et al.2002 [22]).

Les travaux de recherche de Baumeister RF, Campbell JD, Krueger JI et Vohs KD, (2003) estiment qu'une haute estime de soi est en partie le résultat de bons résultats scolaires [23]. Il n'a pas été démontré que les efforts visant à renforcer l'estime de soi des élèves améliorent les résultats scolaires et peuvent parfois être contre-productifs. Le rendement au travail chez l'adulte est parfois lié à l'estime de soi, bien que les corrélations varient considérablement et que le sens de la causalité n'a pas été établi. La réussite professionnelle peut stimuler l'estime de soi plutôt que l'inverse. Alternativement, l'estime de soi ne peut être utile que dans certains contextes professionnels. Les études en laboratoire ont généralement échoué à trouver que l'estime de soi entraîne de bonnes performances de la tâche, à l'exception importante que l'estime de soi élevée facilite la persistance après l'échec.

Lane J, Lane AMet Kyprianou A ont étudié les relations entre l'auto-efficacité, l'estime de soi, les réalisations antérieures et les résultats scolaires d'un échantillon de 205 étudiants de troisième cycle. Les participants ont complété des mesures des performances passées, de l'estime de soi et de l'auto-efficacité au début d'un cours de 15 semaines. La note moyenne de chaque élève des modules étudiés a été utilisée comme mesure du rendement. Les résultats de la corrélation ont indiqué des relations significatives entre l'auto-efficacité et l'estime de soi en milieu universitaire [24].

Aryana M (2010) met en évidence la relation entre l'estime de soi et la réussite scolaire des étudiants pré-universitaires. En outre, il visait à déterminer s'il existe des différences de réussite scolaire entre les garçons et les filles. Les objectifs de cette étude ont été atteints en utilisant le questionnaire Coopersmith S et la note des étudiants dans leurs semestres actuels et précédents. Les résultats ont démontré qu'il y avait une relation positive significative ($p < 0,01$) entre l'estime de soi et la réussite scolaire. Les résultats suggèrent qu'une haute estime de soi est un facteur important et renforce la prédiction du rendement scolaire des élèves [25].

En utilisant une méthodologie mixte, cette recherche examine la relation entre l'estime de soi et la réussite scolaire des jeunes adolescents dans deux contextes culturels occidentaux: les États-Unis et l'Angleterre. Des données quantitatives et qualitatives de 86 adolescents nord-américains et 86 britanniques ont été utilisées pour examiner les liens entre l'estime de soi et la réussite scolaire du début à la fin de leur année scolaire au cours de leurs 11^e à 12^e années. Pour les deux échantillons, les résultats quantitatifs ont démontré que l'estime de soi à l'automne était liée à de multiples indicateurs du rendement scolaire de l'année suivante. [26]

Akinleke OW a mené une étude dont le but était de découvrir comment l'anxiété liée aux tests et l'estime de soi affectent le rendement scolaire [27]. 250 étudiants du diplôme national de dernière année (NDII) tirés au sort de l'École polytechnique fédérale au Nigéria. Cette étude a révélé que dans l'ensemble, les élèves à faible anxiété avaient des résultats plus élevés que les élèves à forte anxiété et qu'il existe une relation positive entre l'estime de soi et le rendement scolaire. L'implication des résultats était que les parties prenantes de l'éducation devraient formuler des stratégies qui aident les élèves à faire face à l'anxiété et également lancer des programmes qui aideront le processus d'apprentissage et de maîtrise des défis en tant que tels se traduirait par un meilleur rendement scolaire.

Twinomugisha SR a mené une étude utilisant un plan de corrélation. Elle a été réalisée auprès des étudiants de l'Université internationale des États-Unis en Afrique de l'Est. L'hypothèse de cette étude a déclaré que si l'estime de soi augmentait, la réussite scolaire augmenterait également. Au total, 37 participants ont participé. Le chercheur a prélevé un échantillon des étudiants seniors pour examiner si leur estime de soi avait augmenté et si l'augmentation avait un lien avec leur réussite scolaire. L'étude a conclu qu'il y avait une relation positive entre l'estime de soi et la réussite scolaire, même si la relation était faible [28].

Une étude transversale a été menée pour examiner la relation entre l'estime de soi et le rendement scolaire des étudiants de deuxième année de la Faculté des sciences de la santé et de la Faculté de médecine en Malaisie. Les étudiants de premier cycle (n = 220, 110 hommes) ont été sélectionnés par échantillonnage aléatoire systémique, ont répondu sur les domaines d'enquête concernant leur estime de soi, la satisfaction de la zone corporelle, le stress et les données démographiques en utilisant 3 échelles – Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES),

Perceived Stress Scale (PSS) et l'échelle de satisfaction corporelle (BASS). L'étude a révélé que le score moyen pour les échelles d'estime de soi était de $17,44 \pm 3,44$ avec un score variant de 0 à 30 (RSES); la Note moyenne cumulative était de $3,022 \pm 0,41$. La corrélation entre l'estime de soi et le rendement scolaire a été analysée en utilisant la corrélation de Pearson et la régression linéaire, les résultats ont montré que les élèves ayant une estime de soi plus élevée réussissaient mieux dans leurs études ($p < 0,0005$, $r = 0,32$); le score d'estime de soi et la satisfaction de la zone corporelle étaient significatifs ($p < 0,05$, $r = 0,016$) et l'estime de soi et le stress sont inversement significatifs ($p < 0,05$, $r = -0,198$). En conclusion, l'estime de soi est l'un des facteurs clés affectant la performance scolaire d'un individu, plus important que d'autres facteurs contributifs, notamment le stress et l'image corporelle [29].

2.2. Environnement universitaire

L'environnement universitaire joue un rôle primordial et décisif dans la promotion et la détermination de la personnalité de l'apprenant à court et à long terme, il est parmi les facteurs essentiels dans l'échec ou la réussite de la personne dès qu'il entre par le portail de l'université.

Ainsi, l'université en tant que système, institution socioculturelle pour les uns, idéologique pour les autres, influence absolument l'estime de soi des étudiants soit positivement en l'augmentant et résultant des personnes motivées et enthousiasmées, soit négativement en le diminuant résultant des sujets frustrés et échoués. Et cela repose essentiellement sur le respect de plusieurs paramètres qu'on va essayer de détailler dans cette partie.

Or, la qualité de l'enseignement et de l'apprentissage dans ce système s'améliore lorsque les professionnels de l'éducation planifient, déterminent, établissent et évaluent les caractéristiques d'un environnement académique

psychosocial positif afin d'obtenir un milieu éligible pour former des étudiants ayant labilité d'avoir une bonne estime de soi.

Les caractéristiques en question incluent :

- Les relations positives entre les étudiants et les enseignants.
- Le maintien de charges de travail raisonnables et le fait d'aider les étudiants à comprendre l'importance et l'objectif de l'apprentissage en dehors du cadre universitaire et des notes.

a. Les relations positives entre les étudiants et les enseignants :

Au cours de leurs études, les jeunes passent le quart de leur temps éveillé en présence des enseignants qui jouent un rôle significatif dans leur vie puisqu'en plus d'être responsables de leurs apprentissages, ils ont la possibilité d'influencer de manière importante leur bien-être.

Les relations positives entre les étudiants et les enseignants peuvent avoir un impact sur la motivation des étudiants, leurs résultats universitaires et leur assiduité, tout en favorisant le maintien des enseignants et sont associées à une adaptation réussie à l'université. L'empathie et la bienveillance des enseignants favorisent par ailleurs l'obtention de résultats positifs par les étudiants et puisque la communication est à la base de toute relation interpersonnelle, les enseignants doivent s'adresser aux étudiants avec respect peu importent les circonstances. En effet, les enseignants efficaces savent bien utiliser tant leur communication verbale que non verbale pour créer un milieu adéquat et positif.

De nombreuses recherches soutiennent que l'établissement de relations positives entre les étudiants et l'enseignant constitue la base même de toute approche d'intervention préventive en classe. Une perception positive de la relation

étudiant-enseignant par les étudiants est liée à l'adoption de comportements d'engagement à l'université (Danielsen AG, Wiium N, Wilhelmsen BU et Wold B, 2010) [30], qui se traduisent par une meilleure réussite universitaire (Hugues JA, Cavell TA et Jackson T, 1999 [31]; Walker BA, 2010 [32]) et une fréquence moins élevée de comportements oppositionnels et antisociaux que chez leurs pairs qui considèrent plus négativement cette relation (Bru E, Stephens P et Torsheim T, 2002 [33]).

Enfin, on peut conclure que le développement de relations positives entre les étudiants et l'enseignant demeure le meilleur levier pour amener les étudiants à coopérer et à s'engager dans leurs apprentissages et développer une bonne estime de soi et par conséquent être efficaces dans la société.

b. La charge de travail :

La charge de travail est raisonnable quand elle cadre avec les capacités et le niveau d'apprentissage des étudiants et tient compte du temps nécessaire aux étudiants pour faire leurs devoirs.

Cependant, le travail fourni à l'université conditionne largement l'obtention d'un diplôme et dessine un parcours qui, décide largement de la position sociale future. Ses enjeux sont devenus considérables, car la réussite académique est aujourd'hui un élément déterminant des parcours personnels et professionnels des individus, alors que la naissance et le milieu familial déterminaient auparavant plus ou moins étroitement une bonne partie des trajectoires (Berthelot JM., *Le piège scolaire*, Paris, PUF, 1983, p. 147.) [34]

Les travaux de Marie Duru-Bellat M et de l'IREDU arrivent à la conclusion qu'une pression au travail peut très rapidement se transformer en son contraire :

certaines d'une orientation en leur défaveur ou ayant déjà intériorisé un redoublement, ceux qui pensent n'avoir plus rien à perdre n'ont plus de raisons de travailler [35].

2.3. Stress

Depuis son émergence, le stress devient un concept vaste qui s'étend à tous les domaines et toutes les disciplines, de nombreuses recherches ont été réalisées pour déterminer les causes et les conséquences de ce phénomène psychologique. Dans cet axe, nous mettons le doigt sur la définition du stress psychologique puis la relation entre le stress et l'estime de soi.

Le stress survient lorsque les exigences quotidiennes vécues par l'individu dépassent la capacité perçue de celui-ci à y faire face [36], et lorsqu'il persiste de façon plus sévère, on assiste à l'apparition de symptômes ou de maladies diverses, pouvant atteindre les maladies dépressives et anxieuses, ou encore les maladies cardiovasculaires et auto-immunes [37].

Le stress psychologique a été défini par Lazarus SR et Folkman S (1984) comme étant le reflet d'une transaction « personne - environnement » qui est perçue par l'individu comme excédant ses ressources et menaçant son bien-être [38].

Historiquement, le stress psychologique fut exploré à partir d'inventaires d'événements de vie positifs et négatifs [39]. Pour plusieurs chercheurs, lorsque ces événements sont négatifs, ils peuvent être considérés parmi les facteurs étiologiques de l'anxiété (Goodyer, 1994), des troubles de l'humeur, du sommeil (Plancherel, Nuñez, Bolognini, Leidi & Bettschart, 1992), de l'estime de soi négative [40], des problèmes de somatisation (Aro, Hänninen & Paronen, 1989), de l'inadaptation sociale, des faibles performances académique (DuBois, Felner, Brand,

Adan & Evans, 1992) et d'une diminution du rendement dans les études (Forehand, Biggar & Kotchick, 1998).

Plusieurs facteurs personnels d'ordre cognitif, motivationnel ou conatif, peuvent atténuer ou amplifier le stress perçu (Lazarus SR et Folkman S, 1984 ; Lazarus SR, 1991, 1999). Parmi ces facteurs, le rôle de l'estime de soi a été investigué dans plusieurs études : une estime de soi faible est associée à un stress et à une détresse psychologique plus élevés (Abouserie, 1994 ; Aspinwall & Taylor, 1992 ; Aspinwall & Taylor, 1997 ; Lane, Jones, & Stevens, 2002 ; Strenna et al., 2009). L'estime de soi peut également être considérée comme un facteur modérant les effets négatifs du stress sur la santé mentale et physique d'un individu. L'estime de soi correspond au sentiment plus ou moins favorable que chaque individu éprouve à l'égard de lui-même, la considération et le respect qu'il se porte, le sentiment qu'il se fait de sa propre valeur en tant que personne (Rosenberg M, 1979).

Sur la problématique du stress en contexte universitaire, une estime de soi élevée constitue une ressource que l'étudiant peut mobiliser pour limiter le stress engendré par les tracas quotidiens (On les définit comme des irritants et des frustrations qui caractérisent les échanges de tous les jours entre la personne et son environnement (Kanner, Coyne, Schaefer & Lazarus, 1981)). Dans une étude menée auprès de 1 504 étudiants norvégiens, Moksnes, Moljord, Espnes, et Byrne (2010) ont mis en évidence des corrélations négatives significatives entre l'estime de soi et le stress perçu. Plus l'estime de soi est élevée, plus le stress perçu est faible. Ainsi, un regard positif sur soi affecte la façon dont l'étudiant évalue l'environnement. L'estime de soi joue également un rôle dans la façon dont la personne fait face aux difficultés rencontrées et au stress perçu. L'estime de soi apparaît donc comme une

variable importante dans la capacité d'ajustement de l'étudiant. Ainsi, une autre étude réalisée par Aspinwall LG et Taylor SE en 1992 auprès des étudiants de premier cycle, a mis en évidence qu'une estime de soi élevée entraîne une utilisation moins fréquente de stratégies de coping d'évitement qui conduisent à un moins bon ajustement à l'université [41].

Il semblerait que les personnes qui ont une estime de soi plus élevée perçoivent les événements négatifs comme étant moins graves, ils se croient davantage en contrôle et sont généralement plus optimistes en ce qui concerne leurs capacités de coping [23]. Enfin, ces personnes vivent moins de stress lors qu'ils vivent des événements négatifs et par le fait même, bénéficient d'une meilleure santé que les sujets présentant une faible estime d'eux-mêmes [23]. Une faible estime de soi est reliée positivement à des stratégies de coping non-productives, comme l'évitement [42], [43]. Par exemple, dans une étude de Chapman PL et Mullis RL effectuée auprès de 361 adolescents, des analyses multivariées ont révélé que les adolescents ayant une plus faible estime de soi utilisaient davantage de stratégies de coping d'évitement que les jeunes présentant une estime de soi plus élevée. Donc, une bonne estime de soi est associée à une meilleure adaptation face au stress.

2.4. Pathologies psychiatriques et somatiques

Les événements de vie, l'environnement et les performances personnelles influencent le niveau de l'estime de soi de chaque individu, ils engendrent un sentiment de satisfaction lors de réalisation de bons résultats, un sentiment d'échec et un stress parfois non contrôlable.

Dans le contexte clinique, nous croyons qu'il est intéressant d'étudier le concept d'estime de soi et sa relation avec les pathologies psychiatriques

notamment les troubles dépressifs et anxieux, et également les pathologies somatiques et son impact sur le niveau de l'estime de soi.

a. **Pathologies psychiatriques**

En se basant sur deux études réalisées auprès de deux populations différentes, l'une concerne 140 adolescents sains, l'autre 77 adolescents suivis dans un centre de santé mentale, Modrain-Talbott MA et al., objectivent une différence significative du niveau d'estime de soi quels que soient l'âge ou le sexe : les adolescents sains ont une estime de soi plus élevée que les adolescents présentant une pathologie psychiatrique (moyenne = 70,98/100 et moyenne = 49,4/100 respectivement) [44,45]. Dans la population clinique, ils observent également des différences du niveau d'estime de soi en fonction des activités sportives quel que soit le sexe : les adolescents sportifs ont une estime de soi élevée par rapport à leurs pairs non sportifs.

✓ **Estime de soi et troubles dépressifs**

L'estime de soi est une variable statistiquement corrélée négativement à la dépression [44,46,47,48, 49,50,51]. Orvaschel H et al., ont analysé en 1998, la relation entre l'estime de soi (évaluée par le test de Coopersmith S) et le degré de sévérité de l'état dépressif d'enfants et d'adolescents, à travers différentes entités diagnostiques : trouble dépressif majeur, dysthymie, trouble dépressif majeur associé à une dysthymie, trouble de l'adaptation avec humeur dépressive. Ceux qui ont le diagnostic de trouble dépressif majeur et de dysthymie ont une estime de soi plus faible que ceux qui présentent un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive, et plus élevée que ceux qui présentent trouble dépressif majeur associé à une dysthymie ; les adolescents déprimés ont une estime de soi plus faible que les enfants déprimés [50].

Dori GA et Overholser JC ont introduit en 1992 une dimension supplémentaire en étudiant le comportement suicidaire de 90 adolescents déprimés hospitalisés. Ils étudient trois groupes : ceux qui ont des antécédents uniques de tentatives de suicide (TS), ceux qui ont des antécédents de TS répétitives, ceux qui n'ont jamais fait de TS [49]. Ils objectivent une relation significative entre la sévérité de l'état dépressif et les tentatives de suicide répétitives. En revanche, ils n'obtiennent aucune différence de niveau d'estime de soi entre les trois groupes : tous ont une faible estime d'eux-mêmes [49]. Pinto A et al. (P.A.) rapportent que les adolescents avec antécédents de tentatives de suicides uniques ou répétitives ont une estime de soi plus faible que les adolescents sans antécédent de passage à l'acte [52]. La faible estime de soi pourrait être un bon facteur discriminatif pour évaluer les risques de tentatives de suicide. Une estime de soi élevée est considérée par certains auteurs comme un facteur protecteur contre un comportement suicidaire [53]. Globalement, on rapporte une relation étroite entre la perte d'espoir et la dépression, ce qui peut contribuer aux tendances suicidaires à l'adolescence. En ce qui concerne le rôle potentiel de l'estime de soi dans l'étiologie de la dépression, le débat reste ouvert [50] : est-ce que la faible estime de soi prédispose à la dépression ou est-ce que la faible estime de soi est simplement corrélée aux affects dépressifs ?

Godyer IM et al., ont étudié les facteurs de risque d'un premier épisode dépressif majeur à l'adolescence : facteurs environnementaux ; facteurs psychologiques (faible estime de soi évaluée par le test de Rosenberg M, perception négative de son environnement, tendance à ruminer) ; facteurs endocriniens (dosage de DHEA salivaire) [54]. Dans cette étude, les filles rapportent plus de symptômes dépressifs que les garçons, ainsi qu'une plus grande tendance à ruminer, et une plus faible estime de soi. Les taux de cortisol salivaire et de DHEA des filles sont plus élevés que ceux des garçons. Cependant, les auteurs ne trouvent aucune

relation entre les paramètres endocriniens et les facteurs psychologiques. Workman M et Beer J objectivent une relation significative et positive entre la sévérité de l'état dépressif et la dépendance éthylique, une relation inverse significative entre la dépression et l'estime de soi, et proposent d'étudier plus spécifiquement la relation entre l'estime de soi et la dépendance éthylique [51].

✓ **Estime de soi et troubles anxieux**

Coopersmith S souligne que les individus qui ont une très faible estime d'eux-mêmes ont tendance à présenter un niveau élevé d'anxiété. Battle J et al., ont conclu dans leur étude réalisée sur 936 filles et garçons âgés de six à 15 ans que les troubles anxieux et dépressifs sont liés à une faible estime de soi [37]. Banos RM et Guillem Vont objectivé une différence significative du score total de l'estime de soi, entre un groupe présentant une phobie sociale et un groupe témoin [55].

✓ **Estime de soi et troubles psychotiques**

À partir d'une population d'adolescents psychotiques, Guillon MS et Crocq MA ont révélé des différences significatives du niveau d'estime de soi en fonction de la symptomatologie présentée, en début de prise en charge : les adolescents qui présentent une symptomatologie psychotique productive prédominante ont une meilleure estime d'eux-mêmes que les adolescents psychotiques déficitaires. En revanche, l'estime de soi des adolescents délirants tendrait à diminuer en cas de résistance aux premiers traitements pharmacologiques instaurés [56]. Les auteurs proposent que ces premiers résultats soient confirmés ou infirmés par d'autres études.

✓ **Estime de soi et comportement alimentaire**

Button EJ et al. ont trouvé en 1997 une forte association entre l'estime de soi, le comportement alimentaire et le bien-être psychologique des adolescents de 15 à 16 ans. 56% des filles de leur étude considèrent qu'elles ont une surcharge pondérale et contrôlent leur poids (contre 9 % qui se trouvent trop minces) ; 43 % ont une faible estime d'elles-mêmes (évaluée par le test de Rosenberg) et des relations familiales insatisfaisantes [58]. Tomori M et Rus-Makovec M constatent que les adolescents, filles ou garçons, insatisfaits de leur poids, présentent une très faible estime d'eux-mêmes et un haut degré de dépression [58] ; les adolescentes qui présentent une faible estime d'elles-mêmes durant le début de l'adolescence ont plus de risque de développer un trouble des conduites alimentaires, de type boulimique ou anorexique vers l'âge de 15 ans [57, 59]. D'après Button EJ et al., la faible estime de soi précéderait les troubles des conduites alimentaires (TCA) et pourrait être considérée comme la cause au même titre que d'autres problèmes psychologiques ; un contrôle excessif du poids serait l'expression d'un trouble de l'image de soi, et d'une faible estime de soi [57, 59]. L'insatisfaction concernant le poids et les TCA sont associés à un dysfonctionnement familial, à une faible estime de soi, à des troubles dépressifs, à un risque suicidaire et à une consommation de substances psychoactives [58].

b. Pathologies somatiques

La conception de soi est une partie fondamentale de la fonction psychologique de la personne. Cette construction multidimensionnelle comprend des évaluations globales de soi (estime de soi ou valeur de soi), des perceptions et des évaluations spécifiques à un domaine d'aspects de soi, tels que les compétences ou l'apparence (Harter S, 1999). L'approbation des parents et des pairs, la perception de la

compétence dans des domaines d'importance (comme la compétence sportive et scolaire) et l'apparence physique ont été identifiées comme des sources importantes de l'estime de soi des enfants (Harter S 1999) [60].

Les cliniciens et les parents supposent souvent que les enfants souffrant de maladies physiques chroniques ou d'un handicap se sentent moins bien dans leur peau que leurs pairs en bonne santé. Par exemple, ces enfants se sentent différents de leurs pairs et subissent souvent le rejet de leurs pairs, ce qui peut avoir des effets néfastes sur leur estime de soi (Sandstrom MJ& Schanberg LE 2004) [61]. De plus, ils connaissent moins de succès que leurs pairs en bonne santé dans les domaines du fonctionnement physique, social et scolaire (Pinquart M& Teubert D 2012) [62], ce qui pourrait conduire à une baisse de leur estime de soi.

La maladie chronique peut être un facteur de risque de faible estime de soi; cependant, les résultats de certaines études méta-analyses étaient incohérents et ne permettent pas de déterminer si les enfants atteints d'une maladie chronique ont une moindre estime de soi que leurs pairs en bonne santé. En effet, trois méta-analyses ont rapporté que les enfants atteints d'une maladie physique chronique ont une plus faible estime de soi que leurs pairs en bonne santé (Lavigne JV et Faier-Routman J 1992 [63]; $d = -0,31$; Enfants atteints de spina bifida: Shields N et al.2008 [64] : $d = -0,39$; Enfants ayant un handicap physique majeur ou mineur: Miyahara M et Piek J 2006 [65]: $d = -0,24$ à $-0,33$). À l'inverse, d'autres méta-analyses n'ont révélé aucune différence entre les niveaux d'estime de soi des enfants atteints et non de maladies physiques chroniques (LeBovidge JS et al.2003 [66]; enfants drépanocytaires: Midence K et al.1996 [67]; enfants atteints d'une maladie inflammatoire de l'intestin: Greenley RN et al.2010 [68]). L'hétérogénéité des résultats peut être fondée sur le fait que ces méta-analyses comprenaient un

nombre assez faible d'études (seules deux méta-analyses avaient plus de 10 tailles d'effet pour les mesures de l'estime de soi). De plus, les scores d'estime de soi peuvent varier d'une maladie à l'autre.

Harter S (1999) a identifié l'apparence physique comme le facteur le plus important de l'estime de soi dans le monde à l'adolescence [60], et les maladies visibles sont probablement plus susceptibles que les maladies invisibles de provoquer la stigmatisation par les pairs (Joachim G et Acorn S 2000) [69]. Ainsi, on pourrait s'attendre à ce que les enfants atteints de maladies visibles – telles que la paralysie cérébrale, la fente labiale et palatine, l'obésité et le spina bifida, vitiligo – présentent des niveaux d'estime de soi inférieurs à ceux des enfants atteints de maladies imperceptibles de l'extérieur, telles que le diabète ou la drépanocytose. De plus, les maladies à fort impact négatif sur les compétences, comme le syndrome de fatigue chronique (Pinquart M & Teubert D 2012), pourraient conduire à une faible estime de soi [62].

Ainsi, une méta-analyse très intéressante réalisée par Pinquart Men 2012 afin de comparer les niveaux d'estime de soi entre les enfants et les adolescents avec et sans maladie physique chronique pour un grand nombre de maladies, portant sur 621 études empiriques incluant au total 58 281 enfants et adolescents atteints de maladies chroniques. Les plus grands sous-groupes avaient l'obésité (n = 10220), l'arthrite / rhumatisme (n = 7620), le diabète (n = 4443), le cancer (n = 3887) et l'asthme (n = 2890). La durée moyenne de la maladie chronique était de 7,01 ans [70].

En comparant les niveaux d'estime de soi des enfants avec et sans maladie chronique dans toutes les études incluses. Pinquart M (2012) a trouvé que les enfants atteints d'une maladie chronique ont montré des niveaux plus faibles

d'estime de soi ($g = -0,18$ unité d'écart type) [70]. D'après Cohen J (1988) [71], cette différence doit être interprétée comme étant faible à très faible. Une comparaison de 21 maladies a montré des niveaux significativement réduits d'estime de soi chez les enfants souffrant d'arthrite / rhumatisme, de syndrome de fatigue chronique, de paralysie cérébrale, de déficience auditive, de migraine / céphalée de tension, d'obésité, de spina bifida et de la somme des autres / maladies mixtes. Alors que les tailles d'effet sur les migraines / céphalées de tension et le syndrome de fatigue chronique étaient de taille modérée, les autres tailles d'effet significatives étaient petites. De manière inattendue, les enfants infectés par le VIH / SIDA ont fait état d'une estime de soi significativement plus élevée que les pairs en bonne santé ou les normes de test.

L'étude de Pinquart M a identifié des groupes qui présentent un risque élevé de perte d'estime de soi. Les maladies les plus visibles étaient associées à une baisse de l'estime de soi (paralysie cérébrale, obésité, spina bifida); Cependant, il n'a pas trouvé un tel effet pour la fente labiale et palatine, probablement parce que cette maladie peut être corrigée par la chirurgie plastique. Les enfants atteints du syndrome de fatigue chronique peuvent avoir un niveau d'estime de soi inférieur à la moyenne en raison de leurs faibles niveaux de fonctionnement physique et social et d'un sentiment de sous-performance, (Harter S 1999) [60]. Une faible estime de soi chez les enfants souffrant de migraine / céphalée de tension peut résulter de l'expérience de symptômes intenses. De plus, une faible estime de soi augmentait le risque de maux de tête chroniques chez les adolescentes (Rhee H 2000) [72]. L'estime de soi plus élevée inattendue des enfants infectés par le VIH / SIDA par rapport à leurs pairs en bonne santé peut être basée sur le fait que les études disponibles se sont principalement concentrées sur les enfants qui peuvent tirer leur estime de soi de ne pas (encore) présenter de symptômes (le SIDA n'a pas de

symptômes spécifiques et attaque en sourdine le système immunitaire) et qui évitent souvent les réactions de leurs pairs en ne révélant pas leur maladie (Sherman BF et al. 2000) [73].

L'influence de la maladie chronique sur l'estime de soi des adolescents et des enfants plus jeunes peut être fondée sur l'utilisation plus fréquente de comparaisons sociales négatives avec des pairs en bonne santé pendant cette période (Harter 1999), et / ou une acceptation moins générale par les pairs (Nassau JH et Drotar D 1995) [74]. De plus, l'insatisfaction à l'égard de leurs corps est également plus répandue chez les adolescentes en particulier (Harter S, 1999). Le fait que les préoccupations corporelles et les inquiétudes concernant l'acceptation par les pairs soient plus fréquentes chez les filles que chez les garçons (Harter S, 1999), peut également expliquer les différences observées entre les sexes dans l'estime de soi des patients atteints d'une maladie chronique [60]. Les réductions plus fortes de l'estime de soi chez les enfants atteints de maladies chroniques des pays en développement par rapport aux pays développés indiquent que les conséquences médicales et psychosociales des maladies chroniques sont plus fortes dans le premier groupe de pays.

Néanmoins, nous concluons que les maladies physiques chroniques sont associées à une diminution de l'estime de soi de l'enfant et à l'estime de soi des personnes atteintes du syndrome de fatigue chronique et des maux de tête, des adolescents, des patientes et des jeunes des pays en développement / seuil en particulier. Cela a des implications pour les parents, les enseignants, les pédiatres et les éducateurs en santé.

3. Impact de l'estime de soi

L'estime de soi est devenue une préoccupation essentielle. Les enseignants, les parents, les thérapeutes et d'autres ont concentré leurs efforts sur le renforcement de l'estime de soi, en partant du principe qu'une haute estime de soi entraînera de nombreux résultats et avantages positifs.

L'évaluation des effets de l'estime de soi est compliquée par plusieurs facteurs, parce que de nombreuses personnes ayant une haute estime de soi exagèrent leurs succès et leurs bons traits. La haute estime de soi est également une catégorie hétérogène, englobant des personnes qui acceptent franchement leurs bonnes qualités avec des individus narcissiques, défensifs et vaniteux.

Les corrélations modestes entre l'estime de soi et les performances scolaires n'indiquent pas qu'une haute estime de soi mène à de bonnes performances. Au contraire, une haute estime de soi est en partie le résultat de bons résultats scolaires. Il n'a pas été démontré que les efforts visant à renforcer l'estime de soi des élèves améliorent les performances scolaires et peuvent parfois être contre-productifs.

Les théoriciens supposent depuis longtemps que l'estime de soi et les relations sociales des gens s'influencent mutuellement. Cependant, les preuves empiriques ont été incohérentes, créant une incertitude substantielle quant à savoir si les relations sont en fait un facteur influent dans le développement de l'estime de soi et vice versa.

Nous nous limitons dans ce chapitre sur l'étude de l'impact de l'estime de soi sur les performances académiques et les interactions sociales.

3.1. Performances académiques

Le mouvement de l'estime de soi a été particulièrement influent dans les écoles américaines, et cela s'explique en partie par l'hypothèse selon laquelle l'augmentation de l'estime de soi entraînera une amélioration des résultats scolaires des enfants. Il y a des raisons plausibles de penser qu'une haute estime de soi conduira à un bon travail scolaire. Les personnes ayant une haute estime de soi peuvent établir des aspirations plus élevées que les personnes ayant une faible estime de soi. Ils peuvent être plus disposés à persister face à l'échec initial et moins susceptibles de succomber à des sentiments paralysants d'incompétence et de doute de soi. L'apprentissage, par définition, implique l'acquisition d'informations et de compétences que l'on ne possède pas initialement, et une estime de soi élevée peut aider à empêcher la reconnaissance de l'incapacité initiale de produire le sentiment que la cause est désespérée. Une haute estime de soi peut renforcer la confiance nécessaire pour s'attaquer à des problèmes difficiles et permettre aux gens de tirer satisfaction du progrès et du succès.

De nombreuses études ont montré que l'estime de soi est positivement corrélée avec le rendement scolaire. Dans un premier examen, Wylie RC (1979) a conclu que la corrélation entre l'estime de soi et les moyennes des élèves était d'environ 0,30 [75]. Elle a ajouté que des relations similaires ou légèrement plus fortes avaient été signalées entre l'estime de soi et les scores aux différents tests de réussite. Cependant, la créativité n'était pas systématiquement liée à une quelconque forme d'estime de soi.

Une étude très intéressante est la méta-analyse de Hansford BC et Hattie JA (1982) qui rassemble 128 études impliquant plus de 200 000 participants [76]. Ces études ont exploré une variété de mesures de l'estime de soi (principalement l'estime de soi) et une variété de mesures objectives du rendement, dont la plupart

étaient des tests de rendement. Les corrélations signalées variaient considérablement, de 0,77 à 0,96, et se situaient en moyenne entre 0,21 et 0,26 (selon la façon dont la moyenne a été calculée, la façon dont les études ont été pondérées, etc.). Hansford BC et Hattie JA ont conclu que, dans l'ensemble, il existe une relation positive significative entre l'estime de soi et le rendement scolaire, l'estime de soi représentant entre 4 et 7% de la variance du rendement scolaire [76].

Des études plus récentes ont abouti à des conclusions similaires. En utilisant des tests de rendement standard, Davies J et Brember I (1999) ont trouvé des relations positives significatives mais faibles entre l'estime de soi et le rendement universitaire dans un large échantillon britannique (N = 3 001) [77]. Les corrélations variaient de 0,10 à 0,13 et s'établissaient en moyenne à 0,12. Bowles T (1999) a trouvé une relation un peu plus forte, qui a montré que l'estime de soi était en corrélation à 0,29 avec les notes semestrielles les plus récentes des élèves en mathématiques et en anglais [78].

Les personnes ayant une estime de soi élevée déclarent que leur intelligence est élevée, bien qu'il n'y ait pas de relation entre l'estime de soi et les scores aux tests de QI objectifs (Gabriel MT et al. 1994 [79]). Simon WE et Simon MG (1975) ont trouvé que les scores de l'estime de soi étaient significativement corrélés ($r = 0,33$) avec les scores aux tests de réussite dans les études et également avec les scores aux tests de QI [80] (contredisant ainsi le résultat obtenu par Gabriel et al.). En général, il y a très peu de preuves que l'estime de soi est en corrélation avec le QI ou d'autres capacités académiques.

D'autres auteurs ont déduit que des corrélations importantes entre l'estime de soi et le rendement des études soutiennent la conclusion causale opposée, à savoir qu'un bon travail conduit à une haute estime de soi. Bowles T (1999) a spécifiquement mesuré l'estime de soi après le semestre pour lequel il a obtenu des

notes scolaires, de sorte que la corrélation positive qu'il a trouvée semble la plus cohérente avec l'idée que l'estime de soi est le résultat, et non la cause, de la réussite scolaire [78]. Cette conclusion a été étayée par l'analyse des trajectoires (une technique statistique pour tester les théories sur les chaînes complexes de causes), qui a indiqué qu'il n'y avait pas de chemin causal direct de l'estime de soi à la réussite.

Ces résultats indiquent généralement une relation positive mais faible et ambiguë entre l'estime de soi et le rendement des études. Les élèves ayant une haute estime de soi ont généralement obtenu de meilleurs résultats à l'école et aux tests de rendement scolaire que les élèves ayant une faible estime de soi. Les résultats corrélationnels n'indiquent pas si l'estime de soi est une cause ou un résultat du rendement scolaire. Cependant, ils fournissent une explication possible de la croyance persistante que l'estime de soi peut être bénéfique pour la performance scolaire. Les enseignants, les parents et d'autres peuvent observer que l'estime de soi élevée et les bons résultats scolaires vont de pair et infèrent que l'estime de soi joue un rôle causal. Cependant, les impressions – même lorsqu'elles sont étayées par des corrélations importantes – ne justifient pas les conclusions causales. Nous nous tournons actuellement vers des études qui ont examiné s'il existe une relation de cause à effet entre l'estime de soi et le rendement scolaire.

3.2. Interactions sociales

Dans les sciences sociales, une interaction fait référence à toutes les actions réciproques entre deux ou plusieurs individus au cours desquelles des informations sont partagées. L'interaction est dite sociale car non seulement elle produira du sens, mais aussi parce qu'elle s'inscrit dans un contexte qui influence les actions de chacun. Une interaction inscrite dans la durée est considérée comme étant une relation.

Ce concept fait appel à plusieurs études qui touchent différents domaines notamment la psychologie, les sciences sociales, etc. il a été relié et corrélé avec beaucoup de thèmes notamment l'estime de soi.

Une étude récente réalisée par Harris MA et Orth U portant sur une méta-analyse synthétisant les données longitudinales disponibles sur l'effet prospectif des relations sociales sur l'estime de soi (48 échantillons dont 46 231 participants) et l'effet prospectif de l'estime de soi sur les relations sociales (35 échantillons dont 21 995 participants) [81]. Les résultats soutiennent les hypothèses des théories classiques et contemporaines sur l'influence réciproque des relations sociales et de l'estime de soi. Ces résultats suggèrent que le lien entre les relations sociales des personnes et leur niveau d'estime de soi est réciproque à tous les stades de développement tout au long de la vie, reflétant une boucle de rétroaction positive entre les concepts.

Dans l'enfance, il existe des preuves provisoires que l'estime de soi influence la chaleur parentale (Brummelman E et al. 2015) [82], mais il y a peu d'études supplémentaires à tirer concernant l'impact de l'estime de soi sur les relations avec les parents. En ce qui concerne les relations avec les pairs, une étude réalisée par Klima T et Repetti RL en 2008, ne montre aucun effet de l'estime de soi sur l'acceptation des pairs [83].

À l'adolescence, la majorité des études pertinentes n'ont pas soutenu la notion selon laquelle l'estime de soi influe sur la qualité des relations sociales lorsqu'elle est évaluée par les pairs plutôt que par l'auto-évaluation (Gruenenfelder-Steiger A, Harris MA et Fend H, 2016 [84] ; Reitz AK et al. 2016 [85]). Gruenenfelder-Steiger A et al (2016) et Marshall SL et al (2014) ont confirmé les effets de l'estime de soi des adolescents sur la qualité des relations auto-déclarées avec les pairs et le réseau de

soutien social au sens large [86]. En ce qui concerne les relations avec les parents, une étude a examiné l'impact longitudinal de l'estime de soi et n'a pas confirmé d'effets robustes sur les rapports des adolescents, des parents ou des observateurs cibles (Harris MA et al. 2015) [87].

La recherche sur l'âge adulte a principalement examiné l'impact de l'estime de soi sur les relations interpersonnelles. Certaines données suggèrent que l'estime de soi a des effets prospectifs importants sur la satisfaction relationnelle (Orth U et al., 2012 [88]; Schaffhuser K et al., 2014 [89]). Cependant, Mund M, Finn C, Hagemeyer B, Zimmermann J et Neyer FJ (2015) n'ont pas confirmé ce lien [90], et Schaffhuser K et al. (2014) n'ont pas non plus soutenu cette association lors de l'utilisation d'un modèle acteur-partenaire qui teste individuellement le niveau de satisfaction de chaque partenaire. D'autres auteurs examinant les transitions relationnelles ont trouvé des effets potentiels de l'estime de soi sur l'initiation d'une relation amoureuse à long terme (prédite par une estime de soi élevée) et la séparation d'un partenaire à long terme (prédit par une faible estime de soi), mais ces effets n'intègrent pas les relations à court terme (Luciano EC & Orth U, 2017) [91]. Ainsi, comme dans la littérature sur les effets prospectifs des relations sur l'estime de soi, les preuves longitudinales de la direction causale inverse sont mitigées.

PARTIE PRATIQUE

I. Objectifs de l'étude :

L'objectif principal de notre étude est d'évaluer l'estime de soi chez les étudiants en médecine de la faculté de médecine et de pharmacie de Fès.

Les objectifs secondaires de notre travail se situent sur divers axes :

- Déterminer les facteurs influençant l'estime de soi chez les étudiants
- Rechercher le lien entre l'estime de soi et les performances académiques

II. Méthodologie :

1. Type de l'étude :

Il s'agit d'une enquête transversale à visée descriptive et analytique auprès des étudiants en médecine de la faculté de médecine et de pharmacie de Fès.

2. Population cible :

Nous avons ciblé les étudiants en médecine de la faculté de médecine et de pharmacie de Fès, année 2019–2020, de la 1ère jusqu'à la 7ème année.

Le nombre total des étudiants de la faculté de médecine et de pharmacie de Fès (année 2019/2020) est de 2630 étudiants; répartis comme suit : 1ère année = 371 ; 2ème année= 415 ; 3ème année= 393 ; 4ème année= 341 ; 5ème année= 367 ; 6ème année= 388 ; 7ème année=355.

Critères d'inclusion :

- Etudiants en médecine de la faculté de médecine et de pharmacie de Fès année :2019–2020.
- Etudiants dont le niveau d'étude varie entre la 1ère et la 7ème année inclus.

Critère d'exclusion :

Etudiants des autres facultés de médecine et de pharmacie.

3. Taille de l'échantillon :

Vu la facilité de l'administration du questionnaire en ligne, on a ciblé tous les étudiants en médecine de la faculté de médecine et de pharmacie de Fès de la 1^{ère} année jusqu'à la 7^{ème} année, année 2019–2020, pour qu'on puisse avoir un large échantillon, ceci va nous aider à obtenir des résultats assez crédibles.

La taille de l'échantillon de notre étude est de 487 étudiants; répartis comme suit : 1^{ère} année= 84 ; 2^{ème} année= 79 ; 3^{ème} année= 70; 4^{ème} année= 60 ; 5^{ème} année= 57 ; 6^{ème} année= 73 ; et 7^{ème} année = 64.

4. Outils de collecte de données :**4.1. Auto-questionnaire :**

L'auto-questionnaire en ligne constituait le mode de recueil des données dans notre étude, compte tenu de sa simplicité et explicité, et son adaptation et validité sur des populations de jeune âge.

L'auto-questionnaire (Annexe 1), était anonyme, en langue française, de 77 Items, explorant les domaines suivants :

- La première partie est réservée pour les caractéristiques sociodémographiques des étudiants : l'âge, le sexe, la nationalité, le statut marital, le revenu familial mensuel et le niveau d'instruction des parents.
- La seconde partie a pour but de déterminer les éléments biographiques et habitudes de vie soit : un événement traumatisant très marquant ou maltraitance pendant l'enfance, les antécédents d'une maladie somatique

ou psychiatrique, la source importante de stress de l'étudiant et l'usage de substances.

- La troisième partie est consacrée pour déterminer les performances académiques : Le niveau des études médicales, le parcours avec le nombre des rattrapages pour chaque année, la peur de l'échec et la relation Professeur Etudiant.
- La quatrième partie concerne surtout les activités de Bien-être : les activités Extra universitaires et la pratique du sport.

4.2. Echelles psychométriques :

Les quatre échelles sur lesquelles on a basé les résultats de notre étude sont : Echelle de Rosenberg, Echelle d'auto efficacité, Echelle de mesure du Stress et l'échelle de HADS.

4.2.1. Echelle de ROSENBERG :

a. Définition et Origine :

L'échelle d'estime de soi de Rosenberg, développée par le sociologue Rosenberg M [2], est un outil de mesure de l'estime de soi largement utilisé dans la recherche en sciences sociales.

Il s'agit d'une échelle à dix éléments avec des réponses sur une échelle de quatre points de tout à fait d'accord à fortement en désaccord. Cinq des éléments ont des déclarations formulées de manière positive et cinq ont des déclarations formulées de manière négative. En effet, cet instrument évalue l'estime de soi dans le monde en mesurant à la fois les sentiments positifs et négatifs à propos de soi.

L'échantillon initial pour lequel l'échelle a été développée était composé de 5024 juniors et seniors de lycées de 10 écoles sélectionnées au hasard dans l'État de

New York. L'échelle d'estime de soi de Rosenberg est considérée comme un outil quantitatif fiable et valide pour l'évaluation de l'estime de soi [92].

En outre, Cette échelle est largement utilisée dans les études interculturelles dans jusqu'à 53 pays différents [93]. Et il a été traduit et adapté à diverses langues, telles que le persan [94], le français [95], le chinois [96], l'italien [97], l'allemand [98], le portugais [99] et l'espagnol [100]. Cependant, on ne dispose pas encore d'une traduction en arabe dialectal. Dans notre étude, on a travaillé avec la version française canadienne de VALLIERES EF et VALLERAND RJ [95].

L'échelle de Rosenberg a suscité l'intérêt de nombreux chercheurs et il s'avère l'un des instruments les plus utilisés dans les milieux anglophones (Harter 1983; Wylie R 1974) [101], [102]. Elle se distingue tant par sa brièveté de passation que par la généralité des items qui repose sur une évaluation très globale des sentiments positifs ou négatifs que peut avoir le sujet quant à sa personne [95].

b. Validité :

L'échelle d'estime de soi de Rosenberg est un instrument construit à partir d'une conception phénoménologique de l'estime de soi et qui permet de capter la perception globale des sujets quant à leur propre valeur. Cet instrument de dix items permet d'évaluer à quel point l'individu se considère généralement comme une personne de valeur, comme possédant un certain nombre de belles qualités, comme ayant une attitude positive à l'égard de lui-même, comme ne se considérant pas comme un inutile ou un bon à rien. Cet outil possède des indices de fidélité et de validité très acceptables [95].

Etant donné l'importance que revêt le concept de l'estime de soi pour la recherche en psychologie, il est apparu opportun aux auteurs : VALLIERES EF et

VALLERAND RJ [95] qu'un tel instrument soit traduit et validé en français en se basant sur quatre études. Le but premier de ces études était de traduire et de valider l'échelle de Rosenberg en français, tout en tentant d'obtenir des indices démontrant que ses qualités psychométriques étaient équivalentes à la version anglaise. Un deuxième but des études était de vérifier de manière plus exhaustive la structure unidimensionnelle de l'instrument par des analyses de cohérence interne et plus particulièrement par une analyse factorielle confirmatoire à l'aide du logiciel LISREL VI (Jöreskog KG et Sarböm D 1984) [103]. Spécifiquement, la cohérence interne de l'instrument fut examinée lors de l'étude 1, alors que la vérification de la structure factorielle de l'instrument constituait l'objet de l'étude 2. Afin de s'assurer de la validité de construit de l'instrument, des analyses de corrélation avec d'autres construits psychologiques pertinents furent conduites lors de l'étude 3. Enfin, la stabilité temporelle de l'instrument fut vérifiée lors de l'étude 4. L'ensemble de ces études devrait permettre d'établir de façon préliminaire les qualités psychométriques de la version canadienne-française de l'échelle d'estime de soi de Rosenberg M [95].

c. Cotation et interprétation :

Le questionnaire est constitué de 10 items dont 5 évaluent l'estime de soi positive et 5 l'estime de soi négative. La réponse varie selon une échelle de type Likert en quatre points allant de "Tout à fait en désaccord" (1) à " Tout à fait en accord"(4).

Le score s'obtient par addition des scores aux questions 1, 2, 4,6et 7 Pour les questions 3, 5, 8, 9 et 10, la cotation est inversée.

Le score est compris entre 10 et 40.

- Un score inférieur à 25 : indique une estime de soi est très faible. Un travail dans ce domaine semble souhaitable.
- Un score entre 25 et 31 : indique une estime de soi est faible. Un travail dans ce domaine serait bénéfique.
- Un score entre 31 et 34 : indique une estime de soi dans la moyenne.
- Un score compris entre 34 et 39 : indique une estime de soi forte.
- Un score supérieur à 39 : indique une estime de soi très forte.

4.2.2. Echelle d'auto efficacité :

a. Définition et origine :

L'*Échelle du sentiment d'efficacité personnelle*, publiée par les psychologues Schwarzer R et Jerusalem M en 1995 [104], mesure les croyances en ses capacités d'atteindre des buts et de faire face aux diverses situations qui peuvent survenir. Il s'agit d'un des tests les plus utilisés dans la recherche en psychologie.

L'échelle a été créée pour évaluer un sentiment général d'efficacité personnelle perçue dans le but de prédire la gestion des tracas quotidiens ainsi que l'adaptation après avoir vécu toutes sortes d'événements stressants de la vie.

La construction de l'auto-efficacité perçue reflète une confiance en soi optimiste (Schwarzer R, 1992) [105]. C'est la croyance que l'on peut effectuer des tâches nouvelles ou difficiles, ou faire face à l'adversité dans divers domaines du fonctionnement humain. L'auto-efficacité perçue facilite l'établissement d'objectifs, l'investissement dans les efforts, la persévérance face aux obstacles et la récupération après les revers. Il peut être considéré comme un facteur de ressource

de résistance positif. Dix éléments sont conçus pour exploiter cette construction. Chaque élément fait référence à une adaptation réussie et implique une attribution de réussite interne stable. L'auto-efficacité perçue est une construction opératoire, c'est-à-dire qu'elle est liée au comportement ultérieur et, par conséquent, est pertinente pour la pratique clinique et le changement de comportement.

b. Validité :

La validité liée aux critères est documentée dans de nombreuses études de corrélation où des coefficients positifs ont été trouvés avec des émotions favorables, un optimisme et une satisfaction au travail. Des coefficients négatifs ont été trouvés avec la dépression, l'anxiété, le stress, l'épuisement professionnel et les problèmes de santé [105].

Cet instrument convient à une large gamme d'applications. Il peut être pris pour prédire l'adaptation après les changements de vie, mais il convient également comme indicateur de la qualité de vie à tout moment.

L'échelle «General Self-Efficacy Scale» a été développée initialement par Jerusalem M et Schwarzer R, traduite en français par Dumont et son équipe [106]. Elle se compose de dix items auxquels on répond sur une échelle de Likert de « 1 » : pas du tout vrai à « 4 » : totalement vrai.

Cependant, l'échelle d'auto efficacité n'est pas encore validée en arabe dialectal. En effet, on a utilisé la version française dans notre étude.

c. Cotation et interprétation :

Les réponses sont faites sur une échelle de quatre points. Faites la somme des réponses aux dix éléments pour obtenir le score total qui varie entre 10 et 40, avec un score plus élevé indiquant plus d'auto-efficacité.

Selon Schwarzer R (2011) [107], il n'existe pas de note seuil, mais la médiane de l'échantillon peut être utilisée comme seuil.

4.2.3. Echelle de mesure du stress :

a. Définition et origine :

L'échelle de stress perçu a été développée pour mesurer le degré auquel les situations de la vie sont jugées stressantes. Le stress psychologique a été défini comme la mesure dans laquelle les personnes perçoivent que leurs demandes dépassent leur capacité à faire face.

Cette échelle a été publiée en 1983 [108], et est devenu l'un des instruments psychologiques les plus largement utilisés [109] pour mesurer le stress perçu non spécifique. Il a été utilisé dans des études évaluant le stress des situations [110] [111], l'efficacité des interventions de réduction du stress [112, 113, 114,115], et la mesure dans laquelle il existe des associations entre le stress psychologique et les troubles psychiatriques et physiques [116, 117, 118].

Avant l'élaboration de cet instrument, l'évaluation du stress avait tendance à se concentrer sur des indicateurs objectifs de facteurs de stress particuliers. Cette tendance néglige par la suite l'influence que l'interprétation subjective d'un individu d'un facteur de stress pourrait avoir sur l'expérience d'un agent de stress [108]. Cohen S et al. (1983) [108] ont considéré le vide de la composante subjective dans l'évaluation du stress comme une qualité indésirable et ont développé l'échelle de stress en réponse.

L'échelle de stress original se compose de 14 éléments qui sont censés former une échelle unidimensionnelle du stress global perçu [108]. Bien que les scores de cette échelle à 14 items tendent à présenter de bonnes estimations de fiabilité dans la littérature, quatre des items ont tendance à avoir de mauvais résultats lorsqu'ils

sont évalués à l'aide d'une analyse factorielle exploratoire [119]. En conséquence, Cet outil est généralement mis en œuvre à l'aide du formulaire en dix éléments [120]. Cohen S et al. (1988) ont encore réduit l'échelle de stress à un formulaire à quatre éléments pour des mesures rapides, cependant, les scores de cette échelle à quatre items ont tendance à présenter des estimations de fiabilité inférieures à ce que les chercheurs souhaiteraient.

b. Validité :

Dans diverses conditions, les chercheurs rapportent des estimations de fiabilité relativement satisfaisantes pour les scores des formulaires à 14 et 10 éléments. Roberti JW et al (2006) ont rapporté des estimations de fiabilité de 0,85 et 0,82 dans un échantillon universitaire pour les scores sur les échelles d'impuissance perçue et d'auto-efficacité perçue, respectivement [121]. Des résultats très similaires ont été rapportés dans l'étude de Taylor (2015) sur un échantillon d'adultes d'âge moyen [120]. Enfin, on en sait beaucoup moins sur la fiabilité des scores du formulaire à quatre items.

Dans notre travail, on a utilisé l'échelle à dix items dans sa version française qui nous permettent de mesurer simplement et rapidement l'importance avec laquelle des situations de la vie sont perçues comme menaçantes.

c. Cotation et interprétation :

Pour calculer le score, il suffit d'ajouter les chiffres qui figurent au niveau de chaque réponse comme suit :

Questions 1, 2, 3, 6, 9 et 10 : jamais = 1, presque jamais = 2, parfois = 3, assez souvent = 4, souvent = 5.

Questions 4, 5, 7 et 8 : jamais = 5, presque jamais = 4, parfois = 3, assez souvent = 2, souvent = 1.

Interprétation :

Score inférieur à 21 : C'est une personne qui **sait gérer son stress**, qui sait s'adapter et pour laquelle il existe toujours des solutions.

Score entre 21 et 26 : C'est une personne qui **sait en général faire face au stress**, mais il existe un certain nombre de situations qu'elle ne sait pas gérer. Elle est parfois animée d'un sentiment d'impuissance qui entraîne des perturbations émotionnelles. Elle peut sortir de ce sentiment d'impuissance en apprenant des méthodes de stratégies de changement.

Score supérieur à 27 : La vie est **une menace perpétuelle** pour cette personne : elle a le sentiment de subir la plupart des situations et de ne pouvoir rien faire d'autre que de les subir. Ce fort sentiment d'impuissance lié à sa représentation de la vie peut la faire basculer dans la maladie. Un travail sur son schéma de pensée est souhaitable ainsi qu'un changement dans sa manière de réagir.

4.2.4. Echelle HADS :

a. Définition et origine :

L'échelle HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) a été développée à l'origine par Zigmond A et Snaith R en 1983 [122] et est couramment utilisée par les médecins pour déterminer les niveaux d'anxiété et de dépression qu'une personne éprouve. La HADS est une échelle de 14 items qui génère: Sept des items sont liés à l'anxiété et sept à la dépression.

Zigmond A et Snaith R [122] ont créé cette mesure afin d'évaluer la symptomatologie dépressive et anxieuse, en écartant les symptômes somatiques susceptibles d'enfausser l'évaluation. Cet outil ne cherche pas à distinguer les différents types de dépression ou états anxieux mais il cherche surtout à identifier une symptomatologie anxio-dépressive et à en évaluer la sévérité en excluant tout item concernant les aspects somatiques ainsi que les aspects qui pourraient être confondus entre la maladie physique et mentale.

De nombreuses traductions existent. On a utilisé la version française dans notre étude, étant donné que l'échelle n'est pas validée en arabe dialectal.

b. Validité :

Globalement, l'échelle est bien comprise et facile à compléter [123]. La validité apparente a été variée en testant la compréhension des items auprès des malades interrogés.

Dans la revue de littérature effectuée par Hermann C [123], la validité prédictive de l'échelle a été démontrée sur l'adhésion aux traitements des patients, sur la qualité de vie (pour le sous-score dépression) et sur l'apparition de symptômes physiques (pour le sous-score anxiété).

Les analyses factorielles réalisées sur les données observées à partir des

versions anglaises et allemandes suggèrent une structure à deux dimensions [123]. La corrélation entre la sous-échelle anxiété et la sous-échelle dépression est de l'ordre de 0,63, indiquant que ces deux sous-échelles ne sont pas indépendantes.

Dans la validation réalisée par Untas A et al. [124] sur la version française, les analyses factorielles exploratoires réalisées suivie de rotations obliques (par hypothèse de non indépendance entre anxiété et dépression) ont confirmé la structuration bidimensionnelle proposée par Zigmond A et Snaithe R [122]. La corrélation entre anxiété et dépression est statistiquement significative mais reste modérée ($r=0,47$).

La validité de structure externe convergente et divergente est satisfaisante. Le sous-score dépression de l'HADS est mieux corrélé avec des instruments mesurant le même concept; de même pour le sous-score anxiété de l'échelle HADS avec des instruments mesurant le même concept.

c. Fidélité :

La fidélité, évaluée par la méthode test-retest, est satisfaisante : le coefficient de fidélité est supérieur à 0,80 après deux semaines et diminue après de plus longues périodes [123].

d. Cotation et interprétation :

Pour chaque item, quatre modalités de réponse codées de 0 à 3. Les items d'anxiété (n°1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 : Total = A) et de dépression (n° 2,4,6,8,10, 12,14 : Total = D) sont alternés. De plus, une alternance dans l'ordre des cotations (de 0 à 3 ou de 3 à 0) a été réalisée pour éviter le biais lié à leur répétition (items inversés).

Un score global est calculé en faisant la somme des réponses aux 14 items (varie de 0 à 42), ainsi que deux sous-scores correspondant aux deux sous-échelles (varient de 0 à 21). Plus les scores sont élevés, plus la symptomatologie est sévère.

Les seuils pour les deux sous-scores permettant d'identifier les cas présentant des symptômes dépressifs ou anxieux, sont les suivants:

De 0 à 7: Absence de symptomatologie.

De 8 à 10 : Symptomatologie douteuse.

De 11 à 21: Symptomatologie certaine.

Selon les résultats, il sera peut-être nécessaire de demander un avis spécialisé.

5. Organisation pratique de l'étude :

Après la conceptualisation des objectifs de l'enquête et une recherche bibliographique sur des études traitant le même sujet, une première version du questionnaire a été élaborée et testée sur un échantillon de 35 étudiants de différentes promotions pour détecter les questions qui posent des difficultés de compréhension.

Après cette étape, le questionnaire et les quatre échelles sur lesquelles on a basé notre étude, ont été transformés en forme en ligne en utilisant le logiciel Google Forms, puis ont été diffusés en langue française à travers les comptes académiques Gmails ainsi que les groupes Facebook et WhatsApp de chaque promotion (de la 1ère à la 7ème année).

Le remplissage du questionnaire, Les quatre échelles incluses, s'est effectué volontairement et de manière aléatoire et anonyme, à travers le lien de la forme en ligne du questionnaire.

6. Analyse statistique :

Les données des questionnaires ont été saisies sur Excel 2010 sous un codage numérique, puis traitées par le logiciel SPSS qui nous a permis d'obtenir le résultat descriptif de la population étudiée et d'effectuer une analyse uni-variée à travers les tests de P-valeur Chi².

Une analyse descriptive était réalisée pour l'ensemble des variables de l'étude. Les variables qualitatives étaient présentées en proportion avec intervalle de confiance 95%. Les variables quantitatives en moyenne +/- écart type (et/ou médiane).

Les différents scores utilisés dans l'étude ont été calculés en appliquant la méthode de référence (Comme ci détaillée dans la partie outils de collecte).

La normalité des distributions a été vérifiée en utilisant les coefficients de symétrie et d'aplatissement.

La mesure des différentes associations entre les variables qualitatives était réalisée à l'aide du test de Khi². Pour les variables quantitatives, le test t de student et l'analyse de variance (Anova) ont été appliqués.

Les corrélations entre les différents scores ont été évaluées par le coefficient r de Bravais-Pearson.

Des modèles de régression logistique étaient testés pour estimer la part explicative de nos variables dans l'estime de soi.

Le seuil de signification est classiquement fixé à 0.05. Dans notre étude, Un p compris entre 0.05 et 0.1 a été également considéré significatif pour son intérêt dans des analyses complémentaires.

III. Résultats :

A. Etude descriptive :

Vu la facilité de l'administration du questionnaire en ligne, on a ciblé tous les étudiants en médecine de la faculté de médecine et de pharmacie de Fès de la 1^{ère} année jusqu'à la 7^{ème} année, année 2019–2020, pour qu'on puisse avoir un large échantillon, ceci nous a aidé à obtenir des résultats assez crédibles.

Dans notre étude, la taille de l'échantillon est de 487 étudiants, le taux de participation est de 18.51 % (487/2630 étudiants), et le taux des réponses complètes est de 100%.

1. Données Socio-économiques:

a. L'âge :

La moyenne d'âge de l'échantillon est de 21,17+/- 2,544 ans (extrêmes entre 17 et 35). Deux catégories d'âge ont été distinguées, de 17 ans à 20 ans, et de 21 ans à 35 ans. La répartition en fonction des deux tranches d'âge est la suivante (Fig.2):

- 222 étudiants âgés entre 17 et 20 ans, soit 45.6 % de notre échantillon ;
- 265 étudiants âgés entre 21 et 35 ans, soit 54.4 % de notre échantillon.

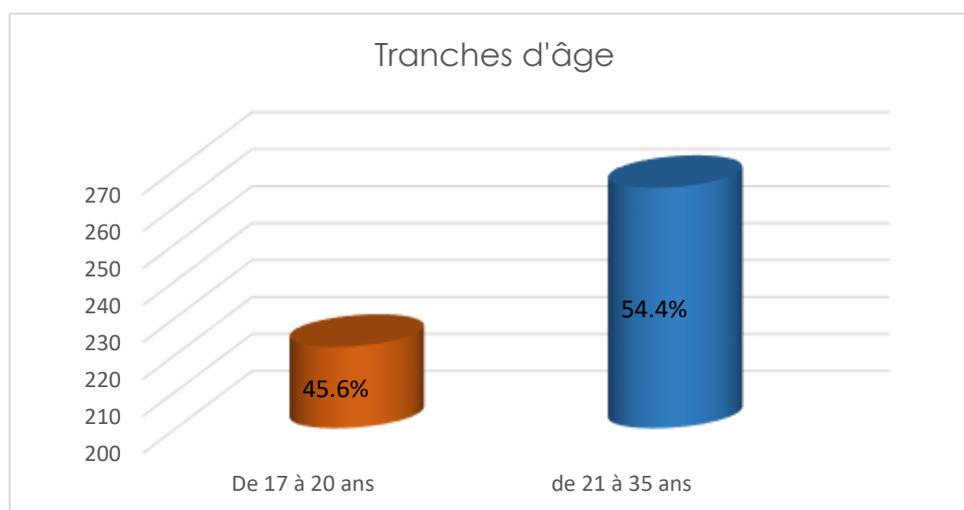


Figure 2 : Distribution de l'effectif des étudiants de l'enquête selon les tranches d'âge (n=487)

b. Le sexe :

L'échantillon des étudiants ayant répondu à notre questionnaire est composé de 163 hommes (33%) et 324 femmes (67%); avec un sexe ratio H/F de 0,50 (Fig.3).

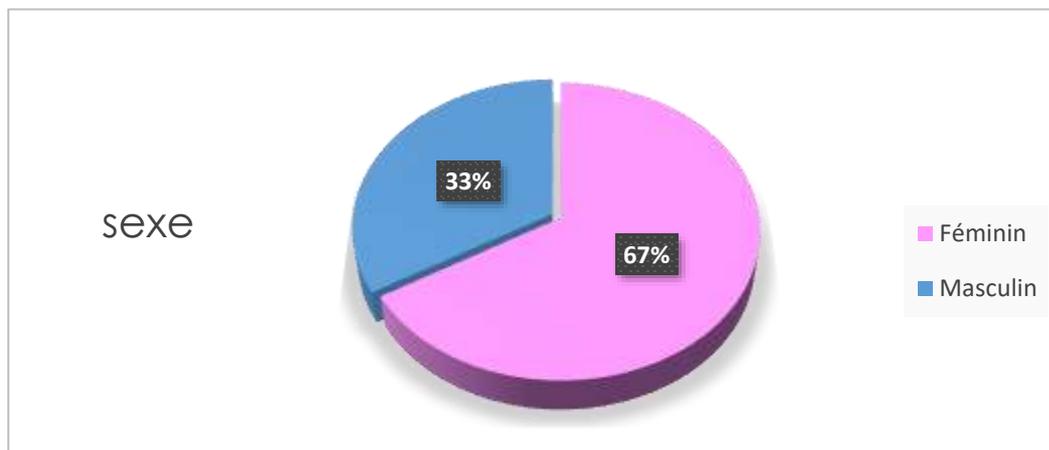


Figure 3 : Distribution de l'effectif des étudiants de l'enquête selon le sexe (n=487)

c. La Nationalité :

L'échantillon de notre étude se compose de 95 % des étudiants marocains tandis que les étudiants étrangers ne représentent que 5% dont des étudiants arabes (3 tunisiens, 2 palestiniens, 3 Mauritanien, 1 Jordanien) et des étudiants de l'Afrique subsaharienne (5 ivoiriens, 3 guinéens, 2 sénégalais, 1 Angolais, 1 malien, 1 burkinabé, 1 Comorien et un tchadien) (Fig. 4).

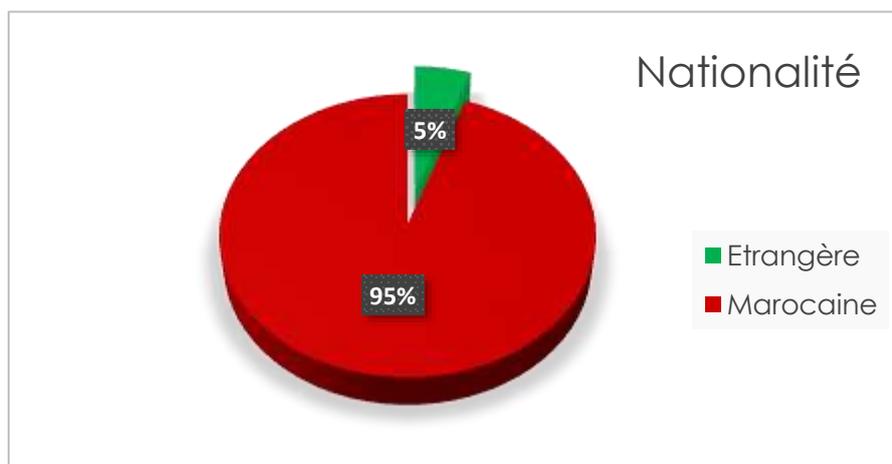


Figure 4 : Distribution de l'effectif des étudiants de l'enquête selon la nationalité (n=487)

d. Le Statut marital

Dans notre échantillon d'étude, 95% des étudiants ayant répondu à notre questionnaire sont célibataires, les 5% restants sont marié(e)s (Fig.5).

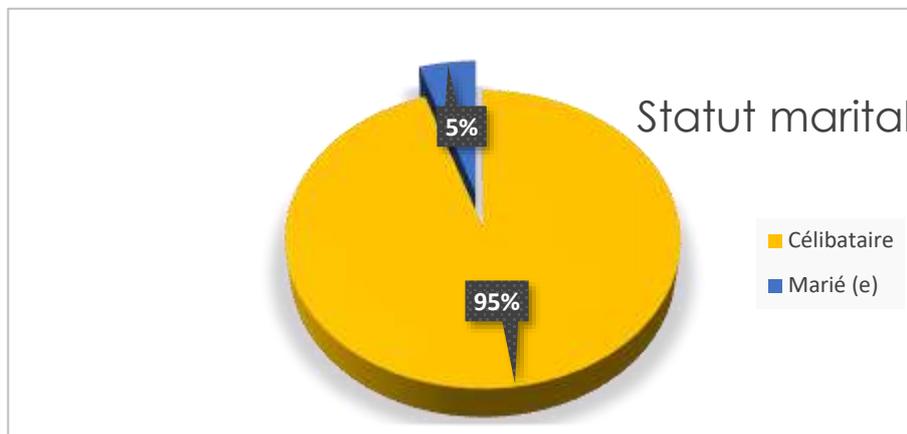


Figure 5 : Distribution de l'effectif des étudiants de l'enquête selon le statut marital (n=487)

e. Résidence :

Sur la base des résultats obtenus, 64% des étudiants habitent avec leurs parents, 23% habitent avec un(e) colocataire, tandis que 12% habitent seuls et la cité universitaire ne représente que 1% (Fig.6).

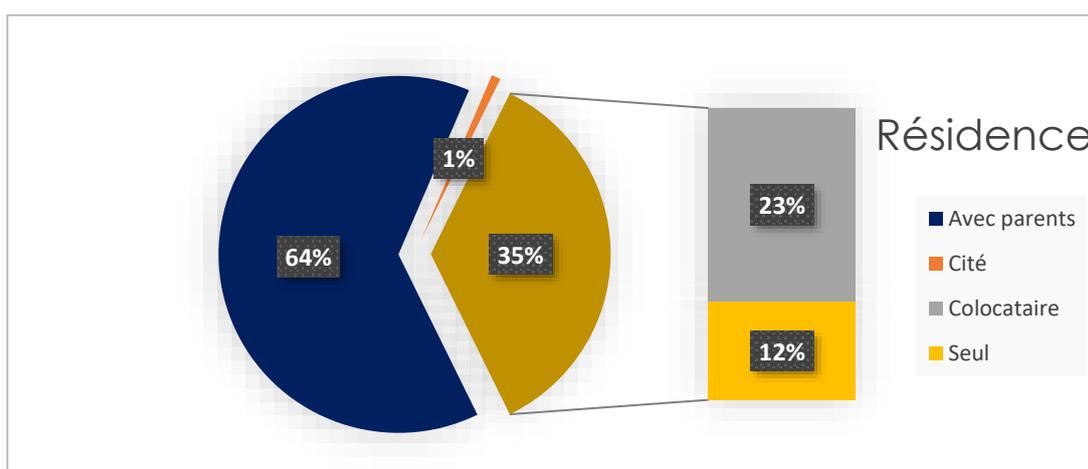


Figure 6 : Distribution de l'effectif des étudiants de l'enquête selon la résidence (n=487)

Cependant, avant d'entreprendre les études médicales, 94% des étudiants déclarent qu'ils vivaient en milieu urbain tandis que 6% vivaient en milieu rural.

f. Niveau économique et revenu mensuel :

84% des étudiants ayant répondu à notre questionnaire jugent que leur niveau économique familial est moyen, 10% le considère comme élevé tandis que 7% arbitrent comme ils ont un bas niveau économique (Tableau n°2).

Le niveau socio-économique est corrélé dans notre étude au revenu familial; qui est estimé à travers quatre niveaux : niveau 1 : <2000Dh ; niveau 2 : de 2000-5000Dh ; niveau 3 : de 5000-10 000Dh et niveau 4 : >10 000Dh.

Le revenu familial de notre population d'étude est réparti comme suit : <2000Dh chez 10 %des étudiants, de 2000-5000Dh chez 17 %, de 5000-10 000Dh chez 25 %, et de >10 000Dh chez 48 % des étudiants (Fig.7)

| Niveau économique | Fréquence (nombre) |
|--------------------------|---------------------------|
| Bas | 33 (7%) |
| Élevé | 47 (10%) |
| Moyen | 407 (83%) |
| Total | 487 |

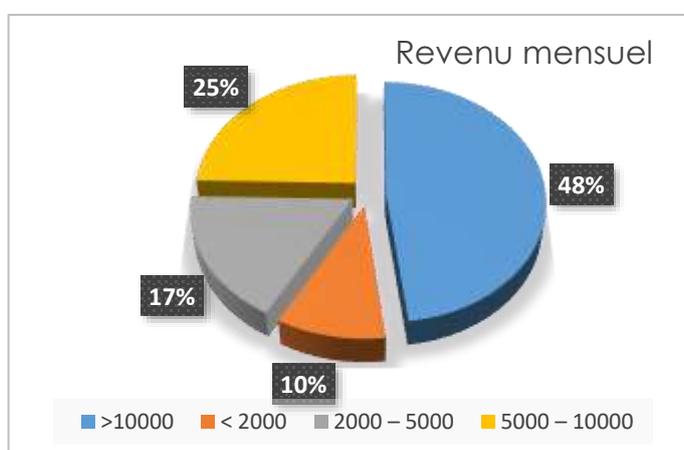


Tableau 2 : Distribution de l'effectif des étudiants de l'enquête selon le niveau économique (n=487)

Figure 7 : Distribution de l'effectif des étudiants de l'enquête selon le revenu mensuel (n=487)

g. Support financier :

D'après l'échantillon représentatif de 487 étudiants, 55,6% déclarent que leur support financier est familial, 34,7% disent que le financement de leurs études est une combinaison entre la bourse et la famille, 5% expriment que seulement la bourse est le support financier principal de leurs études, les autres réponses sont données dans le graphe suivant (Fig.8).

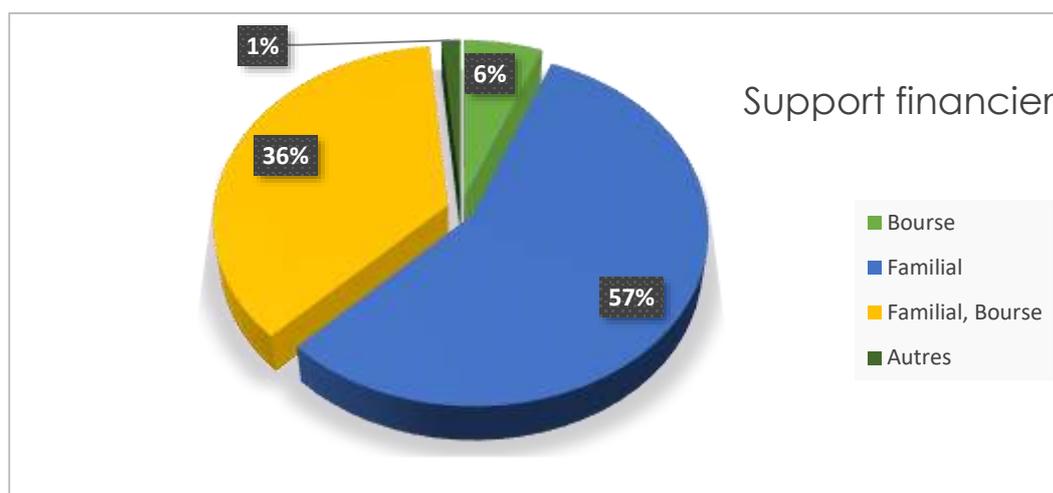


Figure 8 : Distribution de l'effectif des étudiants de l'enquête selon le support financier (n=487)

h. Niveau d'instruction des parents :

Le niveau d'instruction des mères et des pères des participants est évalué séparément selon quatre niveaux: analphabète, primaire, secondaire et universitaire.

Le niveau universitaire est le niveau d'instruction dominant : 47% pour les mères, 62% pour les pères ; le niveau secondaire représente 28% chez les mères et 23% chez les pères ; le niveau primaire est de 13% et de 9% chez les mères et les pères successivement. Alors que 12 % des mères des participants ; et 6% de leurs pères sont analphabètes (Fig.9).

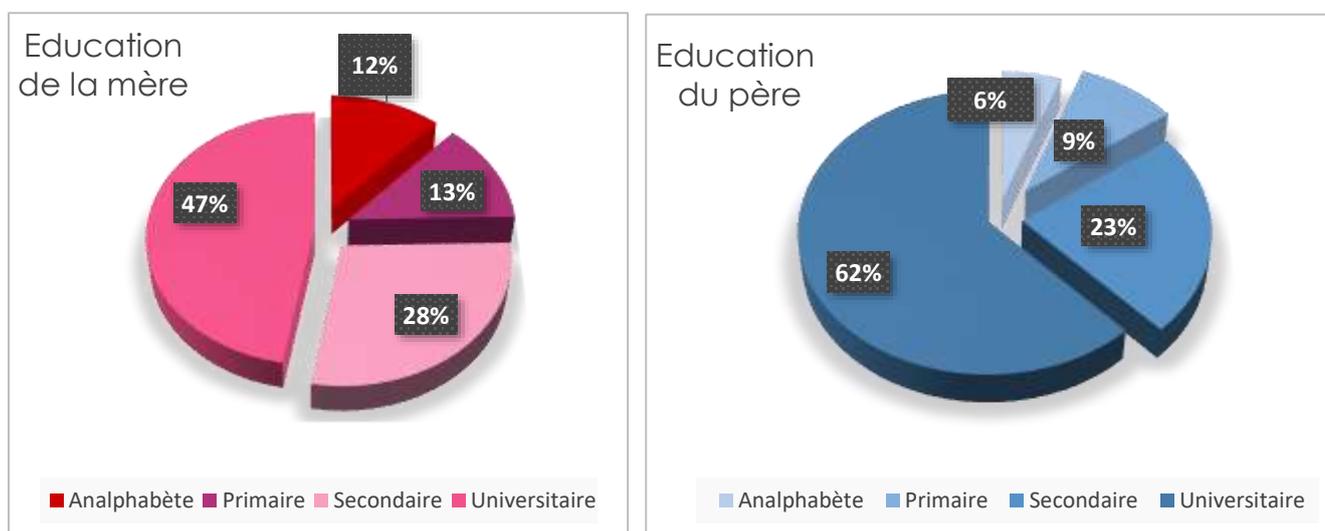


Figure 9 : Distribution de l'effectif des étudiants de l'enquête selon le niveau d'instruction des parents (n=487)

2. Éléments biographiques:

a. Événement traumatisant très marquant pendant l'Enfance et/ou Adolescence :

31% des étudiants de notre population ont rapporté qu'ils ont vécu un événement traumatisant très marquant pendant leur enfance et/ou adolescence, alors que 69% ont répondu négativement.

Parmi les 151 étudiants (31%) ayant déclaré qu'ils ont subi un événement traumatisant marquant leur enfance et/ou adolescence, 71% (107 étudiants) ont refusé de préciser quel type d'événement traumatisant soit 22% du total de la population. Alors que 29% (44 étudiants (9% du total de la population)) ont précisé l'événement qui ont subi pendant leur enfance et/ou adolescence. Les résultats sont comme suit (Fig.10):

- Décès d'un proche représente 30% ;
- Décès des parents représente 18% ;
- Harcèlement sexuel représente 14% ;

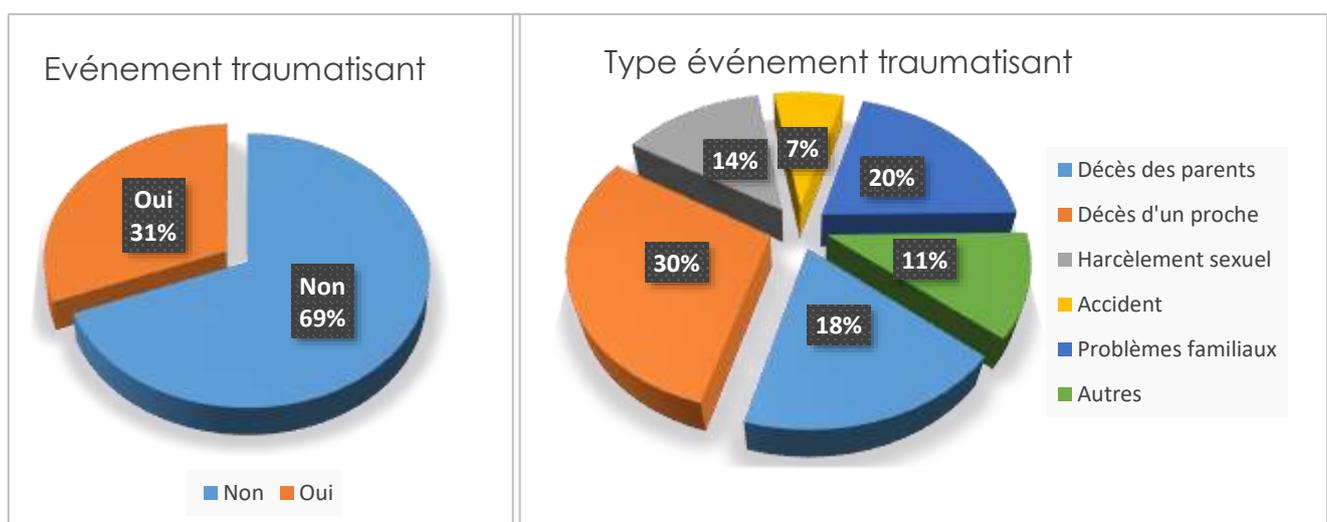


Figure 10 : Répartition des étudiants ayant subi un événement traumatisant en Enfance/Adolescence et typologie (n=487)

b. Maltraitance pendant l'enfance

Sur la taille de la population de 487 étudiants, 14% (soit 67) ont rapporté qu'ils ont subi une maltraitance pendant leur enfance, alors que 86% (soit 420) ont déclaré qu'ils ne sont jamais maltraités (Fig.11).

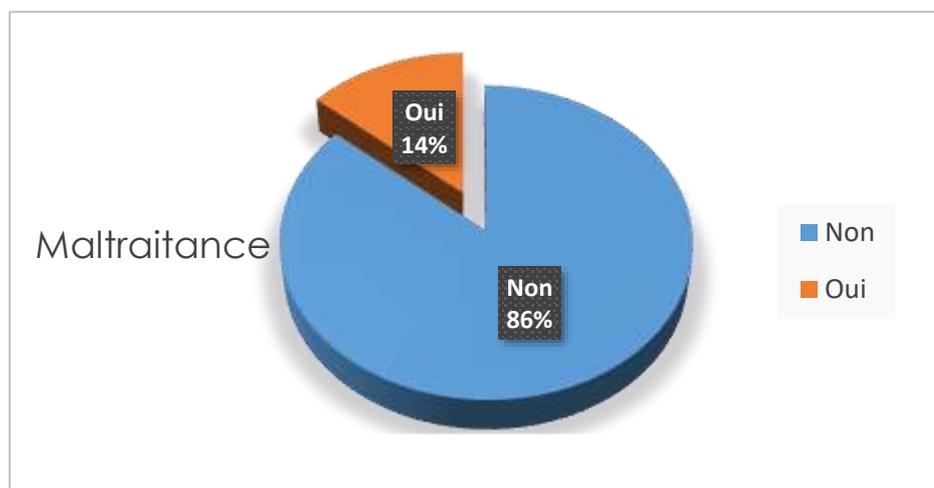


Figure 11 : Répartition de la population selon la maltraitance (n=487)

3. Antécédents

a. Antécédents psychiatriques personnels

Sur la base de notre population de 487 étudiants, 12% ont déclaré qu'ils ont des ATCDs psychiatriques personnels, Alors que 88% ont répondu par la négation (Fig.12).

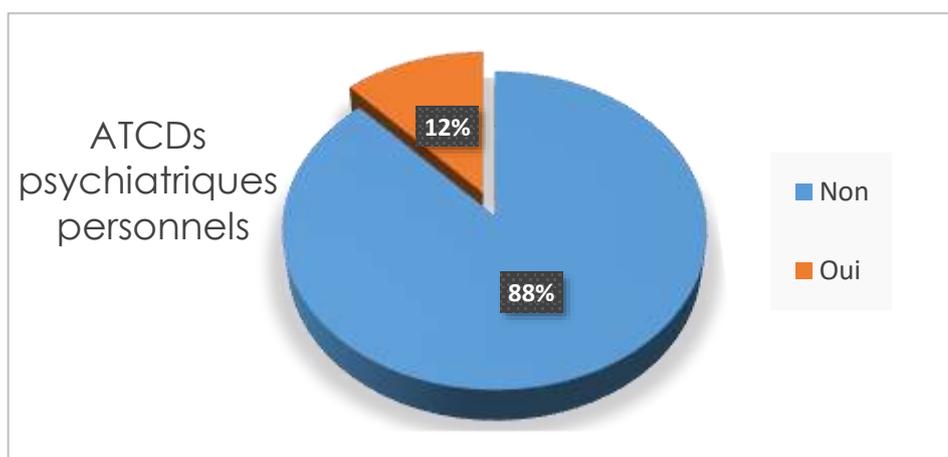


Figure 12 : Répartition de la population en termes d'ATCDs psychiatriques personnels (n=487)

Dont les 12% qui ont déclaré qu'ils ont un ATCD psychiatriques personnels, 11 ont refusé de préciser le type, tandis que 47 étudiants soit 10% de la population totale ont précisé la nature de la pathologie psychiatrique qu'ils avaient, les résultats sont comme suit (Fig.13) :

- Dépression représente 62% (29 étudiants) ;
- Anxiété représente 21% (10 étudiants) ;
- TOC représente 11% (5 étudiants) ;
- Trouble bipolaire, phobie sociale et déréalisation représente chacune 2% soit un étudiant.

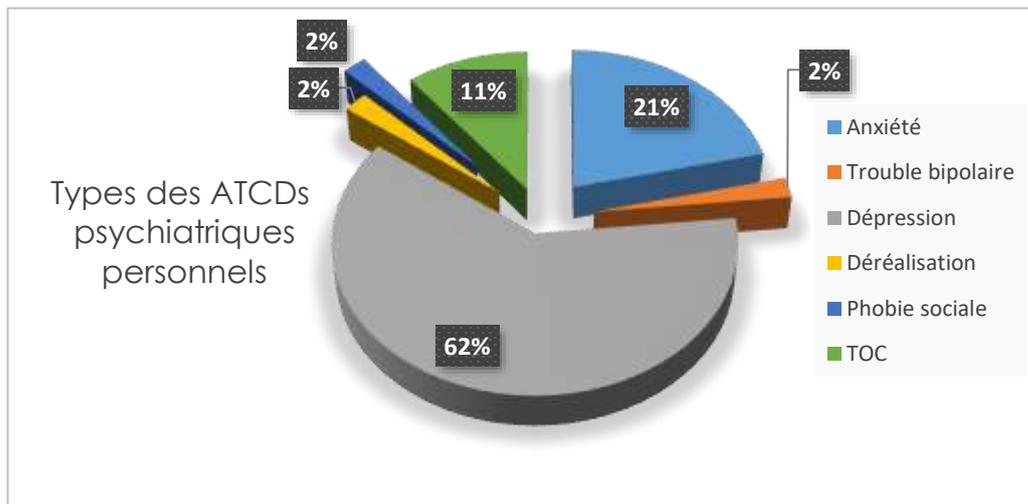


Figure 13 : Type des ATCDs psychiatriques personnels (n^o=47)

b. Antécédents psychiatriques Familiaux

Sur la base de notre population de 487 étudiants, 17% ont déclaré qu'ils ont des ATCDs psychiatriques familiaux, à contrario, 83% ont répondu par la négation (Fig.19). Parmi les 17% qui ont déclaré qu'ils ont des ATCD psychiatriques familiaux, la dépression représente 40% (24 étudiants) ; schizophrénie représente 25% (15 étudiants) ; trouble bipolaire représente 10% (6 étudiants) ; les autres pathologies représentent 25%. (Fig.14).

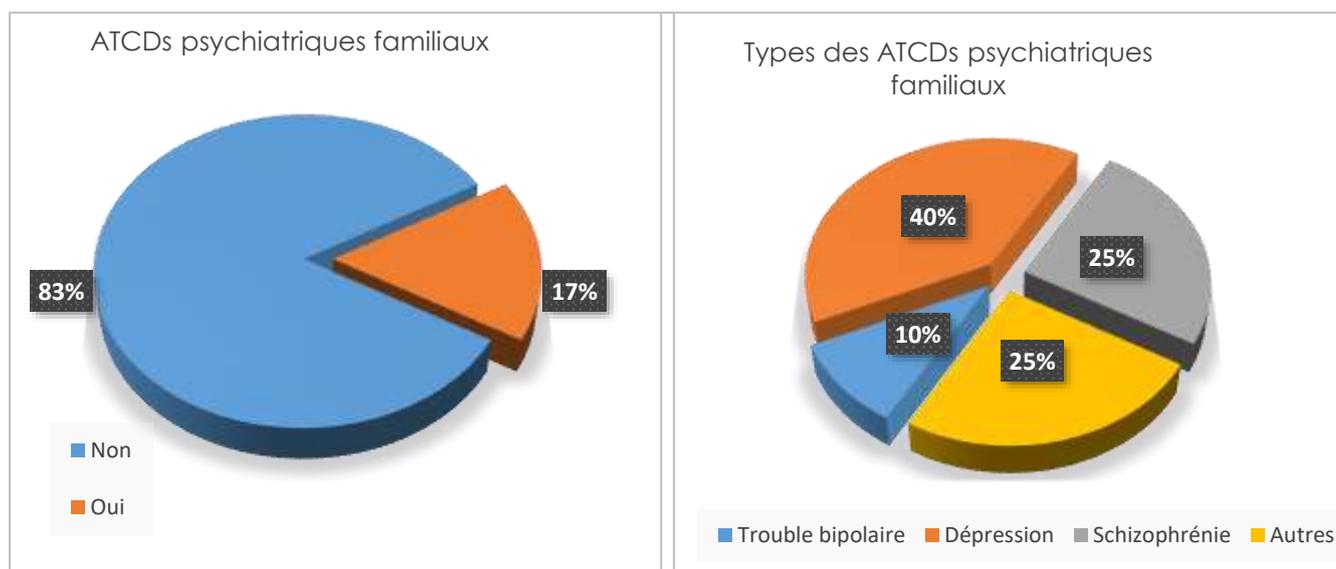


Figure 14 : Répartition de la population en termes des ATCDs psychiatriques familiaux et typologie (n=487)

c. Pathologies somatiques

Sur la taille de la population de 487 étudiants, 16% (soit 76) ont déclaré qu'ils ont une maladie organique, alors que 84% (soit 411) ont déclaré que ne l'ont pas (Fig.15).

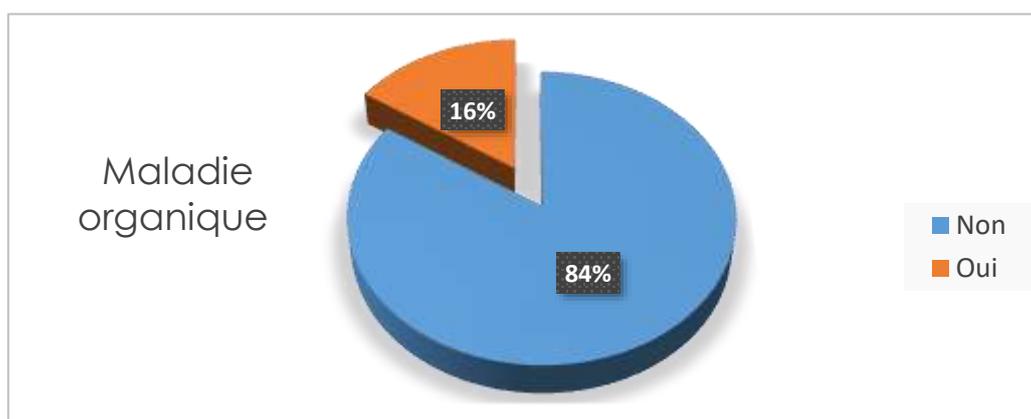


Figure 15 : Répartition de la population selon la maladie organique (n=487)

Parmi les 76 étudiants (16%) ayant déclaré qu'ils ont une maladie organique, l'anémie représente 15%, le SOPK représente 12%, Allergie représente 9%, le diabète et l'asthme représentent chacune 8%.

4. Usage de substances

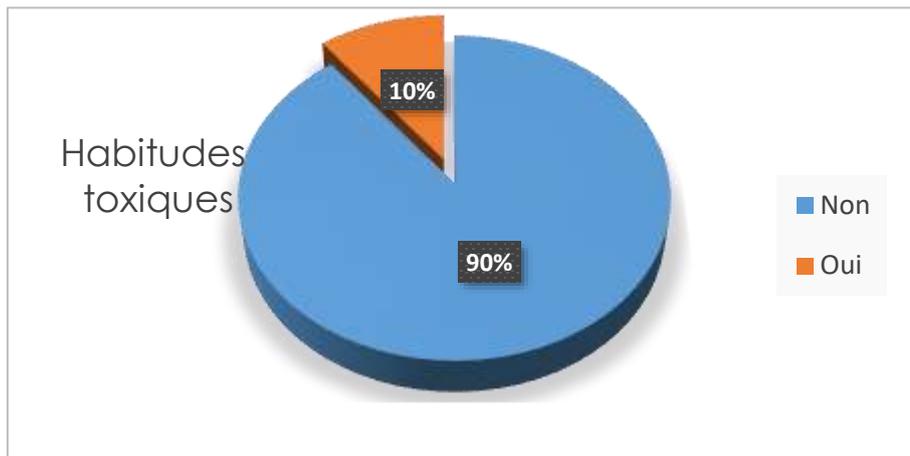


Figure 16 : Répartition de la population selon les habitudes toxiques (n=487)

Comme le graphe ci-dessus le montre, 10% des étudiants ayant répondu à notre questionnaire déclarent qu'ils ont une habitude toxique tandis que 90% ne l'avaient pas (Fig.16).

Le tabac représente la première habitude toxique avec 31 consommateurs, dont 14 étudiants (soit 45%) déclarent qu'ils consomment souvent le tabac, 6 étudiants (19%) disent que parfois tandis que 11 autres (35%) expriment qu'ils consomment le tabac d'une manière occasionnelle ;

L'alcool est la deuxième habitude toxique représentée par notre étude, il concerne 28 étudiants dont 19 (soit 68%) le consomment occasionnellement, 7 étudiants (soit 25%) de temps en temps et 2 autres (7%) d'une manière habituelle ;

Le cannabis aussi fait partie des habitudes toxiques de nos étudiants, 12 éléments (soit 60%) déclarent qu'ils le consomment à chaque fois l'occasion se

présente, 3 étudiants (15%) disent que c'est parfois et 5 autres (25%) disent que souvent ils consomment le cannabis ;

Or, 20 étudiants déclarent qu'ils consomment d'autres substances psychoactives citant : la cocaïne, l'héroïne et la caféine. 3 étudiants (soit 15%) ont rapporté qu'ils les consomment occasionnellement, 8 étudiants (soit 40%) de temps en temps et 9 autres (45%) d'une manière habituelle (Fig.17).

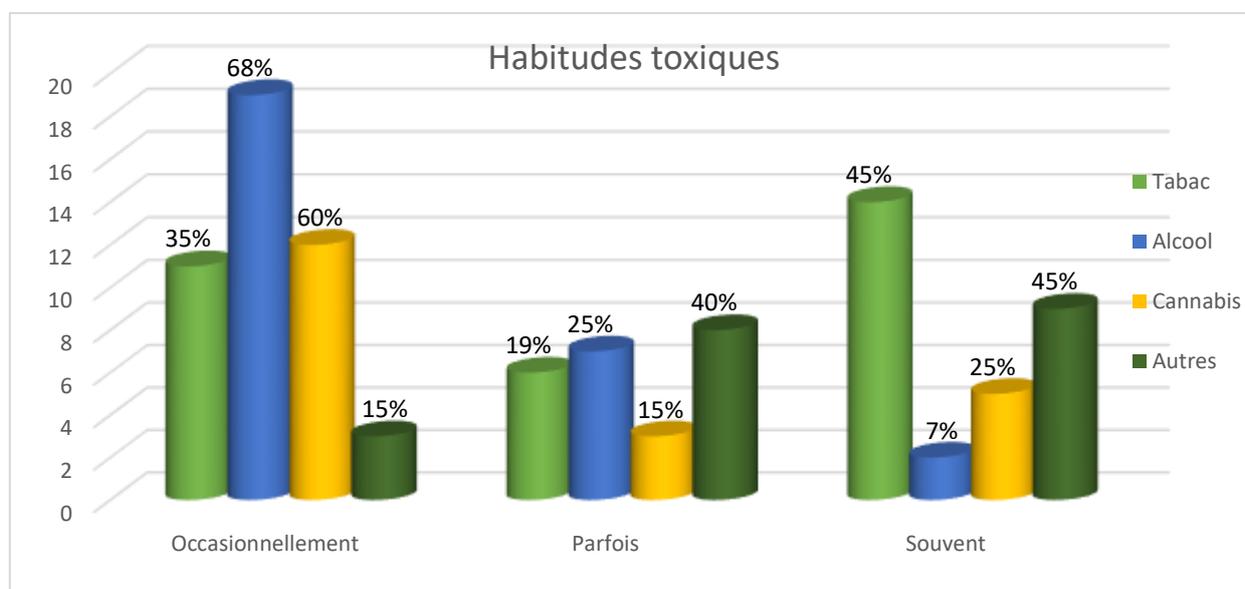


Figure 17 : Types des habitudes toxiques

5. Performances académiques :

a. Année d'études médicales :

La population ayant répondu au questionnaire est représentée par le graphe suivant (Fig.18). Elle est composée de 487 étudiants :

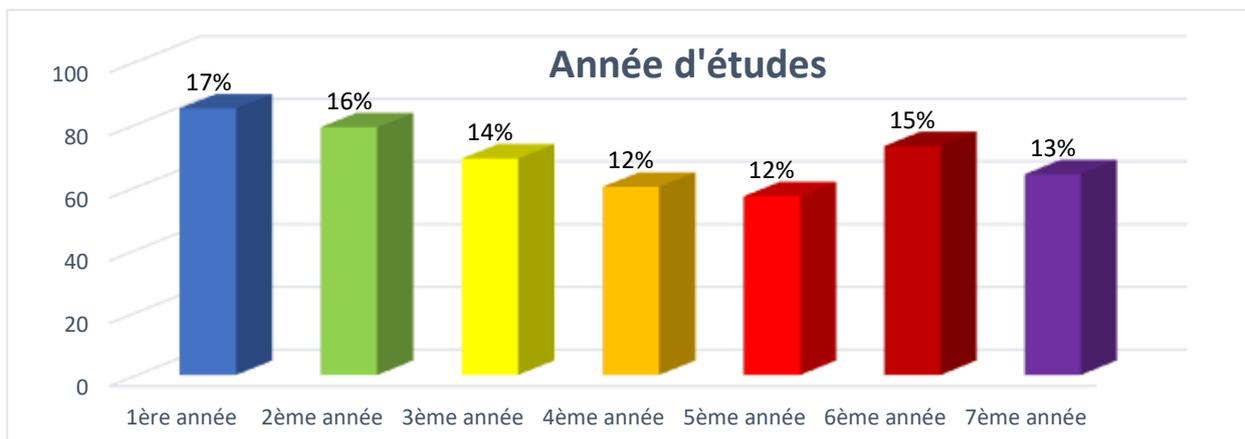


Figure 18 : Répartition de la population en termes d'année d'études (n=487)

1^{ère} année : 85 étudiants (soit 17%) ; 2^{ème} année : 79 étudiants (soit 16%) ; 3^{ème} année : 69 étudiants (soit 14%) ; 4^{ème} année : 60 étudiants (soit 12%) ; 5^{ème} année : 57 étudiants (soit 12%) ; 6^{ème} année : 73 étudiants (soit 15%) ; 7^{ème} année : 64 étudiants (soit 13%).

b. Parcours des études médicales :

Pour la première année, nous avons rassemblé un total de 402 réponses (85=487-402 restant concerne les étudiants inscrits en première année mais n'ont pas encore passé les examens), 39% soit 157 étudiants déclarent qu'ils ont tout validé en première session, 20% soit 81 étudiants ont eu un seul rattrapage, 15% soit 82 étudiants ont eu 2 rattrapages, 20% également soit 82 étudiants ont eu 3 rattrapages ou plus, tandis que 5% soit un nombre de 21 étudiants ont échoué pour leurs première année.

Pour la deuxième année, nous avons rassemblé un total de 327 réponses (160=487-327 restant concerne les étudiants non-inscrits (encore en première année) plus les inscrits en deuxième année qui n'ont pas encore passé les examens), 35% soit 113 étudiants déclarent qu'ils ont tout validé en première session, 16% soit 51 étudiants ont eu un seul rattrapage, 14% soit 47 étudiants ont eu 2 rattrapages, 25% également soit 83 étudiants ont eu 3 rattrapages ou plus, tandis que 10% soit un nombre de 33 étudiants ont échoué pour leurs deuxième année.

Pour la troisième année, nous avons rassemblé un total de 257 réponses (230=487-257 restant concerne les étudiants non-inscrits (encore en première ou deuxième année) plus les inscrits en troisième année qui n'ont pas encore passé les examens), 52% soit 133 étudiants déclarent qu'ils ont tout validé en première session, 23% soit 58 étudiants ont eu un seul rattrapage, 9% soit 22 étudiants ont eu 2 rattrapages, 14% également soit 37 étudiants ont eu 3 rattrapages ou plus, tandis que 3% soit un nombre de 7 étudiants ont échoué pour leurs troisième année.

Pour la quatrième année, nous avons rassemblé un total de 201 réponses (286=487-201 restant concerne les étudiants non-inscrits (encore en première, deuxième ou troisième année) plus les inscrits en quatrième année qui n'ont pas encore passé les examens), 45% soit 91 étudiants déclarent qu'ils ont tout validé en première session, 21% soit 43 étudiants ont eu un seul rattrapage, 9% soit 18 étudiants ont eu 2 rattrapages, 21% également soit 43 étudiants ont eu 3 rattrapages ou plus, tandis que 3% soit un nombre de 6 étudiants ont échoué pour leurs quatrième année.

Pour la cinquième année, nous avons rassemblé un total de 142 réponses (335=487-142 restant concerne les étudiants non-inscrits (encore en première, deuxième, troisième ou quatrième année) plus les inscrits en cinquième année qui n'ont pas encore passé les examens), 51% soit 72 étudiants déclarent qu'ils ont tout validé en première session, 20% soit 29 étudiants ont eu un seul rattrapage, 13% soit 19 étudiants ont eu 2 rattrapages, 13% également soit 18 étudiants ont eu 3 rattrapages ou plus, tandis que 3% soit un nombre de 4 étudiants ont échoué pour leurs cinquième année. (Fig. 19).

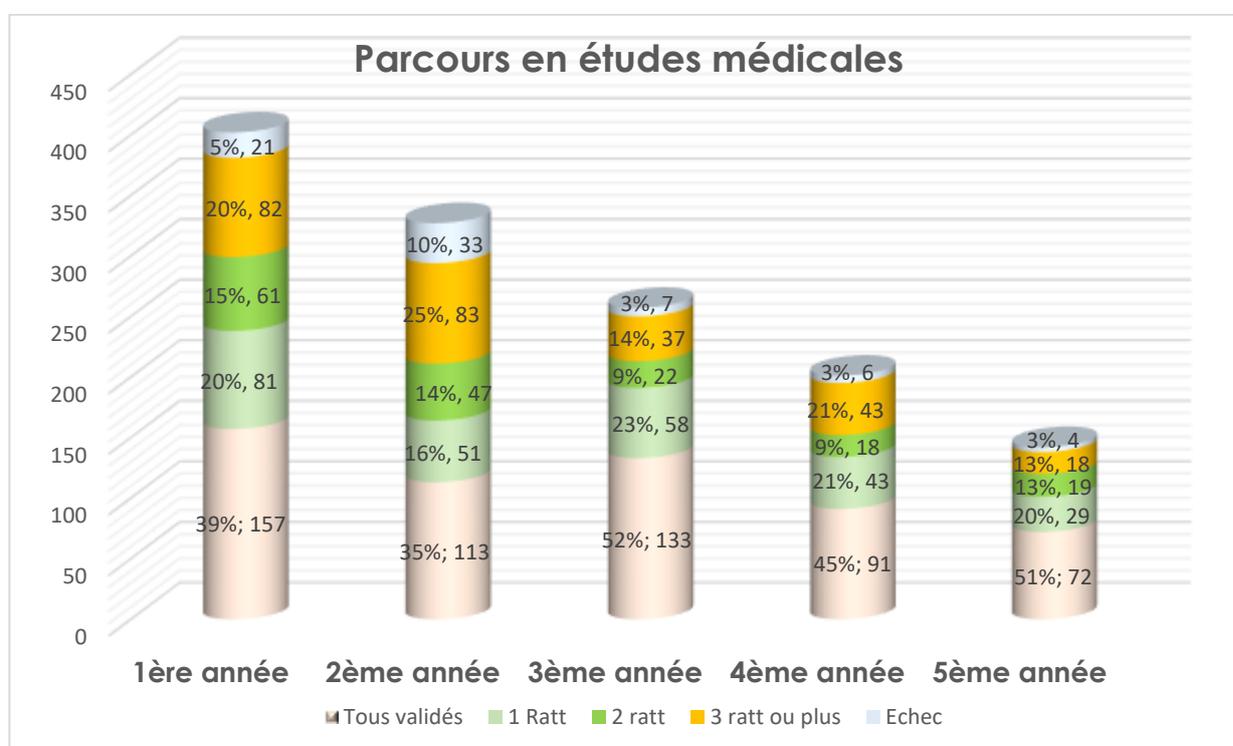


Figure 19 : Parcours des études médicales

c. Echec avant d'entamer les études médicales :

14% des étudiants ayant répondu au questionnaire déclarent qu'ils ont connu un échec avant les études médicales, les 86 % restants rapportent qu'ils n'ont jamais échoué (Fig.20). Dedans les 14% qui ont connu un échec, 74% déclarent que ça était une seule fois, 22% ont échoué deux fois, 2% ont échoué 3 fois ou plus.

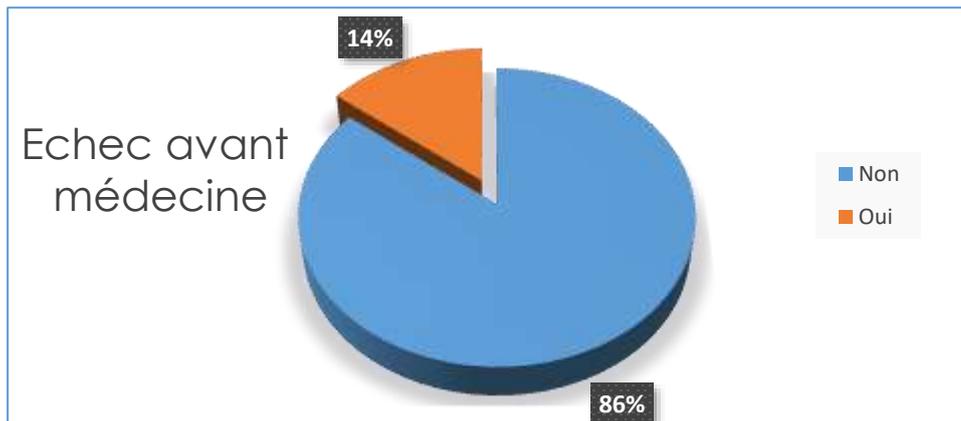


Figure 20 : Répartition de la population en termes d'échec

d. Formation académique:

Sur la base de 487 participants dans notre population d'étude, 103 étudiants soit 21% considèrent que la formation ne les prépare pas pour la carrière en tant que médecin (niveau 1), 140 étudiants soit 29% attribuent le niveau 2 et considèrent que la formation peu adéquate avec la carrière d'un médecin, 150 étudiants soit 31% disent que passablement la formation les prépare pour la carrière (niveau 3), 71 étudiants soit 15% sont modestement d'accord (niveau 4) que la formation est opportune à la carrière, le reste soit 23 étudiants soit 5% déclarent que la formation les prépare parfaitement pour la carrière en tant qu'un médecin (niveau 5) (Fig.21).

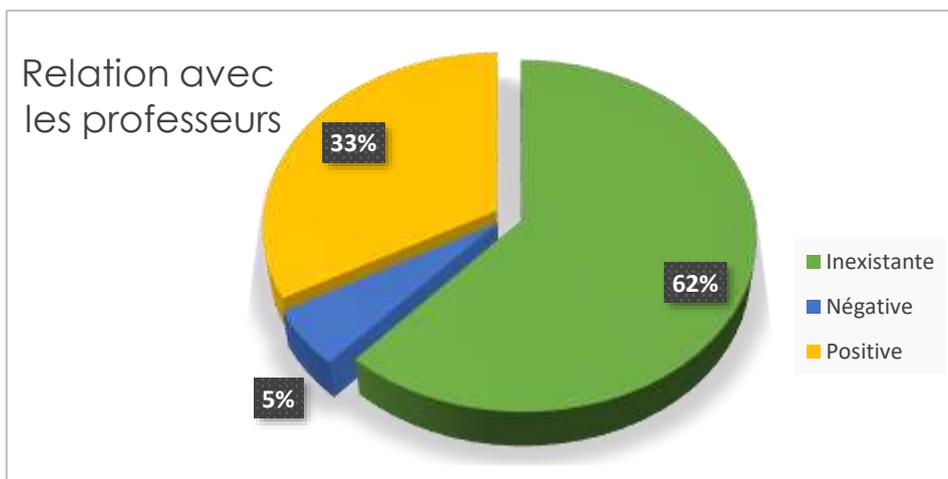


Figure 21 : Adéquation de la formation à la carrière (n=487)

e. **Relations avec les enseignants:**

62% des étudiants ayant répondu au questionnaire rapportent qu'ils n'ont aucune relation avec leurs professeurs, 33% déclarent qu'ils ont une relation positive, tandis que 5% disent que c'est une relation négative (Fig.22).

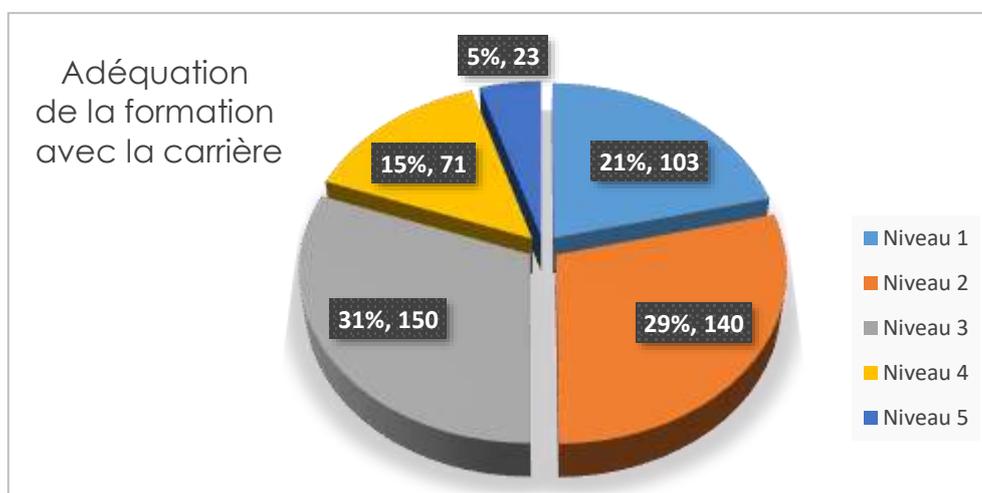


Figure 22 : Répartition de la population en termes de relation avec professeurs

(n=487)

f. La source importante de stress :

66% des étudiants ayant répondu au questionnaire rapportent que les études sont la principale source de stress, 17% attachent le stress à l'argent, tandis que 5% est représenté dans l'apparence physique, les relations avec la famille et les relations avec les amis comme source de stress principale, le logement est présent également, pour un taux de 2 % (Fig.23).

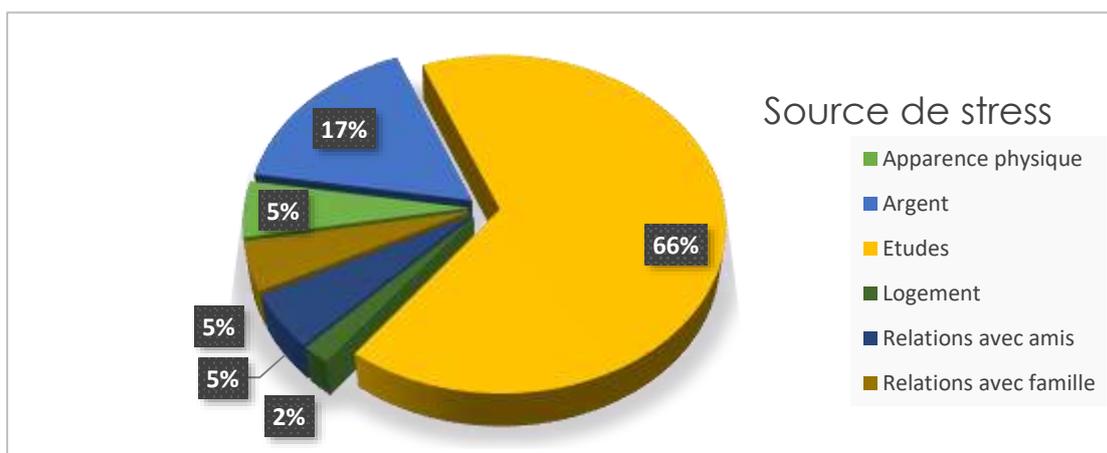


Figure 23 : Répartition de la population en fonction de source de stress (n=487)

6. Activités de Bien-être :

a. Activités Extra universitaires:

56% des étudiants ayant répondu au questionnaire rapportent qu'ils font des activités extra universitaires et cela de façon régulière, en revanche 44% déclarent qu'ils ne les font pas (Fig.24).

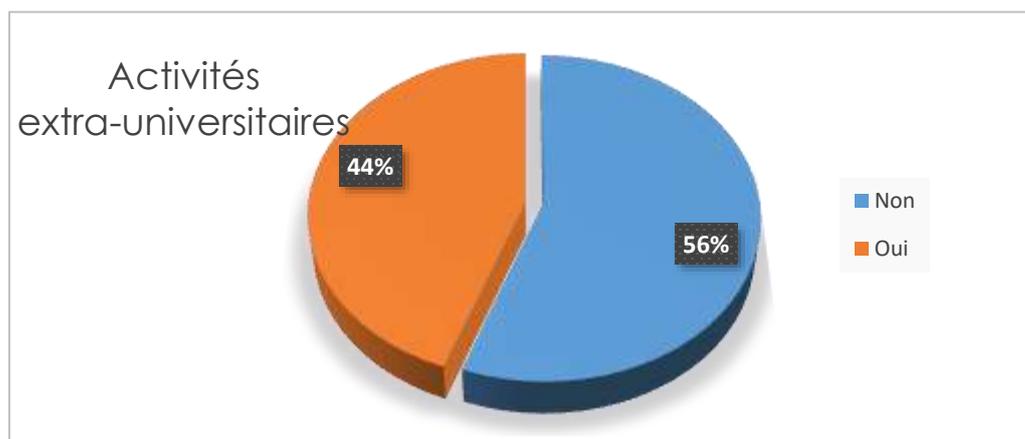


Figure 24 : Répartition de la population en termes des activités extra universitaires (n=487)

Parmi les 56% ayant répondu qu'ils font des activités extra universitaires, 35% déclarent qu'ils pratiquent du sport, 23% lisent, 18% jouent aux jeux vidéo, 15% font du travail associatif, 5% dessinent et 1% font de la cuisine (Fig.25).

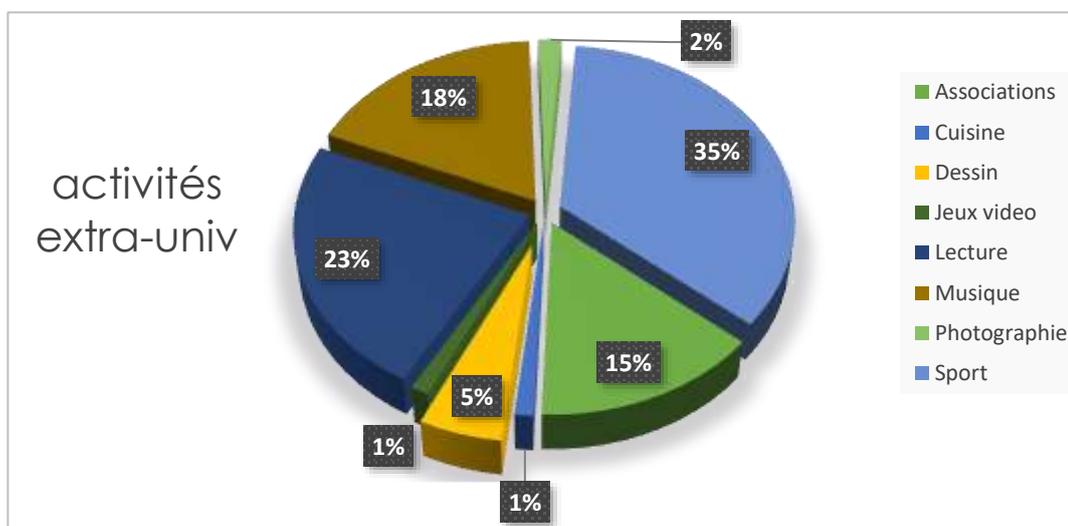


Figure 25 : Types des activités extra universitaires

b. Pratique du sport :

38% de l'ensemble de la population ne pratiquent aucune activité sportive, tant que 33% pratiquent du sport quand l'occasion se présente, 25% ont une activité sportive modérée tandis que 4% pratiquent le sport intensivement (Fig.26).

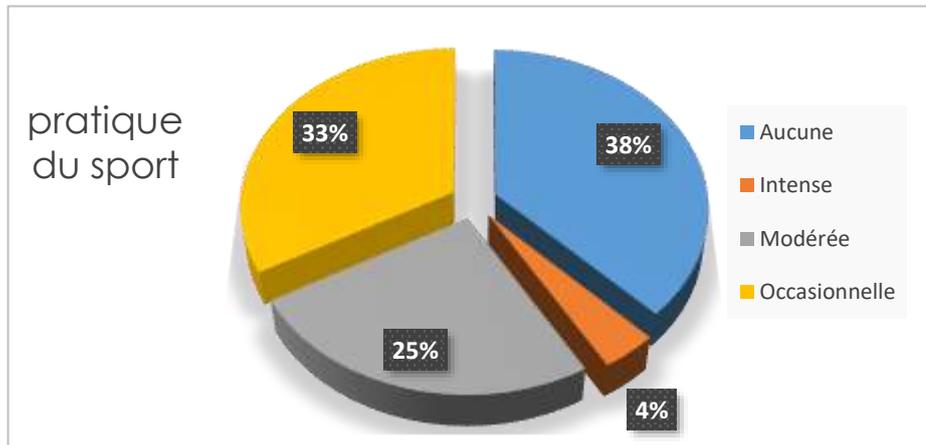


Figure 26 : Répartition de la population en termes de la pratique de sport (n=487)

7. Résultats des échelles

a. Echelle d'auto-efficacité :

L'Échelle du sentiment d'efficacité personnelle mesure les croyances en ses capacités d'atteindre des buts et de faire face aux diverses situations qui peuvent survenir.

L'étude descriptive objective :

- Un score moyen de 28,31 (écart-type 6,071) avec des extrêmes entre 10 et 40.
- Une médiane de 29,00 (intervalles interquartiles 24–33)

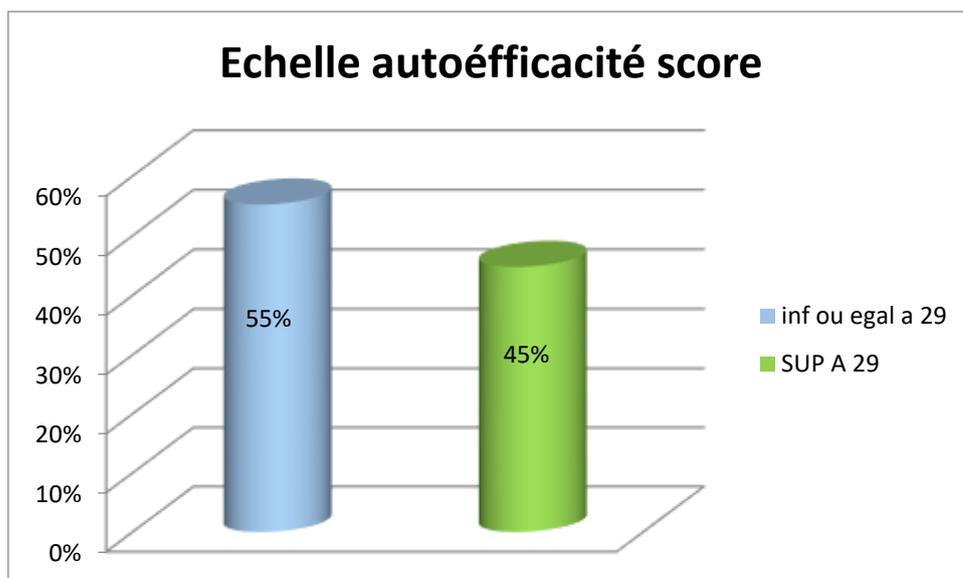


Figure 27 : Répartition de la population selon le score d'auto-efficacité

On constate que 55% des étudiants soit un total de 269 ont obtenu un score inférieur ou égal à la médiane de 29, tandis que 45% soit 218 étudiants ont obtenu un score supérieur à 29.

b. Echelle de Rosenberg :

Rosenberg a développé une échelle d'évaluation de l'estime de soi composée de 10 items, notre population d'étude a répondu au questionnaire et les résultats sont comme suit :

- Un score moyen de 27,64 (écart-type 3,601) avec des extrêmes entre 10 et 37.
- Une médiane de 28,00 (intervalles interquartiles 26–30).

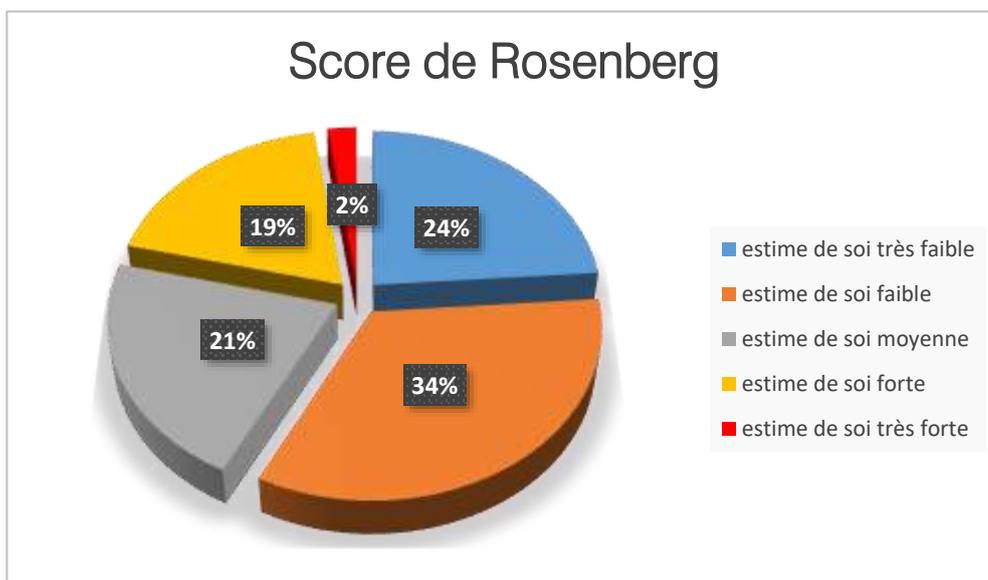


Figure 28 : Répartition de la population selon le niveau de l'estime de soi (n=487)

On constate que 14% soit 69 étudiants ont une estime de soi très faible (un score variant entre 10 et 24), 66% soit 320 étudiants ont une estime de soi faible (un score entre 25 et 30), 17% soit 84 étudiants ont une estime de soi moyenne (score entre 31 et 33) et seulement 3% soit 14 étudiants ont une estime de soi forte (score entre 34 et 40).

c. Echelle de mesure de stress :

Cette échelle est l'une des plus utilisées pour évaluer la perception du stress. Ses 10 items permettent de mesurer simplement et rapidement l'importance avec laquelle des situations de la vie sont perçues comme menaçantes, c'est à dire non prévisibles, incontrôlables et pénibles en constituant des repères, elle permet d'amorcer une discussion sur le travail lors des visites médicales de santé au travail, par exemple. En effet, il est nécessaire de disposer de repères pour discuter et échanger.

- Un score moyen de 30,39 (écart-type 7,252) avec des extrêmes entre 10 et 50.
- Une médiane de 30,00 (intervalles interquartiles 26–35).

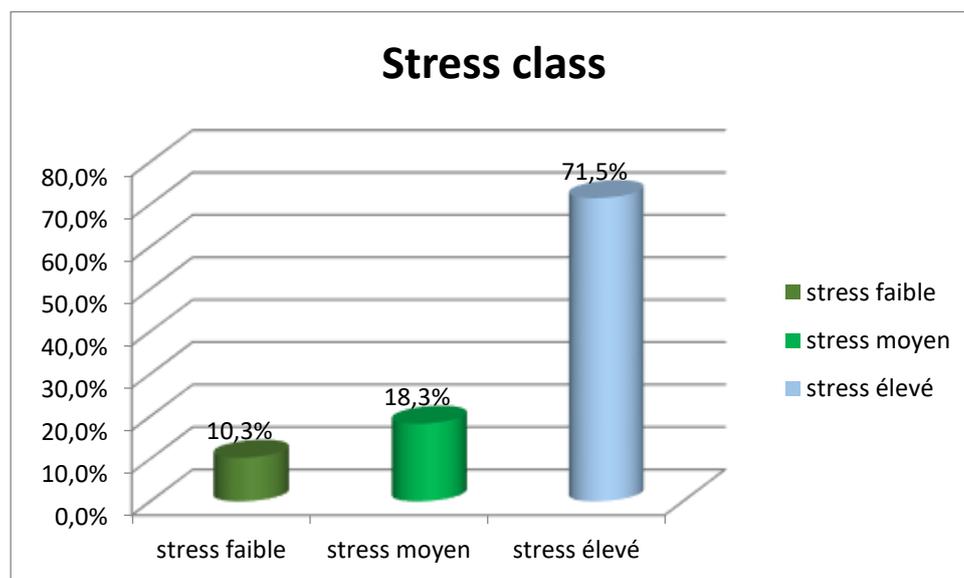


Figure 29 : Répartition de la population selon le niveau (n=487)

On constate que 10,3% soit 50 étudiants ont un stress faible, 18,3% soit 89 étudiants ont un stress moyen tandis que 71,5% soit 348 étudiants souffrent d'un stress élevé.

d. Echelle HAD :

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

Pour l'anxiété :

- Un score moyen de 9,22 (écart-type 3,937) avec des extrêmes entre 1 et 21.
- Une médiane de 9,00 (intervalles interquartiles 6–12).

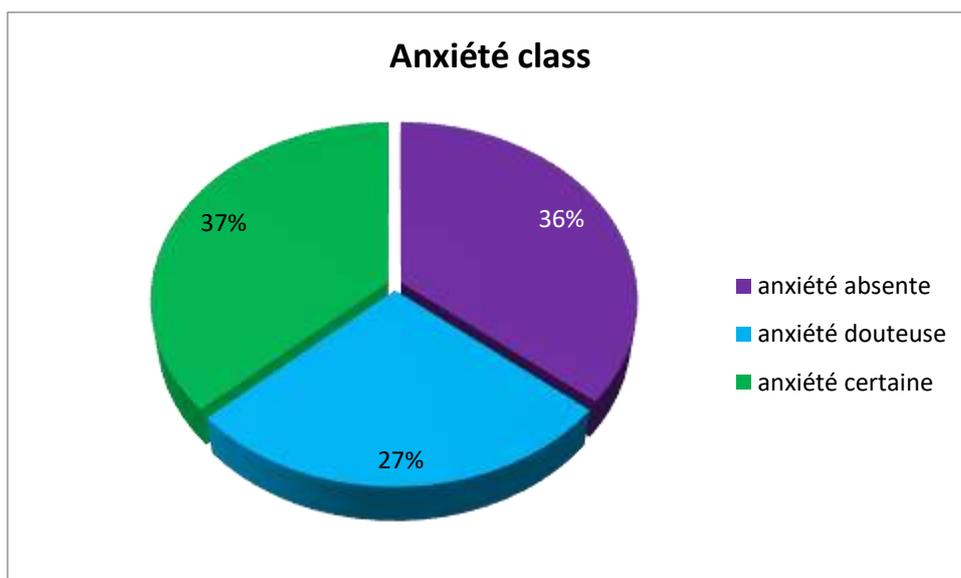


Figure 30 : Répartition de la population selon le niveau d'anxiété (n=487)

On constate que 36% soit 175 éléments n'ont pas d'anxiété, 27% (133 éléments) ont une anxiété douteuse, alors que 37% soit 179 étudiants ont une anxiété certaine.

Pour la dépression :

- Un score moyen de 7,55(écart-type 3,716) avec des extrêmes entre 0 et 19.
- Une médiane de 8,00 (intervalles interquartiles 5-10).

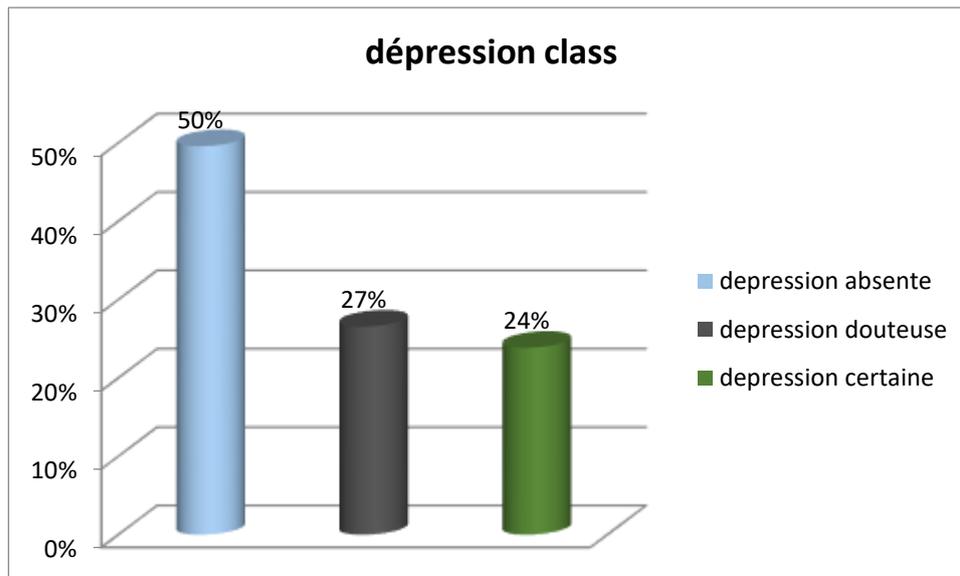


Figure 31 : Répartition de la population selon le niveau de dépression (n=487)

On constate que 50% des étudiants ne sont pas déprimés, 27% ont une dépression douteuse alors que 24% sont certainement déprimés.

B. Etude analytique :

Pour répondre aux objectifs de l'étude, nous avons effectué un croisement entre les scores des différentes échelles, et d'autres variables d'intérêt à la recherche d'associations : Le sexe, le statut marital, le revenu familial, la résidence, les antécédents psychiatriques personnels ou familiaux, les événements traumatisants très marquants, la maltraitance pendant l'enfance, l'usage des substances, le niveau d'étude, les performances académiques, l'échec avant d'entamer les études médicales, les activités extra-universitaires et la pratique du sport. Puis, on a cherché une corrélation entre les scores des différentes échelles.

1. Analyse uni-variée entre l'échelle de Rosenberg et les variables d'intérêt :

a. Données sociodémographiques et économiques :

| Variable | Catégorie | Nombre | % total | Niveau d'estime de soi | | | | | | | | | | P valeur |
|----------------------------|-------------|--------|---------|------------------------|-------|--------|-------|---------|-------|-------|-------|------------|------|----------|
| | | | | Tres faible | | Faible | | Moyenne | | Forte | | Tres forte | | |
| | | | | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | |
| Sexe | Féminin | 324 | 67% | 91 | 28.1% | 110 | 34.0% | 63 | 19.4% | 53 | 16.4% | 7 | 2.2% | 0,015 |
| | Masculin | 163 | 33% | 25 | 15.3% | 54 | 33.1% | 41 | 25.2% | 39 | 23.9% | 4 | 2.5% | |
| Statut marital | Célibataire | 462 | 95% | 108 | 23.4% | 158 | 34.2% | 101 | 21.9% | 86 | 18.6% | 9 | 1.9% | 0,149 |
| | Marié(e) | 25 | 5% | 8 | 32.0% | 6 | 24.0% | 3 | 12.0% | 6 | 24.0% | 2 | 8.0% | |
| Revenu familial en Dirhams | < 2000Dh | 49 | 10% | 11 | 22.4% | 20 | 40.8% | 11 | 22.4% | 6 | 12.2% | 1 | 2.0% | 0,233 |
| | 2000-5000 | 84 | 17% | 21 | 25.0% | 29 | 34.5% | 19 | 22.6% | 14 | 16.7% | 1 | 1.2% | |
| | 5000-10 000 | 120 | 25% | 32 | 26.7% | 48 | 40.0% | 20 | 16.7% | 20 | 16.7% | 0 | 0.0% | |
| | >10 000 | 234 | 48% | 52 | 22.2% | 67 | 28.6% | 54 | 23.1% | 52 | 22.2% | 9 | 3.8% | |
| Résidence | Rural | 28 | 6% | 8 | 28.6% | 8 | 28.6% | 5 | 17.9% | 7 | 25.0% | 0 | 0.0% | 0,747 |
| | Urbain | 459 | 94% | 108 | 23.5% | 156 | 34.0% | 99 | 21.6% | 85 | 18.5% | 11 | 2.4% | |

Tableau 3 : Résultats de l'analyse uni-variée entre l'échelle de Rosenberg et les données socio-démographiques et économiques

b. Eléments biographiques et habitudes de vie :

| Variable | Catégorie | Nombre | % total | Niveau d'estime de soi | | | | | | | | | | P valeur |
|---------------------------------------|-----------|--------|---------|------------------------|-------|--------|-------|---------|-------|-------|-------|------------|------|----------|
| | | | | Tres faible | | Faible | | Moyenne | | Forte | | Tres forte | | |
| | | | | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | |
| Antécédents psychiatriques personnels | Oui | 58 | 12% | 25 | 43.1% | 17 | 29.3% | 6 | 10.3% | 10 | 17.2% | 0 | 0.0% | 0,003 |
| | Non | 429 | 88% | 91 | 21.2% | 147 | 34.3% | 98 | 22.8% | 82 | 19.1% | 11 | 2.6% | |
| Antécédents psychiatriques familiaux | Oui | 81 | 17% | 39 | 48.1% | 24 | 29.6% | 10 | 12.3% | 7 | 8.6% | 1 | 1.2% | 0,000 |
| | Non | 406 | 83% | 77 | 19.0% | 140 | 34.5% | 94 | 23.2% | 85 | 20.9% | 10 | 2.5% | |
| Usage de substances | Oui | 51 | 10% | 15 | 29.4% | 17 | 33.3% | 6 | 11.8% | 12 | 23.5% | 1 | 2.0% | 0,423 |
| | Non | 436 | 90% | 101 | 23.2% | 147 | 33.7% | 98 | 22.5% | 80 | 18.3% | 10 | 2.3% | |
| Evénement traumatisant | Oui | 151 | 31% | 45 | 29.8% | 57 | 37.7% | 25 | 16.6% | 21 | 13.9% | 3 | 2.0% | 0,046 |
| | Non | 336 | 69% | 71 | 21.1% | 107 | 31.8% | 79 | 23.5% | 71 | 21.1% | 8 | 2.4% | |
| Maltraitance pendant l'enfance | Oui | 67 | 14% | 25 | 37.3% | 24 | 35.8% | 8 | 11.9% | 9 | 13.4% | 1 | 1.5% | 0,030 |
| | Non | 420 | 86% | 91 | 21.7% | 140 | 33.3% | 96 | 22.9% | 83 | 19.8% | 10 | 2.4% | |

Tableau 4 : Résultats de l'analyse uni-variée entre l'échelle de Rosenberg et les éléments biographiques et habitudes de vie

c. Performances Académiques :

L'objectif de notre étude est de rechercher le lien entre l'estime de soi et les performances académiques. Pour cela, nous allons essayer de détailler ce point en vue de trouver toute corrélation possible entre l'estime de soi mesurée par l'échelle de Rosenberg et les performances académiques.

| Variable | Catégorie | Nombre | % total | Niveau d'estime de soi | | | | | | | | | | P valeur |
|---------------------|------------|--------|---------|------------------------|-------|--------|-------|---------|-------|-------|-------|------------|------|----------|
| | | | | Tres faible | | Faible | | Moyenne | | Forte | | Tres forte | | |
| | | | | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | |
| Niveau d'étude | 1ère Année | 85 | 17% | 22 | 25.9% | 32 | 37.6% | 19 | 22.4% | 11 | 12.9% | 1 | 1.2% | 0,581 |
| | 2ème Année | 79 | 16% | 17 | 21.5% | 24 | 30.4% | 17 | 21.5% | 21 | 26.6% | 0 | 0.0% | |
| | 3ème Année | 69 | 14% | 14 | 20.3% | 28 | 40.6% | 19 | 27.5% | 7 | 10.1% | 1 | 1.4% | |
| | 4ème Année | 60 | 12% | 12 | 20.0% | 17 | 28.3% | 14 | 23.3% | 15 | 25.0% | 2 | 3.3% | |
| | 5ème Année | 57 | 12% | 17 | 29.8% | 16 | 28.1% | 13 | 22.8% | 10 | 17.5% | 1 | 1.8% | |
| | 6ème Année | 73 | 15% | 18 | 24.7% | 26 | 35.6% | 12 | 16.4% | 14 | 19.2% | 3 | 4.1% | |
| | 7ème Année | 64 | 13% | 16 | 25.0% | 21 | 32.8% | 10 | 15.6% | 14 | 21.9% | 3 | 4.7% | |
| Parcours avec échec | Non | 429 | 88% | 93 | 21.7% | 148 | 34.5% | 97 | 22.6% | 80 | 18.6% | 11 | 2.6% | 0,014 |
| | Oui | 57 | 12% | 23 | 40.4% | 15 | 26.3% | 7 | 12.3% | 12 | 21.1% | 0 | 0.0% | |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|--|------------|------------|----|-------|-----|-------|----|-------|----|-------|----|------|--------------|
| Performance académique | Parcours sans rattrapage ni échec | 165 | 34% | 32 | 19.4% | 54 | 32.7% | 42 | 25.5% | 34 | 20.6% | 3 | 1.8% | 0,085 |
| | Parcours avec rattrapage | 264 | 54% | 61 | 23.1% | 94 | 35.6% | 55 | 20.8% | 46 | 17.4% | 8 | 3.0% | |
| | Parcours avec échec sans rattrapage | 11 | 2% | 5 | 45.5% | 5 | 45.5% | 0 | 0.0% | 1 | 9.1% | 0 | 0.0% | |
| | Parcours avec Rattrapage + Echec | 46 | 9% | 18 | 39.1% | 10 | 21.7% | 7 | 15.2% | 11 | 23.9% | 0 | 0.0% | |
| Intervalle de Rattrapages | Aucun Rattrapage | 176 | 36% | 37 | 21.0% | 59 | 33.5% | 42 | 23.9% | 35 | 19.9% | 3 | 1.7% | 0,350 |
| | Entre 1 et 4 rattrapages | 189 | 39% | 45 | 23.8% | 69 | 36.5% | 42 | 22.2% | 30 | 15.9% | 3 | 1.6% | |
| | 5 rattrapages ou plus | 121 | 25% | 34 | 28.1% | 35 | 28.9% | 20 | 16.5% | 27 | 22.3% | 5 | 4.1% | |
| Echec avant la médecine | Oui | 70 | 14% | 23 | 32.9% | 27 | 38.6% | 10 | 14.3% | 10 | 14.3% | 0 | 0.0% | 0,089 |
| | Non | 417 | 86% | 93 | 22.3% | 137 | 32.9% | 94 | 22.5% | 82 | 19.7% | 11 | 2.6% | |

Tableau 5 : Résultats de l'analyse uni-variée entre l'échelle de Rosenberg et les performances académiques

d. Activités de Bien-Etre :

| Variable | Catégorie | Nombre | % total | Niveau d'estime de soi | | | | | | | | | | P valeur |
|------------------------------|---------------|--------|---------|------------------------|-------|--------|-------|---------|-------|-------|-------|------------|------|----------|
| | | | | Tres faible | | Faible | | Moyenne | | Forte | | Tres forte | | |
| | | | | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | |
| Activité extra universitaire | Oui | 216 | 44% | 38 | 17.6% | 67 | 31.0% | 48 | 22.2% | 55 | 25.5% | 8 | 3.7% | 0,001 |
| | Non | 271 | 56% | 78 | 28.8% | 97 | 35.8% | 56 | 20.7% | 37 | 13.7% | 3 | 1.1% | |
| Pratique du sport | Aucune | 183 | 38% | 62 | 33.9% | 64 | 35.0% | 32 | 17.5% | 24 | 13.1% | 1 | 0.5% | 0,000 |
| | Intense | 19 | 4% | 2 | 10.5% | 5 | 26.3% | 4 | 21.1% | 8 | 42.1% | 0 | 0.0% | |
| | Modérée | 123 | 25% | 15 | 12.2% | 42 | 34.1% | 33 | 26.8% | 28 | 22.8% | 5 | 4.1% | |
| | Occasionnelle | 161 | 33% | 37 | 23.0% | 53 | 32.9% | 35 | 21.7% | 32 | 19.9% | 4 | 2.5% | |

Tableau 6 : Résultats de l'analyse uni-variée entre l'échelle de Rosenberg et les activités de bien-être

D'après l'analyse des différents résultats obtenus, on note une association significative entre le niveau d'estime de soi et les variables suivantes : Le sexe, les antécédents psychiatriques personnels ou familiaux, les événements traumatisants très marquants, la maltraitance pendant l'enfance, le parcours des études avec échec, les performances académiques, échec avant la médecine, les activités extra-universitaires et la pratique du sport. Ainsi, nous avons les constatations suivantes concernant le niveau de l'estime de soi chez les étudiants ayant participé à notre recherche :

- Les étudiants du sexe masculin ont une estime de soi légèrement supérieure par rapport les étudiants du sexe féminin ;
- Les étudiants qui ont déclaré qu'ils ont un antécédent psychiatrique personnel ont une estime de soi faible ou très faible ;
- Les étudiants qui ont déclaré qu'ils ont un antécédent psychiatrique familial ont une estime de soi faible à très faible ;
- Les étudiants qui ont rapporté qu'ils ont vécu un événement traumatisant très marquant pendant leur enfance et/ou adolescence ont une estime de soi inférieure ;
- Les étudiants ayant rapporté qu'ils ont subi une maltraitance pendant leur enfance ont une estime de soi inférieure par rapport aux étudiants qui ont déclaré qu'ils ne sont jamais maltraités ;
- Les étudiants ayant connu au moins un échec durant leur parcours des études médicales, semblent avoir une estime de soi inférieure par rapport leurs collègues qui réussissaient leurs études avec ou sans rattrapages ;
- Les étudiants qui ont déclaré qu'ils ont un parcours universitaire sans échec ni rattrapage, ont une estime de soi supérieure par rapport aux autres

étudiants, ceux qui ont connu un (des) échec (s) une estime de soi très faible à faible ; le khi-deux de Pearson est de 0,085 ;

- Les étudiants ayant connu des échecs avant d'entreprendre les études médicales, semblent avoir une estime de soi légèrement inférieure par rapport aux étudiants ayant déclaré qu'ils n'ont pas connu des échecs avant la médecine ; le khi-deux de Pearson est de 0,089 ;
- Les étudiants qui ont rapporté qu'ils font des activités extra-universitaires ont une estime de soi supérieure par rapport aux étudiants qui ont déclaré qu'ils ne font pas des activités extra-universitaires ;
- Les étudiants qui ne pratiquent aucune activité sportive ont une estime de soi inférieure par rapport aux autres étudiants qui ont une activité sportive. Les étudiants qui pratiquent le sport d'une manière intense ont une estime de soi forte.

Par ailleurs, nous n'avons pas révélé d'associations significatives entre le niveau d'estime de soi et les variables suivantes : le statut marital, le revenu familial, la résidence, l'usage des substances, le niveau d'étude et l'intervalle des rattrapages.

2. Analyse uni-variée entre l'échelle d'auto-efficacité et les variables d'intérêt :

a. Données sociodémographiques et économiques :

| Variable | Catégorie | Nombre | % total | Score d'auto-efficacité | | | | P valeur |
|----------------------------|-------------|--------|---------|-------------------------|-------|------------------------|-------|----------|
| | | | | Inférieur à 29 | | Supérieur ou égal à 29 | | |
| | | | | N | % | N | % | |
| Sexe | Féminin | 324 | 67% | 176 | 54.3% | 148 | 45.7% | 0,004 |
| | Masculin | 163 | 33% | 66 | 40.5% | 97 | 59.5% | |
| Statut marital | Célibataire | 462 | 95% | 231 | 50.0% | 231 | 50.0% | 0,559 |
| | Marié(e) | 25 | 5% | 11 | 44.0% | 14 | 56.0% | |
| Revenu familial en Dirhams | < 2000Dh | 49 | 10% | 26 | 53.1% | 23 | 46.9% | 0,428 |
| | 2000-5000 | 234 | 48% | 108 | 46.2% | 126 | 53.8% | |
| | 5000-10 000 | 84 | 17% | 47 | 56.0% | 37 | 44.0% | |
| | >10 000 | 120 | 25% | 61 | 50.8% | 59 | 49.2% | |
| Résidence | Rural | 28 | 6% | 14 | 50.0% | 14 | 50.0% | 0,973 |
| | Urbain | 459 | 94% | 228 | 49.7% | 231 | 50.3% | |

Tableau 7 : Résultats d'analyse uni-variée entre l'échelle d'auto-efficacité et les données sociodémographiques et économiques

b. Éléments biographiques et habitudes de vie :

| Variable | Catégorie | Nombre | % total | Score d'auto-efficacité | | | | P valeur |
|---|-----------|--------|---------|-------------------------|-----------|------------------------|-------|----------|
| | | | | Inférieur à 29 | | Supérieur ou égal à 29 | | |
| | | | | N | % | N | % | |
| Antécédents psychiatriques personnels | Oui | 58 | 12% | 40 | 69.0 % | 18 | 31.0% | 0,002 |
| | Non | 429 | 88% | 202 | 47.1 % | 227 | 52.9% | |
| Antécédents psychiatriques familiaux | Oui | 81 | 17% | 54 | 66.7 % | 27 | 33.3% | 0,001 |
| | Non | 406 | 83% | 188 | 46.3 % | 218 | 53.7% | |
| Usage de substances | Oui | 51 | 10% | 20 | 39.2 % | 31 | 60.8% | 0,114 |
| | Non | 436 | 90% | 222 | 50.9 % | 214 | 49.1% | |
| Événement traumatisant | Oui | 151 | 31% | 75 | 49.7 % | 76 | 50.3% | 0,995 |
| | Non | 336 | 69% | 167 | 49.7 % | 169 | 50.3% | |
| Maltraitance pendant l'enfance | Oui | 67 | 14% | 38 | 56.7 % | 29 | 43.3% | 0,216 |
| | Non | 420 | 86% | 204 | 48.6 % | 216 | 51.4% | |

Tableau 8 : Résultats d'analyse uni-variée entre l'échelle d'auto-efficacité et les éléments biographiques et habitudes de vie

c. Performances Académiques :

| Variable | Catégorie | Nombre | % total | Score d'auto-efficacité | | | | P valeur |
|--------------------------------|-----------------------------------|--------|---------|-------------------------|-------|------------------------|-------|--------------|
| | | | | Inférieur à 29 | | Supérieur ou égal à 29 | | |
| | | | | N | % | N | % | |
| Niveau d'étude | 1 ^{ère} Année | 85 | 17% | 41 | 48.2% | 44 | 51.8% | 0,818 |
| | 2 ^{ème} Année | 79 | 16% | 42 | 53.2% | 37 | 46.8% | |
| | 3 ^{ème} Année | 69 | 14% | 32 | 46.4% | 37 | 53.6% | |
| | 4 ^{ème} Année | 60 | 12% | 27 | 45.0% | 33 | 55.0% | |
| | 5 ^{ème} Année | 57 | 12% | 26 | 45.6% | 31 | 54.4% | |
| | 6 ^{ème} Année | 73 | 15% | 38 | 52.1% | 35 | 47.9% | |
| | 7 ^{ème} Année | 64 | 13% | 36 | 56.3% | 28 | 43.8% | |
| Performance académique | Parcours sans rattrapage ni échec | 165 | 34% | 80 | 48.5% | 85 | 51.5% | 0,629 |
| | Parcours avec rattrapage | 264 | 54% | 129 | 48.9% | 135 | 51.1% | |
| | Parcours avec échec | 11 | 2% | 5 | 45.5% | 6 | 54.5% | |
| | Parcours avec Rattrapage + Echec | 46 | 9% | 27 | 58.7% | 19 | 41.3% | |
| Echec avant la médecine | Oui | 70 | 14% | 31 | 44.3% | 39 | 55.7% | 0,328 |
| | Non | 417 | 86% | 211 | 50.6% | 206 | 49.4% | |

Tableau 9 : Résultats d'analyse uni-variée entre l'échelle d'auto-efficacité et les performances académiques

d. Activités de Bien-Etre :

| Variable | Catégorie | Nombre | % total | Score d'auto-efficacité | | | | P valeur |
|------------------------------|---------------|--------|---------|-------------------------|-------|------------------------|-------|----------|
| | | | | Inférieur à 29 | | Supérieur ou égal à 29 | | |
| | | | | N | % | N | % | |
| Activité extra universitaire | Oui | 216 | 44% | 85 | 39.4% | 131 | 60.6% | 0,000 |
| | Non | 271 | 56% | 157 | 57.9% | 114 | 42.1% | |
| Pratique du sport | Aucune | 183 | 38% | 110 | 60.1% | 73 | 39.9% | 0,008 |
| | Intense | 19 | 4% | 7 | 36.8% | 12 | 63.2% | |
| | Modérée | 123 | 25% | 55 | 44.7% | 68 | 55.3% | |
| | Occasionnelle | 161 | 33% | 70 | 43.5% | 91 | 56.5% | |

Tableau 10 : Résultats d'analyse uni-variée entre l'échelle d'auto-efficacité et les activités de bien-être

D'après l'analyse des différents résultats obtenus, on distingue une association significative entre le score d'auto-efficacité et les variables suivantes : Le sexe, les antécédents psychiatriques personnels ou familiaux, les activités extra-universitaires et la pratique du sport. Ainsi, nous avons les constatations suivantes concernant notre population de recherche :

- Les étudiants du sexe masculin ont un score d'auto-efficacité légèrement supérieur par rapport aux étudiants du sexe féminin ;
- 69% des étudiants qui ont déclaré qu'ils ont un antécédent psychiatrique personnel ont un score d'auto-efficacité inférieur à la moyenne de 29, contre seulement 47% qui ont rapporté qu'ils n'ont pas un antécédent psychiatrique personnel ;

- Deux tiers des étudiants qui ont un antécédent psychiatrique familial ont un score d'auto-efficacité inférieur à la moyenne de 29, contre seulement 46% qui ont déclaré qu'ils n'ont pas un antécédent psychiatrique familial ;
- 60.6% des étudiants qui ont une activité extra-universitaire, ont un score d'auto-efficacité supérieur à 29, contre seulement 42% des étudiants qu'ils n'ont pas une activité extra-universitaire ;
- Seulement 39% des étudiants qui ne pratiquent aucune activité sportive, ont un score d'auto-efficacité supérieur à 29, tandis que 63% des étudiants qui pratiquent le sport intensivement, 56% qui pratiquent le sport d'une manière modérée ou occasionnelle ont un score supérieur à 29.

Par ailleurs, nous n'avons pas révélé d'associations significatives entre le score d'auto-efficacité et les variables suivantes : le statut marital, le revenu familial, la résidence, l'usage des substances, le niveau d'étude, les performances académiques, l'échec avant d'entamer les études médicales, les événements traumatisants très marquants et la maltraitance pendant l'enfance.

3. Analyse uni-variée entre l'échelle de stress et les variables d'intérêt :

a. Données sociodémographiques et économiques :

| Variable | Catégorie | Nombre | % total | Niveau de Stress | | | | | | P valeur |
|----------------------------|-------------|--------|---------|------------------|-------|-------|-------|-------|-------|----------|
| | | | | Faible | | Moyen | | Elevé | | |
| | | | | N | % | N | % | N | % | |
| Sexe | Féminin | 324 | 67% | 25 | 7.7% | 55 | 17.0% | 244 | 75.3% | 0,011 |
| | Masculin | 163 | 33% | 25 | 15.3% | 34 | 20.9% | 104 | 63.8% | |
| Statut marital | Célibataire | 462 | 95% | 46 | 10.0% | 87 | 18.8% | 329 | 71.2% | 0,295 |
| | Marié(e) | 25 | 5% | 4 | 16.0% | 2 | 8.0% | 19 | 76.0% | |
| Revenu familial en Dirhams | < 2000Dh | 49 | 10% | 5 | 10.2% | 8 | 16.3% | 36 | 73.5% | 0,886 |
| | 2000-5000 | 234 | 48% | 23 | 9.8% | 48 | 20.5% | 163 | 69.7% | |
| | 5000-10 000 | 84 | 17% | 9 | 10.7% | 16 | 19.0% | 59 | 70.2% | |
| | >10 000 | 120 | 25% | 13 | 10.8% | 17 | 14.2% | 90 | 75.0% | |
| Résidence | Rural | 28 | 6% | 4 | 14.3% | 2 | 7.1% | 22 | 78.6% | 0,260 |
| | Urbain | 487 | 100% | 50 | 10.3% | 89 | 18.3% | 348 | 71.5% | |

Tableau 11 : Résultats de l'analyse uni-variée entre l'échelle de stress et les données sociodémographiques et économiques

b. Éléments biographiques et habitudes de vie :

| Variable | Catégorie | Nombre | % total | Niveau de Stress | | | | | | P valeur |
|---|-----------|--------|---------|------------------|-------|-------|-------|-------|-------|----------|
| | | | | Faible | | Moyen | | Elevé | | |
| | | | | N | % | N | % | N | % | |
| Antécédents psychiatriques personnels | Oui | 58 | 12% | 0 | 0.0% | 6 | 10.3% | 52 | 89.7% | 0,002 |
| | Non | 429 | 88% | 50 | 11.7% | 83 | 19.3% | 296 | 69.0% | |
| Antécédents psychiatriques familiaux | Oui | 81 | 17% | 3 | 3.7% | 6 | 7.4% | 72 | 88.9% | 0,001 |
| | Non | 406 | 83% | 47 | 11.6% | 83 | 20.4% | 276 | 68.0% | |
| Usage de substances | Oui | 51 | 10% | 4 | 7.8% | 5 | 9.8% | 42 | 82.4% | 0,173 |
| | Non | 436 | 90% | 46 | 10.6% | 84 | 19.3% | 306 | 70.2% | |
| Evénement traumatisant | Oui | 151 | 31% | 13 | 8.6% | 19 | 12.6% | 119 | 78.8% | 0,047 |
| | Non | 336 | 69% | 37 | 11.0% | 70 | 20.8% | 229 | 68.2% | |
| Maltraitance pendant l'enfance | Oui | 67 | 14% | 4 | 6.0% | 6 | 9.0% | 57 | 85.1% | 0,029 |
| | Non | 420 | 86% | 46 | 11.0% | 83 | 19.8% | 291 | 69.3% | |

Tableau 12 : Résultats de l'analyse uni-variée entre l'échelle de stress et les éléments biographiques et habitudes de vie

c. Performances Académiques :

| Variable | Catégorie | Nombre | % total | Niveau de Stress | | | | | | P valeur |
|--------------------------------|--|------------|------------|------------------|-------|-------|-------|-------|--------|--------------|
| | | | | Faible | | Moyen | | Elevé | | |
| | | | | N | % | N | % | N | % | |
| Niveau d'étude | 1ère Année | 85 | 17% | 7 | 8.2% | 18 | 21.2% | 60 | 70.6% | 0,892 |
| | 2ème Année | 79 | 16% | 11 | 13.9% | 16 | 20.3% | 52 | 65.8% | |
| | 3ème Année | 69 | 14% | 8 | 11.6% | 13 | 18.8% | 48 | 69.6% | |
| | 4ème Année | 60 | 12% | 6 | 10.0% | 12 | 20.0% | 42 | 70.0% | |
| | 5ème Année | 57 | 12% | 6 | 10.5% | 7 | 12.3% | 44 | 77.2% | |
| | 6ème Année | 73 | 15% | 4 | 5.5% | 13 | 17.8% | 56 | 76.7% | |
| | 7ème Année | 64 | 13% | 8 | 12.5% | 10 | 15.6% | 46 | 71.9% | |
| Performance académique | Parcours sans rattrapage ni échec | 165 | 34% | 19 | 11.5% | 35 | 21.2% | 111 | 67.3% | 0,394 |
| | Parcours avec rattrapage | 264 | 54% | 26 | 9.8% | 45 | 17.0% | 193 | 73.1% | |
| | Parcours avec échec | 11 | 2% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 11 | 100.0% | |
| | Parcours avec Rattrapage + Echec | 46 | 9% | 5 | 10.9% | 9 | 19.6% | 32 | 69.6% | |
| Echec avant la médecine | Oui | 70 | 14% | 4 | 5.7% | 10 | 14.3% | 56 | 80.0% | 0,202 |
| | Non | 417 | 86% | 46 | 11.0% | 79 | 18.9% | 292 | 70.0% | |

Tableau 13 : Résultats de l'analyse uni-variée entre l'échelle de stress et les performances académiques

d. Activités de Bien-Etre :

| Variable | Catégorie | Nombre | % total | Niveau de Stress | | | | | | P valeur |
|------------------------------|---------------|--------|---------|------------------|-------|-------|-------|-------|-------|----------|
| | | | | Faible | | Moyen | | Elevé | | |
| | | | | N | % | N | % | N | % | |
| Activité extra universitaire | Oui | 216 | 44% | 23 | 10.6% | 56 | 25.9% | 137 | 63.4% | 0,000 |
| | Non | 271 | 56% | 27 | 10.0% | 33 | 12.2% | 211 | 77.9% | |
| Pratique du sport | Aucune | 183 | 38% | 14 | 7.7% | 21 | 11.5% | 148 | 80.9% | 0,005 |
| | Intense | 19 | 4% | 3 | 15.8% | 3 | 15.8% | 13 | 68.4% | |
| | Modérée | 123 | 25% | 15 | 12.2% | 34 | 27.6% | 74 | 60.2% | |
| | Occasionnelle | 161 | 33% | 18 | 11.2% | 30 | 18.6% | 113 | 70.2% | |

Tableau 14 : Résultats de l'analyse uni-variée entre l'échelle de stress et les activités de bien-être

D'après l'analyse des différents résultats obtenus, on constate une association significative entre le niveau de stress et les variables suivantes : Le sexe, les antécédents psychiatriques personnels ou familiaux, les événements traumatisants très marquants, la maltraitance pendant l'enfance, les activités extra-universitaires et la pratique du sport. Ainsi, nous avons les constatations suivantes concernant le niveau de stress chez les étudiants ayant participé à notre recherche :

- Les étudiants du sexe féminin semblent avoir un stress légèrement élevé par rapport aux étudiants du sexe masculin ;
- 90% des étudiants qui ont déclaré un antécédent psychiatrique personnel souffrent d'un stress élevé contre 69% des étudiants qui n'ont pas d'antécédent psychiatrique personnel ;
- Les étudiants qui ont déclaré un antécédent psychiatrique familial ont un stress élevé (89%) contre 68% des étudiants qui n'ont pas d'antécédent psychiatrique familial ;

- Les étudiants qui ont rapporté un événement traumatisant très marquant pendant leur enfance et/ou adolescence ont un stress élevé par rapport leurs pairs qui n'ont pas vécu un tel événement ;
- 85% des étudiants ayant rapporté qu'ils ont subi une maltraitance pendant leur enfance, ont un stress élevé par rapport les étudiants qui ont déclaré qu'ils ne sont jamais maltraités (69%) ;
- Les étudiants qui ont rapporté qu'ils font des activités extra-universitaires un stress faible par rapport aux étudiants qui ont déclaré qu'ils ne font pas des activités extra-universitaires ;
- 81% étudiants qui ne pratiquent aucune activité sportive ont un stress élevé par rapport aux autres étudiants qui ont une activité sportive.

Par ailleurs, il ne semble pas y avoir d'associations significatives entre le niveau de stress et les variables suivantes : le statut marital, le revenu familial, la résidence, l'usage des substances, le niveau d'étude, les performances académiques et l'échec avant la médecine.

4. Analyse uni-variée entre l'échelle HAD et les variables d'intérêt :

4.1 Anxiété

a. Données sociodémographiques et économiques :

| Variable | Catégorie | Nombre | % total | Niveau d'anxiété | | | | | | P valeur |
|----------------------------|-------------|--------|---------|------------------|-------|----------|-------|----------|-------|----------|
| | | | | Absente | | Douteuse | | Certaine | | |
| | | | | N | % | N | % | N | % | |
| Sexe | Féminin | 324 | 67% | 95 | 29.3% | 97 | 29.9% | 132 | 40.7% | 0,000 |
| | Masculin | 163 | 33% | 80 | 49.1% | 36 | 22.1% | 47 | 28.8% | |
| Statut marital | Célibataire | 462 | 95% | 164 | 35.5% | 131 | 28.4% | 167 | 36.1% | 0,083 |
| | Marié(e) | 25 | 5% | 11 | 44.0% | 2 | 8.0% | 12 | 48.0% | |
| Revenu familial en Dirhams | < 2000Dh | 49 | 10% | 16 | 32.7% | 11 | 22.4% | 22 | 44.9% | 0,876 |
| | 2000-5000 | 234 | 48% | 89 | 38.0% | 64 | 27.4% | 81 | 34.6% | |
| | 5000-10 000 | 84 | 17% | 30 | 35.7% | 23 | 27.4% | 31 | 36.9% | |
| | >10 000 | 120 | 25% | 40 | 33.3% | 35 | 29.2% | 45 | 37.5% | |
| Résidence | Rural | 28 | 6% | 11 | 39.3% | 5 | 17.9% | 12 | 42.9% | 0,505 |
| | Urbain | 459 | 94% | 164 | 35.7% | 128 | 27.9% | 167 | 36.4% | |

Tableau 15 : Résultats de l'analyse uni-variée entre l'échelle HAD (anxiété) et les données sociodémographiques et économiques

b. Éléments biographiques et habitudes de vie :

| Variable | Catégorie | Nombre | % total | Niveau d'anxiété | | | | | | P valeur |
|---|-----------|--------|---------|------------------|-------|----------|-------|----------|-------|----------|
| | | | | Absente | | Douteuse | | Certaine | | |
| | | | | N | % | N | % | N | % | |
| Antécédents psychiatriques personnels | Oui | 58 | 12% | 9 | 15.5% | 13 | 22.4% | 36 | 62.1% | 0,000 |
| | Non | 429 | 88% | 166 | 38.7% | 120 | 28.0% | 143 | 33.3% | |
| Antécédents psychiatriques familiaux | Oui | 81 | 17% | 23 | 28.4% | 16 | 19.8% | 42 | 51.9% | 0,008 |
| | Non | 406 | 83% | 152 | 37.4% | 117 | 28.8% | 137 | 33.7% | |
| Usage de substances | Oui | 51 | 10% | 15 | 29.4% | 13 | 25.5% | 23 | 45.1% | 0,402 |
| | Non | 436 | 90% | 160 | 36.7% | 120 | 27.5% | 156 | 35.8% | |
| Evénement traumatisant | Oui | 151 | 31% | 37 | 24.5% | 46 | 30.5% | 68 | 45.0% | 0,002 |
| | Non | 336 | 69% | 138 | 41.1% | 87 | 25.9% | 111 | 33.0% | |
| Maltraitance pendant l'enfance | Oui | 67 | 14% | 17 | 25.4% | 19 | 28.4% | 31 | 46.3% | 0,113 |
| | Non | 420 | 86% | 158 | 37.6% | 114 | 27.1% | 148 | 35.2% | |

Tableau 16 : Résultats de l'analyse uni-variée entre l'échelle HAD (anxiété) et les éléments biographiques et habitudes de vie

c. Performances Académiques :

| Variable | Catégorie | Nombre | % total | Niveau d'anxiété | | | | | | P valeur |
|--------------------------------|-----------------------------------|--------|---------|------------------|-------|----------|-------|----------|-------|--------------|
| | | | | Absente | | Douteuse | | Certaine | | |
| | | | | N | % | N | % | N | % | |
| Niveau d'étude | 1ère Année | 85 | 17% | 23 | 27.1% | 24 | 28.2% | 38 | 44.7% | 0,024 |
| | 2ème Année | 79 | 16% | 25 | 31.6% | 29 | 36.7% | 25 | 31.6% | |
| | 3ème Année | 69 | 14% | 24 | 34.8% | 26 | 37.7% | 19 | 27.5% | |
| | 4ème Année | 60 | 12% | 26 | 43.3% | 18 | 30.0% | 16 | 26.7% | |
| | 5ème Année | 57 | 12% | 20 | 35.1% | 10 | 17.5% | 27 | 47.4% | |
| | 6ème Année | 73 | 15% | 30 | 41.1% | 16 | 21.9% | 27 | 37.0% | |
| | 7ème Année | 64 | 13% | 27 | 42.2% | 10 | 15.6% | 27 | 42.2% | |
| Performance académique | Parcours sans rattrapage ni échec | 165 | 34% | 56 | 33.9% | 42 | 25.5% | 67 | 40.6% | 0,385 |
| | Parcours avec rattrapage | 264 | 54% | 103 | 39.0% | 76 | 28.8% | 85 | 32.2% | |
| | Parcours avec échec | 11 | 2% | 2 | 18.2% | 3 | 27.3% | 6 | 54.5% | |
| | Parcours avec Rattrapage + Echec | 46 | 9% | 14 | 30.4% | 12 | 26.1% | 20 | 43.5% | |
| Echec avant la médecine | Oui | 70 | 14% | 25 | 35.7% | 19 | 27.1% | 26 | 37.1% | 0,997 |
| | Non | 417 | 86% | 150 | 36.0% | 114 | 27.3% | 153 | 36.7% | |

Tableau 17 : Résultats de l'analyse uni-variée entre l'échelle HAD (anxiété) et les performances académiques

d. Activités de Bien-Etre :

| Variable | Catégorie | Nombre | % total | Niveau d'anxiété | | | | | | P valeur |
|------------------------------|---------------|--------|---------|------------------|-------|----------|-------|----------|-------|----------|
| | | | | Absente | | Douteuse | | Certaine | | |
| | | | | N | % | N | % | N | % | |
| Activité extra universitaire | Oui | 216 | 44% | 92 | 42.6% | 58 | 26.9% | 66 | 30.6% | 0,012 |
| | Non | 271 | 56% | 83 | 30.6% | 75 | 27.7% | 113 | 41.7% | |
| Pratique du sport | Aucune | 183 | 38% | 55 | 30.1% | 51 | 27.9% | 77 | 42.1% | 0,165 |
| | Intense | 19 | 4% | 11 | 57.9% | 3 | 15.8% | 5 | 26.3% | |
| | Modérée | 123 | 25% | 52 | 42.3% | 33 | 26.8% | 38 | 30.9% | |
| | Occasionnelle | 161 | 33% | 56 | 34.8% | 46 | 28.6% | 59 | 36.6% | |

Tableau 18 : Résultats de l'analyse uni-variée entre l'échelle HAD (anxiété) et les activités de bien-être

D'après l'analyse des différents résultats obtenus, on distingue une association significative entre le niveau d'anxiété et les variables suivantes : Le sexe, les antécédents psychiatriques personnels et familiaux, les événements traumatisants très marquants, le niveau d'étude, et les activités extra-universitaires et la pratique du sport. Ainsi, nous avons les constatations suivantes concernant le niveau d'anxiété chez les étudiants ayant participé à notre recherche :

- Les étudiants du sexe féminin ont un niveau d'anxiété supérieur par rapport aux étudiants du sexe masculin. 41% des étudiantes ont une anxiété certaine contre 28% des étudiants. Ainsi que 49% des étudiants ont une anxiété absente contre 29% des étudiantes ;
- Les étudiants(es) mariés(es) semblent avoir une anxiété plus supérieure par rapport les étudiants(es) célibataires (48% contre 36%) ; le khi-deux de Pearson est de 0,083 ;

- 62% des étudiants qui ont déclaré un antécédent psychiatrique personnel souffrent d'une anxiété certaine contre 33% des étudiants qui n'ont pas un antécédent psychiatrique personnel ;
- 52% des étudiants qui ont déclaré un antécédent psychiatrique familial souffrent d'une anxiété certaine contre 34% des étudiants qui n'ont pas un antécédent psychiatrique familial ;
- 45% des étudiants qui ont rapporté qu'ils ont vécu un événement traumatisant très marquant pendant leur enfance et/ou adolescence ont une anxiété certaine contre 33% de leurs pairs qui n'ont pas vécu un tel événement ;
- Les étudiants du niveau supérieur d'étude semblent avoir une anxiété absente par rapport leurs pairs du niveau inférieur. 27% des étudiants en première année ont une anxiété absente contre 42% des étudiants en septième année ;
- 43% des étudiants qui ont rapporté qu'ils font des activités extra-universitaires une anxiété absente contre 31% qui ont une anxiété certaine. Alors que 42% des étudiants qui ont déclaré qu'ils ne font pas des activités extra-universitaires ont une dépression certaine contre 31% qui ont une anxiété absente.

Par ailleurs, il ne semble pas y avoir d'associations significatives entre le niveau d'anxiété et les variables suivantes : le revenu familial, la résidence, l'usage de substances, la maltraitance pendant l'enfance, les performances académiques, l'échec avant la médecine, et la pratique du sport.

4.2 Dépression

a. Données sociodémographiques et économiques :

| Variable | Catégorie | Nombre | % total | Niveau de dépression | | | | | | P valeur |
|----------------------------|-------------|--------|---------|----------------------|-------|----------|-------|----------|-------|----------|
| | | | | Absente | | Douteuse | | Certaine | | |
| | | | | N | % | N | % | N | % | |
| Sexe | Féminin | 321 | 66% | 151 | 47.0% | 85 | 26.5% | 85 | 26.5% | 0,134 |
| | Masculin | 161 | 33% | 88 | 54.7% | 43 | 26.7% | 30 | 18.6% | |
| Statut marital | Célibataire | 457 | 94% | 230 | 50.3% | 117 | 25.6% | 110 | 24.1% | 0,124 |
| | Marié(e) | 25 | 5% | 9 | 36.0% | 11 | 44.0% | 5 | 20.0% | |
| Revenu familial en Dirhams | < 2000Dh | 48 | 10% | 17 | 35.4% | 10 | 20.8% | 21 | 43.8% | 0,000 |
| | 2000-5000 | 233 | 48% | 135 | 57.9% | 59 | 25.3% | 39 | 16.7% | |
| | 5000-10 000 | 83 | 17% | 31 | 37.3% | 26 | 31.3% | 26 | 31.3% | |
| | >10 000 | 118 | 24% | 56 | 47.5% | 33 | 28.0% | 29 | 24.6% | |
| Résidence | Rural | 27 | 6% | 12 | 44.4% | 6 | 22.2% | 9 | 33.3% | 0,489 |
| | Urbain | 455 | 93% | 227 | 49.9% | 122 | 26.8% | 106 | 23.3% | |

Tableau 19 : Résultats de l'analyse uni-variée entre l'échelle HAD (dépression) et les données sociodémographiques et économiques

b. Eléments biographiques et habitudes de vie :

| Variable | Catégorie | Nombre | % total | Niveau de dépression | | | | | | P valeur |
|---------------------------------------|-----------|--------|---------|----------------------|-------|----------|-------|----------|-------|----------|
| | | | | Absente | | Douteuse | | Certaine | | |
| | | | | N | % | N | % | N | % | |
| Antécédents psychiatriques personnels | Oui | 58 | 12% | 19 | 32.8% | 12 | 20.7% | 27 | 46.6% | 0,000 |
| | Non | 424 | 87% | 220 | 51.9% | 116 | 27.4% | 88 | 20.8% | |
| Antécédents psychiatriques familiaux | Oui | 80 | 16% | 30 | 37.5% | 25 | 31.3% | 25 | 31.3% | 0,055 |
| | Non | 402 | 83% | 209 | 52.0% | 103 | 25.6% | 90 | 22.4% | |
| Usage de substances | Oui | 50 | 10% | 22 | 44.0% | 11 | 22.0% | 17 | 34.0% | 0,203 |
| | Non | 432 | 89% | 217 | 50.2% | 117 | 27.1% | 98 | 22.7% | |
| Evénement traumatisant | Oui | 150 | 31% | 70 | 46.7% | 40 | 26.7% | 40 | 26.7% | 0,579 |
| | Non | 332 | 68% | 169 | 50.9% | 88 | 26.5% | 75 | 22.6% | |
| Maltraitance pendant l'enfance | Oui | 66 | 14% | 21 | 31.8% | 16 | 24.2% | 29 | 43.9% | 0,000 |
| | Non | 416 | 85% | 218 | 52.4% | 112 | 26.9% | 86 | 20.7% | |

Tableau 20 : Résultats de l'analyse uni-variée entre l'échelle HAD (dépression) et les éléments biographiques et habitudes de vie

c. Performances Académiques :

| Variable | Catégorie | Nombre | % total | Niveau de dépression | | | | | | P valeur |
|--------------------------------|-----------------------------------|--------|---------|----------------------|-------|----------|-------|----------|-------|--------------|
| | | | | Absente | | Douteuse | | Certaine | | |
| | | | | N | % | N | % | N | % | |
| Niveau d'étude | 1ère Année | 85 | 17% | 48 | 56.5% | 18 | 21.2% | 19 | 22.4% | 0,484 |
| | 2ème Année | 76 | 16% | 32 | 42.1% | 21 | 27.6% | 23 | 30.3% | |
| | 3ème Année | 68 | 14% | 32 | 47.1% | 23 | 33.8% | 13 | 19.1% | |
| | 4ème Année | 60 | 12% | 35 | 58.3% | 16 | 26.7% | 9 | 15.0% | |
| | 5ème Année | 57 | 12% | 28 | 49.1% | 13 | 22.8% | 16 | 28.1% | |
| | 6ème Année | 72 | 15% | 37 | 51.4% | 19 | 26.4% | 16 | 22.2% | |
| | 7ème Année | 64 | 13% | 27 | 42.2% | 18 | 28.1% | 19 | 29.7% | |
| Performance académique | Parcours sans rattrapage ni échec | 163 | 33% | 95 | 58.3% | 36 | 22.1% | 32 | 19.6% | 0,003 |
| | Parcours avec rattrapage | 261 | 54% | 125 | 47.9% | 79 | 30.3% | 57 | 21.8% | |
| | Parcours avec échec | 11 | 2% | 3 | 27.3% | 3 | 27.3% | 5 | 45.5% | |
| | Parcours avec Rattrapage + Echec | 46 | 9% | 16 | 34.8% | 10 | 21.7% | 20 | 43.5% | |
| Echec avant la médecine | Oui | 69 | 14% | 33 | 47.8% | 17 | 24.6% | 19 | 27.5% | 0,734 |
| | Non | 413 | 85% | 206 | 49.9% | 111 | 26.9% | 96 | 23.2% | |

Tableau 21 : Résultats de l'analyse uni-variée entre l'échelle HAD (dépression) et les performances académiques

d. Activités de Bien-Etre :

| Variable | Catégorie | Nombre | % total | Niveau de dépression | | | | | | P valeur |
|------------------------------|---------------|--------|---------|----------------------|-------|----------|-------|----------|-------|----------|
| | | | | Absente | | Douteuse | | Certaine | | |
| | | | | N | % | N | % | N | % | |
| Activité extra universitaire | Oui | 215 | 44% | 147 | 68.4% | 45 | 20.9% | 23 | 10.7% | 0,000 |
| | Non | 267 | 55% | 92 | 34.5% | 83 | 31.1% | 92 | 34.5% | |
| Pratique du sport | Aucune | 180 | 37% | 70 | 38.9% | 45 | 25.0% | 65 | 36.1% | 0,000 |
| | Intense | 19 | 4% | 12 | 63.2% | 5 | 26.3% | 2 | 10.5% | |
| | Modérée | 121 | 25% | 77 | 63.6% | 28 | 23.1% | 16 | 13.2% | |
| | Occasionnelle | 161 | 33% | 79 | 49.1% | 50 | 31.1% | 32 | 19.9% | |

Tableau 22 : Résultats de l'analyse uni-variée entre l'échelle HAD (dépression) et les activités de bien-être

D'après l'analyse des différents résultats obtenus, on constate une association significative entre le niveau de dépression et les variables suivantes : Le revenu familial, les antécédents psychiatriques personnels, la maltraitance pendant l'enfance, les performances académiques, Les relations avec les professeurs, les activités extra-universitaires et la pratique du sport. Ainsi, nous avons les constatations suivantes concernant le niveau de dépression chez les étudiants ayant participé à notre recherche :

- 44% des étudiants dont le revenu familial mensuel est inférieur à 2000Dhs ont une dépression certaine contre seulement 17% des étudiants dont le revenu familial mensuel se situe entre 2000 et 5000Dhs. Ainsi 48% des étudiants dont le revenu familial supérieur à 10 000Dhs, ont une dépression absente contre 37% des étudiants dont le revenu familial se situe entre 5000 et 10 000Dhs ;

- 47% des étudiants qui ont déclaré un antécédent psychiatrique personnel souffrent d'une dépression certaine contre 21% des étudiants qui n'ont pas un antécédent psychiatrique personnel ;
- Les étudiants qui ont déclaré un antécédent psychiatrique familial, semblent avoir une dépression certaine par rapport les étudiants qui n'ont pas un antécédent psychiatrique familial ;
- 44% des étudiants ayant rapporté une maltraitance pendant leur enfance, ont une dépression certaine par rapport les étudiants qui ont déclaré qu'ils ne sont jamais maltraités (21%) ;
- 58% des étudiants qui ont déclaré qu'ils ont un parcours universitaire sans échec ni rattrapage, n'ont pas de dépression contre 20% qui ont une dépression certaine. Alors que 46% des étudiants qui ont connu un (des) échec (s) une dépression certaine ;
- 68% des étudiants qui ont rapporté qu'ils font des activités extra-universitaires une dépression absente contre seulement 11% qui ont une dépression certaine. Alors que 35% des étudiants qui ont déclaré qu'ils ne font pas des activités extra-universitaires ont une dépression certaine ;
- 64% étudiants qui pratiquent une activité sportive d'une manière intense ou modérée ont une dépression absente contre seulement 10.5% et 13% qui ont une dépression certaine. Alors que 36% des étudiants qui ne pratiquent aucune activité sportive ont une dépression certaine.

Par ailleurs, il ne semble pas y avoir d'associations significatives entre le niveau de dépression et les variables suivantes : le sexe, le statut marital, la résidence, l'usage de substances, les événements traumatisants très marquants, le niveau d'étude, l'échec avant la médecine.

5. Analyse des corrélations entre les échelles :

| | | Auto-efficacité | Rosenberg | Stress | Anxiété | Dépression |
|-----------------|------------------------|-----------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Auto-efficacité | Rho de Spearman | 1,000 | ,428 | -,344 | -,351 | -,230 |
| | Corrélation de Pearson | 1 | ,558 | -,502 | -,425 | -,362 |
| Rosenberg | Rho de Spearman | ,428 | 1,000 | -,491 | -,414 | -,333 |
| | Corrélation de Pearson | ,558 | 1 | -,583 | -,480 | -,437 |
| Stress | Rho de Spearman | -,344 | -,491 | 1,000 | ,461 | ,260 |
| | Corrélation de Pearson | -,502 | -,583 | 1 | ,606 | ,443 |
| Anxiété | Rho de Spearman | -,351 | -,414 | ,461 | 1,000 | ,392 |
| | Corrélation de Pearson | -,425 | -,480 | ,606 | 1 | ,443 |
| Dépression | Rho de Spearman | -,230 | -,333 | ,260 | ,392 | 1,000 |
| | Corrélation de Pearson | -,362 | -,437 | ,443 | ,443 | 1 |

Tableau 23 : Résultats de l'analyse de corrélation entre les différentes échelles

Après l'analyse des différentes corrélations entre les échelles, nous avons les constatations suivantes :

La corrélation r de Pearson entre le score d'efficacité personnelle et le score de Rosenberg est égale à $(=0,558)$, on constate qu'il existe une moyenne corrélation positive entre la variable « auto-efficacité » mesurée par l'échelle d'auto-efficacité et la variable « estime de soi » mesurée par l'échelle de Rosenberg ; On peut dire que l'efficacité personnelle détermine l'estime de soi et l'inverse, le Rho de Spearman = $0,428$.

La corrélation r de Pearson entre l'efficacité personnelle et le stress est égale à $(-0,502)$; on constate qu'il existe une moyenne corrélation négative entre l'auto-efficacité et le niveau de stress, le Rho de Spearman = $-0,344$.

La corrélation r de Pearson entre l'auto-efficacité et l'anxiété est égale à $(-0,425)$; on peut dire qu'il existe une moyenne corrélation négative entre l'efficacité personnelle et le niveau d'anxiété, le Rho de Spearman = $-0,351$.

La corrélation r de Pearson entre l'auto-efficacité et la dépression est égale à $(-0,362)$; on peut déduire qu'il existe une moyenne corrélation négative entre l'efficacité personnelle et le niveau de dépression, le Rho de Spearman = $-0,230$.

La corrélation r de Pearson entre l'échelle de Rosenberg et l'échelle de stress est égale à $(-0,583)$; On constate qu'il y a une forte corrélation négative entre l'estime de soi et le stress ; Quand le stress diminue, l'estime de soi augmente et l'inverse, le Rho de Spearman = $-0,491$.

La corrélation r de Pearson entre l'échelle de Rosenberg et l'anxiété mesurée par l'échelle HAD est égale à $(-0,480)$; il existe une relation négative entre l'estime de soi et l'anxiété. Le Rho de Spearman = $-0,414$.

La corrélation r de Pearson entre l'échelle de Rosenberg et la dépression mesurée par l'échelle HAD est égale à $(-0,437)$; il existe une relation négative entre l'estime de soi et la dépression. Le Rho de Spearman = $-0,333$.

La corrélation r de Pearson entre l'échelle de Stress et l'anxiété mesurée par l'échelle HAD est égale à $0,606$; il existe une forte corrélation positive entre le stress et l'anxiété. Le Rho de Spearman = $0,461$.

La corrélation r de Pearson entre l'échelle de Stress et la dépression mesurée par l'échelle HAD est égale à $0,443$; il existe une moyenne corrélation positive entre le stress et la dépression. Le Rho de Spearman = $0,260$.

La corrélation r de Pearson entre l'échelle l'anxiété et la dépression mesurées par l'échelle HAD est égale à $0,443$; il existe une moyenne corrélation positive entre l'anxiété et la dépression. Le Rho de Spearman = $0,392$.

IV. Discussion :

1. Argumentaire de l'étude :

L'estime de soi est l'un des concepts les plus couramment étudiés dans les domaines de la psychologie et la sociologie notamment chez les étudiants. Or, rares sont les études qui se sont intéressées à étudier cette thématique au Maroc et notre présente étude est la première de son genre qui étudie l'estime de soi chez les étudiants en médecine sur l'échelle nationale.

Les études de Médecine sont parmi les études supérieures les plus longues et les plus stressantes qui obligent les étudiants à toujours mettre à l'épreuve leur estime de soi, sachant que la vie universitaire et professionnelle qui les attend est pleine de défis. En outre, ils doivent apprendre et mettre en œuvre leurs savoirs, construire des relations humaines réussites avec leurs environnements et surtout gagner la confiance précieuse de leurs patients.

De tout ce qui précède, il nous semble alors primordial de s'intéresser à évaluer l'estime de soi dans le cadre universitaire et en particulier dans le cadre des études médicales.

Nos résultats sont d'un grand intérêt et permettent d'avoir une idée globale sur le niveau de l'estime de soi chez les étudiants en médecine de la faculté de médecine et de pharmacie Fès, ses différents facteurs qui l'influencent et son impact sur les performances académiques et les interactions sociales.

2. Paramètres sociodémographiques et estime de soi :

Discuter les paramètres sociodémographiques en relation avec l'estime de soi, permet de comparer la composition notre population avec celle de la littérature afin de donner la crédibilité aux résultats obtenus.

a. Age :

Comme le montre le tableau ci-dessous, la moyenne d'âge de notre échantillon est proche de celle de la majorité des autres enquêtes similaires (Tableau N° 9).

| Auteurs | Année | Pays | Moyenne d'âge |
|-----------------------------|-------|----------|--------------------|
| Papazisis G et al. [125] | 2013 | Chypre | 20.54 +/- 2,4 ans |
| O'Garro KGN et al. [126] | 2019 | Jamaïque | 20.25 +/-3,04 ans |
| Seyedi-Andi SJ et al. [127] | 2016 | Iran | 21.37 ± 2.28 |
| Arsandaux J [1] | 2019 | France | 21,9 ans |
| Notre étude | 2020 | MAROC | 21,17+/- 2,544 ans |

Tableau 24 : Comparaison de la moyenne d'âge de notre échantillon avec celui des enquêtes similaires

b. Sexe :

Notre population est majoritairement composée de sexe féminin (67%). Ceci ne constitue pas un biais de sélection, la distribution en genre dans les facultés de médecine révélant généralement une majorité des étudiantes.

D'ailleurs, d'autres enquêtes similaires ont montré une prédominance féminine de leurs échantillons d'études (Tableau N°10).

| Auteurs | Année | Pays | Masculin | Féminin |
|----------------------------------|--------------|--------------|-----------------|----------------|
| Michaud J et al. [128] | 2005 | Canada | 39,4 % | 60,6 % |
| Ben Ayed A et al. C [129] | 2018 | Canada | 36 % | 64 % |
| Duchesne AP et al. [130] | 2014 | Canada | 41,6% | 58,4% |
| Karcher B et al. [131] | 2014 | France | 22 % | 78 % |
| Notre étude | 2020 | MAROC | 33% | 67% |

Tableau 25 : Comparaison de la proportion de sexe masculin et féminin de notre échantillon avec celui des enquêtes similaires

En ce qui concerne l'estime de soi en relation avec le genre, notre étude montre que les étudiants du sexe masculin semblent avoir une estime de soi légèrement supérieure par rapport aux étudiants du sexe féminin. Ce résultat concorde avec celui de l'enquête menée par Scott W et al. [132] et qui a montré des niveaux significativement plus élevés d'estime de soi chez les garçons que chez les filles.

Dans une étude menée par Dany L et Morin M [133] auprès des lycéens français, les résultats indiquent que les garçons ont un score d'estime de soi bien supérieur à celui des filles.

Néanmoins, l'étude menée par Sa B et al. [134] ne retrouve pas de différence significative de niveau de l'estime de soi entre les hommes et les femmes.

c. Statut marital :

On constate que la majorité des étudiants participant à notre enquête sont célibataires (95%). Cette proportion est proche de celle objectivée par Ettalbi H (95,20%) [135]. et Clémence Perrot (62,9%) [136].

Pourtant, notre étude objective que les étudiants mariés semblent avoir une estime de soi plus élevée par rapport aux étudiants célibataires. Or, l'association reste non significative.

Une étude a été réalisée par Friedman MA et al. [137] sur un échantillon de 16377 sujets a montré que l'état matrimonial n'était pas significativement lié à la satisfaction corporelle et à l'estime de soi.

Cependant, l'étude menée par Sinclair SJ et al. [138] sur un échantillon de 503 d'adultes américains, a rapporté que les participants célibataires avaient une estime de soi légèrement inférieure par rapport aux participants mariés.

d. Résidence :

Il est communément admis que la communauté dans laquelle grandit un enfant joue un rôle important dans le développement psychologique. Ainsi, l'adolescence est considérée comme un moment où l'identification à la communauté est courante et il est fortement probable que ces sujets fassent des comparaisons intercommunautaires. Cependant, très peu d'études ont examiné la relation entre le domaine dans lequel une personne vit et la façon dont elle se sent.

Dans notre étude, on n'a pas trouvé de différence significative lors de la comparaison de l'estime de soi des répondants urbains et ruraux, Ce résultat corrobore avec celui de l'étude menée par Houley K [139], auprès de 109 participantes et qui a montré qu'il n'y avait pas de différence significative entre les niveaux d'estime de soi et la résidence des participantes. Dans le même sens, Prendergast P et al. [140] ont conclu qu'il n'y avait pas de différences significatives dans l'estime de soi des sujets de différentes zones de résidence, une conclusion qui concorde avec les résultats de notre étude.

Ces résultats contredisent une étude antérieure de Wendland MM [141], qui a noté des différences lorsque le lieu de résidence était comparé avec le niveau d'estime de soi, cette enquête avait constaté que les participants des régions rurales avaient une plus grande estime de soi que leurs cohortes urbaines.

En revanche, Certaines études ont même rapporté que les résidents urbains ont une meilleure estime de soi que les résidents ruraux [142,143,144,145].

e. Revenu familial :

Dans notre enquête, les étudiants dont le revenu familial est de 2000–5000 Dhs ont une estime de soi plus faible. Pourtant, il n'y a pas d'association significative entre le revenu familial et le niveau d'estime de soi de nos étudiants.

D'ailleurs, une étude menée par Bannink R et al. [146] a conclu que les jeunes adolescents qui percevaient leur famille comme plus pauvre avaient une estime de soi plus faible par rapports aux jeunes adolescents qui percevaient leur famille comme plus riche.

Ainsi, l'étude menée par Whitbeck LB et al. [147] auprès de 451 familles de jeunes adolescents, a constaté que les difficultés économiques familiales affectent

indirectement l'estime de soi des jeunes adolescents en diminuant le soutien et l'implication des parents, mais ont un effet direct très faible.

3. Facteurs influençant l'estime de soi

Nos résultats descriptifs et analytiques obtenus concernant les facteurs influençant l'estime de soi, sont significatifs et d'une importance capitale, d'où la nécessité de les examiner avec ceux de la littérature.

a. Antécédents psychiatriques personnels :

Sur la base de notre population, 12% ont déclaré qu'ils ont des antécédents psychiatriques personnels. Cet élément assez important a été traité par plusieurs études similaires. Or, les résultats sont variables (Tableau N°11).

| Auteurs | Année | Pays | Antécédent psychiatrique personnel |
|-------------------------|-------------|--------------|------------------------------------|
| Loas G et al. [148] | 2008 | France | 56,4 % |
| Guillon M.S et al. [56] | 2002 | France | 24 % |
| Ettalbi H [135] | 2008 | MAROC | 15,6 % |
| Notre étude | 2020 | MAROC | 12 % |

Tableau 26 : Comparaison de la proportion de l'antécédent psychiatrique personnel de notre échantillon avec celui des enquêtes similaires

Dans le point de vue analytique, les étudiants qui ont déclaré qu'ils ont un antécédent psychiatrique personnel semblent avoir une estime de soi faible ou très faible. Ainsi, la dépression représente le principal antécédent psychiatrique dans notre population d'étude.

Dans une étude menée par Guillon M.S et al. [56] sur la relation entre l'estime de soi et les troubles psychiatriques chez les adolescents, il a été rapporté que la

présence d'un trouble psychiatrique à l'adolescence est associée à une faible estime de soi et que les adolescents présentant un épisode dépressif avaient de faibles scores de l'estime de soi. Dans ce sens, Birmaher B et al. [149] ont conclu d'après leur enquête qu'une faible estime de soi prédispose à la dépression.

Une étude réalisée par Blairy S et al. [150] sur l'adaptation sociale et l'estime de soi des patients bipolaires, a révélé que les patients bipolaires ont une estime de soi significativement plus faible que les témoins, même après rémission. Ainsi, la présence d'un antécédent psychiatrique est associée à un score faible de l'estime de soi.

b. Usage de substances :

La consommation de substances reste une problématique fréquente en santé publique assorti de conséquences négatives. Les jeunes sont de plus en plus touchés et les problèmes soulevés sont de plus en plus compliqués. Alors il nous semble raisonnable d'élucider les habitudes toxiques dans le milieu universitaire.

Sur la base de notre population de 487 étudiants, le tabac représente la première habitude toxique avec une prévalence de 6,36%, puis l'alcool avec 5,57% et le cannabis avec 2,46%. D'ailleurs, d'autres enquêtes ont traité cet élément. Or, les résultats sont variables (Tableau N°12).

| Auteur | Année | Ville | Prévalence | | |
|---------------------|-------|-----------|------------|--------|----------|
| | | | Tabac | Alcool | Cannabis |
| Gourani M [151] | 2007 | Marrakech | 24,6% | 17,5% | 9,8% |
| El Yaakoubi A [152] | 2016 | Rabat | 17% | 12% | 13% |
| Kaichouch M [153] | 2015 | Fès | 6.5% | 3.1% | 2.3% |
| Notre étude | 2020 | Fès | 6,36% | 5,57% | 2,46% |

Tableau 27 : Prévalence de la consommation toxique dans certains milieux universitaires marocains

Pour mieux situer nos résultats, nous les avons comparés avec des études réalisées dans des pays de statuts culturels différents (tableau n°13).

| Pays | Tabac | Alcool | Cannabis |
|------------------|-------|--------|----------|
| France [154] | 35,4% | 24% | 13% |
| USA [155] | 42% | 44,4% | 23% |
| Canada [156,157] | 27,5% | 39% | 18,2% |
| Notre étude | 6,36% | 5,57% | 2,46% |

Tableau 28 : Prévalence de la consommation toxique dans certains milieux universitaires étrangers

D'un point de vue psychopathologique, les difficultés de régulation émotionnelle apparaissent souvent au premier plan de la symptomatologie des conduites addictives [158]. En revanche, des dimensions telles que l'estime de soi a fait l'objet de plusieurs études chez les jeunes patients dépendants aux produits

psychoactifs. Les résultats de notre étude ont montré que les étudiants consommateurs de substances ont une estime de soi plus faible par rapport aux étudiants qui ne consomment aucune substance. Or, l'association reste non significative.

D'ailleurs, l'étude réalisée par Dorard G et al. [159] sur un échantillon de 93 adultes, a révélé que les participants dépendants au cannabis présentaient des niveaux d'estime de soi globale et sociale significativement inférieurs à ceux qui ne le consomment pas.

Conformément avec ce qui précède, l'étude menée par Stein JA et al. [160] a conclu que les participants ayant des problèmes de consommation de substances ont rapporté une estime de soi inférieure par rapports à ceux qui n'ont aucune habitude toxique.

c. Evénement traumatique :

Les résultats de notre étude montrent que les étudiants qui ont vécu un événement traumatisant très marquant pendant leur enfance et/ou adolescence semblent avoir une estime de soi inférieure par rapport aux autres étudiants. Ce résultat corrobore avec celui de l'étude réalisée par Omar A[161], au dépend de 300 adolescents afin de montrer que la violence vécue pendant l'enfance ou l'adolescence influe sur le niveau d'estime de soi chez les adolescents, cette enquête a conclu que les adolescents ayant vécu un événement traumatisant durant leur enfance ont une estime de soi nettement moins élevée par rapport à celle de leurs pairs n'ayant pas un événement traumatique.

Pourtant, l'étude menée par Brubeck D et al. [162], sur un échantillon de 131 élèves montre que l'événement traumatisant étudiée dans cette enquête était le divorce des parents, et les résultats ont conclu que les enfants de parents divorcés

ont obtenu des scores d'estime de soi significativement inférieurs à ceux des enfants de parents non divorcés.

Néanmoins, l'étude menée par Polce-Lynch M et al. [163], afin d'étudier l'impact de l'harcèlement sexuel –comme étant un événement traumatisant vécu durant l'enfance– sur l'estime de soi de ces adolescents. L'enquête a conclu que l'harcèlement sexuel n'était pas lié à l'estime de soi, les auteurs se sont demandés si cela reflétait des problèmes d'instrumentation ou bien ce type d'harcèlement sexuel n'ait pas été suffisamment aversif ou omniprésent pour être associé négativement à l'estime de soi.

d. Maltraitance à l'enfance :

Dans notre étude, les étudiants ayant rapporté qu'ils ont subi une maltraitance pendant leur enfance, ont une estime de soi inférieure par rapport aux étudiants qui ont déclaré qu'ils ne sont jamais maltraités. Ce résultat s'accorde avec celui de l'enquête menée par Bouchard EM et al. [164], auprès d'un échantillon de 1002 adultes résidants au Québec (Canada), et qui a révélé que le fait d'avoir vécu de la maltraitance pendant l'enfance est associée à diverses conséquences psychologiques et physiques à long terme. Ces résultats sont similaires à ceux de plusieurs études qui ont démontré l'impact négatif du mauvais traitement envers les enfants et son influence jusqu'à l'âge adulte [165, 166, 167, 168].

D'ailleurs, l'étude réalisée par Bolger KE et al. [169], sur un échantillon de 1920 participants, a conclu que la maltraitance était associée à des scores d'estime de soi plus faibles.

Toutefois, dans l'étude menée par Kim J et Cicchetti D [170], sur un échantillon constitué de 345 sujets, les participants, victimes de la maltraitance

pendant l'enfance avaient des scores plus faibles de l'estime de soi par rapport aux autres participants qui ne sont pas maltraités durant leur enfance.

4. Estime de soi chez les étudiants :

Nos objectifs de cette étude est d'évaluer l'estime de soi chez les étudiants en médecine et de rechercher la relation entre l'estime de soi et les performances académiques, il est nécessaire de confronter les résultats obtenus avec ceux existants dans les recherches précédentes.

a. Performances académiques :

Notre étude a révélé que les étudiants qui ont bien réussi leurs parcours sans échec ni rattrapages ont une estime de soi nettement plus élevée par rapports aux étudiants qui ont des difficultés au niveau du rendement universitaire.

Notre résultat rejoint celui de l'étude réalisée par Leyrit A [171], auprès de 1420 jeunes scolarisés de la classe de sixième au collège jusqu'à la classe de terminale au lycée, et qui a conclu que plus les jeunes déclarent avoir de bonnes notes, meilleure est leur estime de soi. Aussi, les jeunes qui n'ont jamais redoublé ont une estime de soi plus valorisée par rapport aux jeunes redoublants dont l'estime de soi est plus faible. Or, l'association reste non significative. En effet, l'étude a conclu que l'estime de soi ne varie pas en fonction des facteurs scolaires (redoublement et moyenne générale déclarée par les jeunes).

Ainsi, l'étude menée par Mourin I [16], a révélé que les individus apprennent à s'évaluer positivement lorsqu'ils vivent des expériences positives et à s'évaluer négativement lorsqu'ils vivent des échecs. Il demeure difficile, toutefois, de savoir dans quelle mesure le rendement académique influence l'estime de soi et, d'autre part, dans quelle mesure l'estime de soi influence le rendement académique.

Pourtant, l'étude réalisée par Salamon R et al. [172] auprès de 128 élèves en réussite ou en difficulté scolaire, a montré que les enfants en difficulté scolaire avaient une estime de soi plus faible que les enfants en réussite. Les auteurs ont conclu que l'estime de soi est significativement associée à la réussite scolaire et que cette association est importante.

En revanche, l'étude menée par Peixoto F et Almeida LS [173] sur un échantillon de 955 adolescents de quatre établissements d'enseignement de Lisbonne. De ceux-ci, 352 ont redoublé au moins une fois dans leur passé scolaire, tandis que 603 n'ont jamais redoublé. Les résultats de cette enquête ont révélé que les étudiants qui avaient repris une année présenteraient des niveaux d'estime de soi identiques à ceux des étudiants qui n'avaient jamais repris. Cette enquête a conclu alors, qu'il n'y a pas de différences significatives dans les niveaux d'estime de soi des étudiants qui ont ou n'ont pas repris au moins une année dans leur parcours scolaire. Cela corrobore avec les résultats d'autres recherches qui ont montré que les étudiants ayant des statuts académiques différents présentent des valeurs similaires d'estime de soi [22,174,175,176,177,178]. Malgré le sens inférieur de la compétence académique [22, 174,175], les étudiants qui ont repris ne perdent pas leur sens de la valeur.

b. Activités extra-universitaires :

Dans notre étude, les étudiants qui ont rapporté qu'ils font des activités extra-universitaires ont une estime de soi supérieure par rapport aux étudiants qui ont déclaré qu'ils ne les font pas.

Une activité extra-universitaire est une passion, un loisir auquel on s'adonne en dehors des heures de l'université. Il peut s'agir du sport, de la lecture ou de la danse, etc. En effet, l'étude réalisée par Bowker A [179] auprès de 382 élèves (167

garçons; 215 filles) de quatre écoles de l'Est de l'Ontario, au Canada, les résultats de cette enquête objectivaient que la participation sportive était positivement liée à l'estime de soi. En outre, des recherches suggèrent que les adolescents qui pratiquent des sports rapportent des niveaux plus élevés d'estime de soi, en particulier dans le domaine physique [180,181,182]. Cependant, si la participation sportive peut améliorer les sentiments sur le soi physique, elle peut avoir une relation plus indirecte avec le sentiment général de bien-être ou l'estime de soi en général. Ainsi, la participation à des activités sportives peut accroître les sentiments de compétence physique et de satisfaction à l'égard de l'apparence physique, ce qui à son tour augmente l'estime de soi générale [183].

L'étude menée par Piran NA [184], auprès de 92 apprenants de l'Institut Iranienne de langues de Téhéran, a objectivé une relation significative entre l'estime de soi et la lecture (rho de Spearman = 0.35, Sig = 0.01). Les résultats de cette étude ont montré, alors, que la lecture était fortement liée au concept de l'estime de soi des étudiants. Ces résultats sont conformes à certaines recherches dans la littérature connexe. Lawrence D, dans son étude, [185] a confirmé que le groupe des apprenants qui se considèrent comme des lecteurs médiocres ont une estime de soi nettement faible par rapport à celle des bons lecteurs. Dans le même sens, l'étude menée par Ghaith G [186] sur un échantillon de 56 élèves du secondaire inscrits dans un lycée de banlieue au Liban, a révélé que la lecture donne un meilleur rendement académique et améliore l'estime de soi des apprenants.

En revanche, l'étude menée par Monteiro LA et al. [187], sur un échantillon de 283 femmes, a conclu qu'il n'y avait pas de différence significative entre les niveaux d'estime de soi et la pratique de la danse.

c. La pratique du sport :

Les adolescents dans leur ensemble, pratiquent le sport avec plaisir, l'importance de cette activité physique est souvent justifiée par le fait que des corps sains produisent un esprit sain, que les sports stimulent l'esprit et que la participation à des sports augmente l'estime de soi. Cela est approuvé par plusieurs recherches.

Dans notre étude, les étudiants qui ne pratiquent aucune activité sportive ont une estime de soi inférieure par rapport aux autres étudiants exercent une activité sportive. Les étudiants qui pratiquent le sport d'une manière intense ont une estime de soi élevée. Notre résultat s'accorde avec celui de l'étude menée par Tracy AJ et al. [188] qui montre la présence d'un effet significatif de la participation sportive sur l'estime de soi, les participants qui pratiquent du sport ont une estime de soi supérieure à ceux qui ne pratiquent aucune activité sportive. Ces mêmes résultats ont été objectivés par Bowker A dans son étude [179] qui a rapporté que la participation sportive était positivement liée à l'estime de soi.

5. Impact psychologique de l'estime de soi :

Comme nous avons étudié l'impact psychologique de l'estime de soi à travers la corrélation entre les échelles psychométriques, il est indispensable d'examiner nos résultats avec ceux de la littérature concernant la relation entre l'estime de soi et l'efficacité personnelle, le stress, l'anxiété et la dépression.

a. **Echelle de Rosenberg :**

Le score moyen d'estime de soi dans notre échantillon est de 27,64 (écart-type 3,601). D'ailleurs, plusieurs études qui ont traité le sujet d'estime de soi dans différentes populations ont utilisé l'échelle de Rosenberg. Or, les résultats sont variables (Tableau N°14).

| Auteur | Année | Pays | Population | Score moyen | | | |
|----------------------------|-------|--------|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| | | | | Etude1 | Etude2 | Etude3 | Etude4 |
| Valliers EF [95] | 1990 | Canada | Etudiants de niveau Collégial | 32.78 +/- 5.69 | 32.78 +/- 5.69 | 32.26 +/- 5.52 | 32.02 +/- 4.88 |
| Scott W et al. [132] | 2010 | USA | Adolescents scolarisés en milieu rural | 20.46 +/- 5.05 | | | |
| Dany L et al. [133] | 2007 | France | Lycéens de seconde d'enseignement général et technologique | 29,59 +/- 4,91 | | | |
| Notre étude | 2020 | MAROC | Etudiants en médecine | 27,64 +/- 3,601 | | | |

Tableau 29 : Comparaison du score moyen de l'échelle de Rosenberg de notre échantillon avec celui des enquêtes similaires

b. Echelle d'auto efficacité :

Selon Schwarzer R (2011), il n'existe pas de note seuil, mais la médiane de l'échantillon peut être utilisée comme seuil. En ce qui concerne notre étude, la médiane de notre échantillon était de 29, 55% des étudiants qui ont obtenu un score inférieur ou égal à la médiane de 29, tandis que 45% ont obtenu un score supérieur à 29. La médiane objectivée dans notre échantillon est également la même obtenue dans une étude qui a été menée par Saleh D et al. [189] auprès des étudiants universitaires français. Le recrutement s'est effectué au sein du site de l'université Paris Ouest, la taille de l'échantillon était 600 étudiants et la médiane du GSE était 29 avec 59% étudiants qui ont obtenu un score inférieur ou égal à la médiane de 29, et 41% qui ont obtenu un score supérieur à 29.

Ainsi, notre étude objective une corrélation positive entre la variable « auto-efficacité » mesurée par l'échelle d'auto-efficacité et la variable « estime de soi » mesurée par l'échelle de Rosenberg ; On peut dire que l'efficacité personnelle détermine l'estime de soi et l'inverse (r de Pearson =0,558). Ce résultat corrobore avec celui de l'étude menée par Chen G et al. [190], qui a objectivé que l'auto-efficacité est corrélée positivement avec l'estime de soi.

D'ailleurs, une étude a été réalisée par Lane J [24], sur un échantillon de 205 étudiants de troisième cycle en gestion inscrits à leur première année d'études dans une école de commerce universitaire britannique. Les résultats de cette enquête ont révélé une corrélation significative entre les mesures d'estime de soi et d'auto-efficacité. La direction des relations entre l'auto-efficacité et l'estime de soi est une question litigieuse. Bandura A (1997) [191], a fait valoir que les attentes d'efficacité pour accomplir une tâche donnée pourraient influencer les perceptions de l'estime

de soi. Néanmoins, d'autres recherches ont montré que l'estime de soi est associée à des changements dans l'auto-efficacité [192,193].

c. Stress :

Le score moyen du stress dans notre échantillon est de 30,39 (écart-type 7,252). Pour mieux situer nos résultats, nous les avons comparés avec des études réalisées en France (Tableau °15).

| Auteur | Année | Population | Taille de l'échantillon | Score moyen du stress |
|-------------------------|-------|--|-------------------------|-----------------------|
| Saleh D et al. [194] | 2016 | Etudiants universitaires | 599 | 30,34 +/- 6,08 |
| Haag P et al. [195] | 2012 | Doctorants dans les universités françaises | 1923 | 27,51 +/- 8,76 |
| Dugué M et al.[196] | 2017 | Etudiants en soins infirmiers | 519 | 32,358 +/- 5,26 |
| Notre étude | 2020 | Etudiants en médecine | 487 | 30,39 +/- 7,25 |

Tableau 30 : Comparaison du score moyen de l'échelle de mesure du stress de notre échantillon avec celui des enquêtes similaires

Dans notre étude, La corrélation r de Pearson entre l'échelle de Rosenberg et l'échelle de stress est égale à $(-0,583)$, il y a une forte corrélation négative entre l'estime de soi et le stress ; Quand le stress diminue, l'estime de soi augmente et l'inverse.

Conformément à notre résultat, une étude a été menée par Hubbs A et al. [197], a montré une corrélation négative entre le stress et l'estime de soi. Ce résultat corrobore avec les résultats rapportés par d'autres auteurs [198,199]. Hayman JW et al. [198], ont révélé une association négative entre le score d'estime de soi et le stress et que, à mesure que le stress augmente, l'estime de soi a tendance à diminuer. Pittman LD et Richmond A [199], ont rapporté que le soutien et l'encouragement des amis peuvent améliorer la vie à l'université et, plus précisément, réduire le stress et accroître l'estime de soi. Pritchard M et al. [200], ont constaté qu'une moindre estime de soi était associée à une baisse des émotions, ce qui pourrait également indiquer un stress accru. Une étude [201], sur les étudiants australiens en sciences infirmières, a également révélé une association négative significative entre le stress et l'estime de soi.

Cependant, une étude a été menée par Yildirim N et al. [202] sur un échantillon de 517 étudiants en sciences infirmières d'un programme de licence en Turquie au cours de l'année universitaire 2014–2015, a indiqué que les niveaux d'adaptation au stress des étudiants en sciences infirmières étaient affectés par l'estime de soi. Or, la corrélation reste non significative.

d. Anxiété et dépression :

Le score moyen de l'anxiété dans notre échantillon est de 9,22 (écart-type 3,937), alors que le score moyen de la dépression est de 7,55(écart-type 3,716). Plusieurs enquêtes ont traité ces deux paramètres importants. Or, les résultats sont variables (Tableau N°16).

| Auteur | Année | Pays | Taille de l'échantillon | Score moyen | |
|------------------------|-------|------------|-------------------------|------------------------|-----------------------|
| | | | | Anxiété | Dépression |
| Vaysse B et al. [203] | 2013 | France | 198 | 6.7 +/- 3.6 | 2.9 +/- 2.2 |
| Snene H et al. [204] | 2019 | Tunisie | 190 | 9.89 +/- 3.8 | 7.9 +/- 3.7 |
| Button EJ et al. [205] | 1993 | Angleterre | 609 | 9.0 +/-3.9 | 3.3 +/- 2.4 |
| Notre étude | 2020 | MAROC | 487 | 9.22 +/-3.93 | 7.5 +/- 3.7 |

Tableau 31 : Comparaison du score moyen de l'échelle de HAD de notre échantillon avec celui des enquêtes similaires

Dans le point de vue analytique, notre étude objective une relation négative entre l'estime de soi et l'anxiété (r de Pearson = $-0,480$) et entre l'estime de soi et la dépression (r de Pearson = $-0,437$). Ces résultats corroborent avec l'étude réalisée par Papazisis G et al. [125], qui a montré que la dépression et l'estime de

soi étaient négativement corrélées (r de Pearson = $-0,659$, $P < 0,01$), ce qui signifie que les élèves ayant une faible estime de soi ont tendance à avoir plus de symptômes dépressifs.

Ainsi, les résultats de l'étude réalisée par Duchesne AP [130], auprès d'un échantillon de 409 adolescents de secondaire, ont montré que l'estime de soi prédit ces deux variables soit l'anxiété, (r de Pearson = $-0,435$, $p < 0,001$) et la dépression, (r de Pearson = $-0,573$, $p < 0,001$). Ces résultats indiquent que plus l'estime de soi diminue, plus l'anxiété et la dépression augmentent. L'auteur a conclu donc une corrélation négative entre l'estime de soi et les symptômes d'anxiété et de dépression.

Contrairement à ce que l'on observe dans les études précédentes, une enquête réalisée par Salamon R [170], a montré que l'estime de soi n'affecte pas la réactivité émotionnelle, que ce soit pour la réactivité anxieuse ou dépressive. En effet, l'estime de soi n'est pas significativement associée aux états anxieux ou dépressifs au quotidien.

V. Points forts de l'étude et limites méthodologiques :

1. Points forts de l'étude :

Notre étude transversale « Estime de soi chez les étudiants de la faculté de médecine et de pharmacie de Fès » est la première du genre au Maroc dans le milieu universitaire.

Elle nous a fourni un ensemble d'informations, aussi bien d'un point de vue descriptif qu'analytique, en ce qui concerne le niveau de l'estime de soi chez les étudiants en Médecine, les facteurs influençant positivement ou négativement cette estime de soi ainsi que sa relation avec le rendement universitaire.

Elle a été réalisée auprès des étudiants de la faculté de médecine et de pharmacie de Fès, de la première jusqu'à la septième année d'études médicales.

Nous avons pu enquêter un effectif qui s'élève à 487 étudiants, avec un taux de participation estimé très élevé. Nous avons utilisé quatre échelles psychométriques pour mieux étudier les déterminants ayant un impact sur l'estime de soi chez notre population (étudiants en médecine).

2. Limites méthodologiques de l'étude :

a. Biais de désirabilité sociale :

La désirabilité sociale est la tendance, consciente ou inconsciente, à se décrire de façon avantageuse (Paulhus DL [206]). Selon ce concept, le participant à un questionnaire a tendance à cocher des réponses qu'il estime refléter de lui-même une image positive plutôt que de cocher des réponses correspondant de façon exacte et véridique à sa pensée. Appliqué à notre questionnaire, ce mécanisme psychologique aurait pour effet d'interférer avec les résultats.

Nous n'avons pas mesuré la désirabilité sociale dans notre population. L'anonymat des questionnaires contribue à diminuer le biais de désirabilité sociale.

b. Echelles psychométriques

Dans notre enquête, nous n'avons pas pu utiliser une version des quatre échelles psychométriques validées en arabe dialectal, vu la non disponibilité de celle-ci. Pourtant, l'impact sur les résultats reste faible, étant donné que l'enquête est destinée aux étudiants en médecine.

3. Perspectives de l'étude

Notre étude transversale, menée auprès des étudiants en médecine, avait pour but principal d'explorer le niveau de l'estime de soi chez les étudiants en médecine, déterminer les facteurs influençant ainsi que son impact sur la performance académique.

Tout en utilisant un auto-questionnaire adapté ainsi que des échelles psychométriques adéquates, notre enquête a pu ressortir des résultats descriptifs et analytiques intéressants.

Néanmoins, les résultats de notre enquête constituent les bases d'un travail à poursuivre et à améliorer pour une étude beaucoup plus approfondie.

D'autres études similaires doivent être faites afin d'enrichir la discussion des résultats de la présente enquête et de pouvoir extrapoler, éventuellement, ces résultats, sur l'ensemble de la population des étudiants en médecine du Maroc.

La réalisation d'une étude comparative entre les étudiants de notre faculté et les étudiants des autres facultés de médecine, ainsi que la comparaison avec d'autres disciplines, nous permettrons de constituer une image plus nette et

complète en matière de l'estime de soi, ses facteurs influençant et son impact sur les différents niveaux.

4. Recommandations :

Personne ne peut nier que l'estime de soi est un facteur clé de succès pour le bien-être et la réussite académique. Ainsi, le fait d'intervenir sur l'estime de soi permettrait de renforcer positivement les facteurs de réussite, lesquels contribueraient ensuite au succès du jeune en lui permettant de développer son sentiment de compétence et d'avoir confiance en ses capacités. Afin d'influencer le rendement universitaire de l'étudiant et d'affecter positivement sa persévérance, il est préférable de tenir compte de l'estime de soi dès l'enfance tout en agissant sur les volets suivants :

a. Rôle de la famille :

Dans l'interaction quotidienne, les parents forment des pensées saines ou contre-productives chez l'enfant. Ces dernières affecteront la formation de leur estime de soi, et à l'avenir, pourraient générer de l'insécurité, de l'indécision et une incapacité à atteindre leurs objectifs.

Ainsi, la famille acquiert une importance centrale car elle représente le premier feedback que l'enfant reçoit de ses qualités et actions. Pour cette raison, et dans le but de permettre un développement sain de l'estime de soi chez les enfants, il y a des recommandations que chaque famille devrait garder à l'esprit :

- **Transmettre la confiance et l'affection :** Un enfant qui se sent aimé et valorisé le reflètera, sans doute, dans son amour-propre. En outre, il est important que vous lui transmettiez la croyance en ce qu'il peut réaliser.

- **Laisser-les essayer et échouer si nécessaire** : Les petits qui ne font rien eux-mêmes finissent par avoir des problèmes d'estime de soi. En effet, le fait de ne pas les laisser agir, même s'ils ont tort, implique que nous ne croyons pas en eux.
- **Ecouter leur avis et les laisser participer** : Il arrive souvent que le petit n'est jamais entendu et n'est jamais consulté lors de la prise de décisions. Mais ce dernier sera affecté dans sa formation de l'estime de soi. Il est donc conseillé de lui demander ce qu'il ressent, ce qu'il pense et ce qu'il aimerait faire. De même, il devra choisir quel sport pratiquer. Ou encore, quels cours extrascolaires prendre et toutes les décisions de ce type.

b. Rôle de la société :

L'estime de soi ne peut donc se concevoir en dehors de la référence au regard d'un groupe social. En effet, le niveau d'estime de soi est très étroitement corrélé aux expériences subjectives d'approbation ou de rejet par autrui. Plus le sujet pense qu'il est l'objet d'une évaluation favorable par les autres, plus cela améliore son estime de soi.

Plus finement, il semble qu'une bonne estime de soi permette au sujet confronté à des difficultés d'adopter des stratégies de résolution de problèmes adaptées :

- Rechercher le soutien social (conseils et réconfort) auprès des proches qui nous donne une énergie positive.
- Eviter les personnes de l'entourage qui ne cessent de nous frustrer.
- Diagnostiquer précocement les troubles psychiatriques qui peuvent apparaître et adapter une meilleure prise en charge.

- Essayer de nouvelles choses et commencer à prendre les risques : car la faible estime de nous-mêmes nous enferme dans la cave de la zone de confort et dans la chambre froide de la peur. Elle nous murmure qu'il vaut mieux ne rien essayer, ne pas prendre de risques et ne pas explorer d'autres endroits parce que nous allons probablement nous tromper une fois de plus et passer pour des idiots aux yeux des autres.

c. Rôle de l'école :

L'exigence scolaire, qui amène de passer du statut d'enfant à celui d'élève, peut influencer l'estime de soi, parce qu'elle induit une autonomie, un changement de repères, une adaptation à de nouveaux codes, de nouvelles personnes, de nouvelles relations, parfois très différents de ceux qui ont été construits dans la famille.

L'école se doit d'être sécurisante et protectrice, d'instituer des règles et des pratiques éducatives communes au service d'objectifs favorisant l'estime de soi :

L'aménagement de l'espace scolaire : l'espace que constitue l'école doit être aménagé de façon à offrir un cadre sécurisant.

La construction de situations de réussite : il s'agit de chercher à mettre en place des situations où l'élève peut réussir et en être valorisé. Elles doivent lui permettre de prendre conscience qu'il peut et sait faire, de développer le sentiment de compétence et d'évolution.

Prendre en compte la diversité des élèves : L'enseignant doit différencier ses apprentissages pour les faire correspondre aux besoins des élèves. L'élève est donc au cœur des apprentissages. Cette pédagogie de différenciation permet d'apprécier l'évolution des élèves en fonction de leurs capacités et de les évaluer à sa juste valeur.

Le statut de l'erreur : les erreurs ne doivent pas être synonymes d'échecs, mais « curseurs de réussite ». En effet, pour développer l'estime de soi au sein de sa classe, il est nécessaire que le climat de classe soit bénéfique aux apprentissages et que les élèves n'aient pas la peur de l'erreur. C'est donc pour cela qu'il est important de travailler l'estime de soi tout au long de l'année.

d. Rôle de l'université :

Devenir étudiant marque un passage vers l'autonomie, l'indépendance et la vie adulte. De nombreux changements interviennent et peuvent déstabiliser certains jeunes. Il est donc nécessaire de :

- **Maintenir une charge de travail raisonnable** : Cela permet d'aider les étudiants à comprendre l'importance et l'objectif de l'apprentissage en dehors du cadre universitaire et des notes.
- **Etablir une relation positive entre étudiants et les enseignants** : L'empathie et la bienveillance des enseignants favorisent l'obtention de résultats positifs par les étudiants ; et puisque la communication est à la base de toute relation interpersonnelle, les enseignants doivent s'adresser aux étudiants avec respect peu importe les circonstances. En effet, le développement de relations positives entre les étudiants et les enseignants demeure le meilleur levier pour amener les étudiants à coopérer et à s'engager dans leurs apprentissages et développer une bonne estime de soi.

CONCLUSION

Au terme de ce travail, nous concluons que l'estime de soi est une composante essentielle de notre personnalité, c'est une évaluation que nous portons sur nous-mêmes qu'elle que soit positive ou négative. La personne qui bénéficie d'une saine estime de soi a toujours confiance en ses capacités de réussite. Par contre, une personne dont l'estime est faible doute tellement de sa capacité d'aboutir ses objectifs. L'estime de soi est une notion dynamique qui varie tout au long de la vie de la personne.

La littérature a beaucoup étudié le concept de l'estime de soi et les facteurs qui l'influencent ; le rendement universitaire, l'environnement scolaire et familial, les événements vécus, les pathologies psychiatriques et somatiques sont autant d'éléments qui influencent l'estime de soi, mais les recherches montrent une discordance à propos de plusieurs variables. Si les études sont mises d'accord qu'il y a une relation positive entre l'efficacité personnelle et l'estime de soi, une corrélation négative entre l'estime de soi et les pathologies psychiatriques notamment l'anxiété et la dépression et aussi psychologiques comme stress ; les travaux sont en désaccord sur la relation de l'estime de soi et le rendement universitaire. D'autres variables ne montrent aucune relation ou simplement non significatifs par rapport à l'estime de soi.

Nous avons effectué une analyse uni-variée entre plusieurs variables d'intérêt et l'estime de soi chez notre population s'agissant des étudiants de la FMPF, nos résultats sont importants, ils s'inscrivent dans la logique de la littérature et permettent de confirmer l'étude théorique de notre thèse. Ainsi, nous avons effectué une analyse de corrélation entre les différentes échelles psychométriques et l'estime de soi, notamment l'échelle d'auto-efficacité, l'échelle de mesure de stress, et

l'échelle HAD mesurant l'anxiété et la dépression, et les résultats ont été validés par les recherches scientifiques précédentes.

Bien que notre étude est la première de sa nature et peut être exploitée comme base d'étude pour d'autres recherches, nous souhaiterons que d'autres travaux vont s'inscrire dans la perspective d'étudier l'estime de soi chez les étudiants de médecine de toutes les facultés de médecine et de pharmacie au Maroc afin d'avoir une visée plus claire sur les liens possibles entre l'estime de soi, comme une valeur personnelle, et les performances académiques.

RESUME

RESUME

La population des étudiants se caractérise par une importante vulnérabilité face à l'émergence de problèmes psychiques et comportementaux qui peuvent avoir une influence sur l'affirmation que porte chacun sur soi. C'est dans cet optique que nous avons mené cette enquête, afin d'étudier l'estime de soi chez les étudiants de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès.

L'objectif de notre étude est d'évaluer l'estime de soi chez les étudiants en médecine, étudier le rapport entre l'estime de soi, l'auto-efficacité, le stress, anxiété et la dépression à travers des échelles psychométriques, examiner le lien entre les différentes données recueillies et l'estime de soi et déterminer si l'estime de soi est un bon prédicteur de la réussite chez ces étudiants.

Notre étude est transversale, à visée descriptive et analytique. La population cible est constituée des étudiants de la première jusqu'à la septième année de médecine de la faculté de médecine et de pharmacie de Fès, année 2019/2020. Le recueil des données s'est fait à travers un auto-questionnaire et quatre échelles psychométriques : L'échelle de Rosenberg, l'échelle d'auto efficacité, l'échelle de mesure de stress et l'échelle HAD.

Le questionnaire ainsi que les quatre échelles, enquête en ligne, ont été diffusé à travers les groupes Facebook et Whatsapp de chaque promotion (de la 1ère à la 7ème année), ainsi qu'à travers des comptes Gmails, en ciblant une population de 487 étudiants répartis sur les différents niveaux d'études médicales. Nous avons réalisé une analyse uni-variée à travers les tests de p-valeur Chi2.

L'étude descriptive est en faveur d'une moyenne d'âge de 21,17+/- 2,544 ans, avec sexe ratio H/F de 0,50. Aussi, 95% des étudiants sont célibataires contre 5% qui sont mariés. Encore, 31% des étudiants ont déclaré qu'ils ont subi un

événement traumatisant marquant leur enfance et/ou adolescence, 14% ont rapporté qu'ils ont subi une maltraitance pendant leur enfance, avec 10% des étudiants qui ont déclaré avoir des habitudes toxiques. Pour les antécédents psychiatriques, 12% des étudiants ont déclaré qu'ils ont des antécédents psychiatriques personnels, avec 17% qui ont rapporté avoir un proche atteint de pathologie psychiatrique. Concernant les échelles, le score moyen de l'échelle de Rosenberg est de 27,64 (écart-type 3,601) avec une médiane 28,00 (intervalles interquartiles 26–30). Le score moyen de l'échelle d'auto efficacité est de 28,31 (écart-type 6,071) avec une médiane de 29,00 (intervalles interquartiles 24–33). Le score moyen de l'échelle de mesure de stress est de 30,39 (écart-type 7,252) avec une médiane de 30,00 (intervalles interquartiles 26–35). Le score moyen de l'échelle de HAD est de 9,22 (écart-type 3,937) avec une médiane de 9,00 (intervalles interquartiles 6–12).

En analyse uni variée, on distingue neuf facteurs prédictifs significativement associés au niveau d'estime de soi : Le sexe, les antécédents psychiatriques personnels, les antécédents psychiatriques familiaux, le vécu d'un événement traumatisant, la maltraitance pendant l'enfance, la médecine par choix, les activités extra universitaires et la pratique du sport.

La revue de la littérature, montre que l'estime de soi est influencée par plusieurs facteurs et qu'un étudiant dont l'estime de soi est faible, risque de subir des échecs, à souffrir des problèmes et à développer des comportements et habitudes toxiques. En effet, notre enquête constitue la première étude de ce genre au milieu universitaire au Maroc, pourtant, les résultats nécessitent d'être complétés par la réalisation d'autres études similaires au pays, afin d'enrichir la discussion en terme du sujet de l'estime de soi, ses facteurs influençants, son impact sur la performance académique et les relations sociales des étudiants.

ABSTRACT

The student population is characterized by a significant vulnerability to the emergence of psychological and behavioral problems which can have an influence on the self-esteem that each person carries. It is with this in mind that we conducted this survey, in order to study self-esteem among students of the Faculty of Medicine and Pharmacy of Fez.

The objective of our study is to assess self-esteem in medical students, to study the relationship between self-esteem, self-efficacy, stress, anxiety and depression through psychometric scales, examine the link between the various data collected and self-esteem and determine whether self-esteem is a good predictor of success for these students.

Our study is transversal, with a descriptive and analytical aim. The target population consists of students from the first to the seventh year of medicine at the Faculty of Medicine and Pharmacy of Fez, year 2019/2020. The data was collected through a self-administered questionnaire and four psychometric scales: the Rosenberg scale, the self-efficacy scale, the stress scale and the HAD scale.

The questionnaire as well as the four scales, online survey, were distributed through the Facebook and Whatsapp groups of each promotion (from the 1st to the 7th year), as well as through Gmails accounts, targeting a population of 487 students spread over the different levels of medical studies. We carried out a univariate analysis through the Chi2 p-value tests.

The descriptive study supports an average age of 21.17 +/- 2.544 years, with a sex ratio M / F of 0.50. Also, 95% of students are single versus 5% who are married. Again, 31% of students reported that they had experienced a traumatic

event marking their childhood and / or adolescence, 14% reported that they had suffered abuse during their childhood, with 10% of students reporting having toxic. For psychiatric history, 12% of students reported having a personal psychiatric history, with 17% reporting having a loved one with a psychiatric pathology.

Regarding scales, the mean score of the Rosenberg scale is 27.64 (standard deviation 3.601) with a median 28.00 (interquartile ranges 26–30). The mean score on the Self-Efficacy Scale is 28.31 (standard deviation 6.071) with a median of 29.00 (interquartile ranges 24–33). The mean stress scale score is 30.39 (standard deviation 7.252) with a median of 30.00 (interquartile ranges 26–35). The mean score on the HAD scale is 9.22 (standard deviation 3.937) with a median of 9.00 (interquartile ranges 6–12).

In univariate analysis, we can distinguish nine predictive factors significantly associated with the level of self-esteem: Gender, personal psychiatric history, family psychiatric history, traumatic event experiences, childhood abuse, source stress, choice medicine, extra-university activities and the practice of sport.

The review of the literature shows that self-esteem is influenced by several factors and that a student with low self-esteem is at risk of failure, suffering from problems and developing toxic behaviors and habits. . Indeed, our survey is the first study of this kind in academia in Morocco, yet the results need to be supplemented by the realization of other similar studies in the country, in order to enrich the discussion in terms of the subject of the study. Self-esteem, its influencing factors, its impact on the academic performance and social relations of students.

ملخص

يتسم مجتمع الطلاب بضعف كبير أمام ظهور مشاكل نفسية وسلوكية يمكن أن يكون لها تأثير على تقدير الذات الذي يحمله كل شخص. ومن هذا المنطلق، أجرينا هذا الاستطلاع بهدف دراسة تقدير الذات لدى طلاب كلية الطب والصيدلة بفاس.

الهدف من دراستنا هو تقييم احترام الذات لدى طلاب الطب، لدراسة العلاقة بين تقدير الذات، والكفاءة الذاتية، والتوتر، والقلق والاكنتاب من خلال المقاييس النفسية، وفحص الرابط بين البيانات المختلفة التي تم جمعها وتقدير الذات وتحديد ما إذا كان تقدير الذات هو مؤشر جيد على النجاح لهؤلاء الطلاب.

دراستنا مستعرضة، بهدف وصفي وتحليلي. حيث تتكون الفئة المستهدفة من طلاب السنة الأولى إلى السابعة من الطب بكلية الطب والصيدلة بفاس سنة 2020/2019. تم جمع البيانات من خلال استبيان وأربعة مقاييس نفسية: مقياس روزنبرغ، ومقياس الكفاءة الذاتية، ومقياس الإجهاد ومقياس HAD.

تم توزيع الاستبيان بالإضافة إلى المقاييس الأربعة عبر الإنترنت، من خلال مجموعتي Facebook و Whatsapp لكل عرض ترويجي (من العام الأول إلى العام السابع)، وكذلك من خلال حسابات Gmails، حيث استهدف 487 طالب وطالبة موزعين على مستويات مختلفة من الدراسات الطبية. أجرينا تحليلاً أحادي المتغير من خلال اختبارات القيمة p Chi2.

تدعم الدراسة الوصفية متوسط عمر 21.17 + / - 2.544 سنة، مع نسبة جنس ذكر/انثى 0.50. كما أن 95% من الطلاب غير متزوجين مقابل 5% متزوجين. مرة أخرى، أفاد 31% من الطلاب أنهم تعرضوا لحدث صادم في طفولتهم و / أو مراهقتهم، وأفاد 14% أنهم عانوا من سوء المعاملة أثناء طفولتهم، وأفاد 10% من الطلاب أنهم تعرضوا للإيذاء بالنسبة للتاريخ النفسي، كما أفاد 12% من الطلاب أن لديهم سابق نفسي شخصي، بينما ذكر 17% أن أحد أفراد أسرته يعاني من أمراض نفسية.

فيما يتعلق بالمقاييس، فإن متوسط درجة مقياس Rosenberg هو 27.64 (الانحراف المعياري 3.601) بمتوسط 28.00 (نطاقات بين الشرائح الربعية 26-30). متوسط الدرجة على مقياس الكفاءة الذاتية هو 28.31 (الانحراف المعياري 6.071) بمتوسط 29.00 (النطاقات الربعية 24-33). متوسط درجة مقياس الإجهاد هو 30.39 (الانحراف المعياري 7.252) بمتوسط 30.00 (النطاقات الربعية 26-35). متوسط الدرجة على مقياس HAD هو 9.22 (الانحراف المعياري 3.937) بمتوسط 9.00 (النطاقات الربعية 6-12).

في التحليل أحادي المتغير، يمكننا التمييز بين تسعة عوامل تنبؤية مرتبطة بشكل كبير بمستوى تقدير الذات: الجنس، والتاريخ النفسي الشخصي، والتاريخ النفسي للعائلة، وتجربة حدث صادم، وإساءة معاملة الطفولة، والمصدر الإجهاد واختيار الطب والأنشطة خارج الجامعة وممارسة الرياضة.

تظهر مراجعة الأبحاث العلمية أن احترام الذات يتأثر بعدة عوامل وأن الطالب الذي يعاني من تدني احترام الذات معرض لخطر الفشل ويعاني من مشاكل ويطور سلوكيات وعادات سيئة.. وبالفعل، فإن مسحنا هو أول دراسة من هذا النوع في الأوساط الأكاديمية في المغرب، ومع ذلك فإن النتائج بحاجة إلى استكمالها بإنجاز دراسات أخرى مماثلة في البلاد، من أجل إثراء النقاش من حيث موضوع الدراسة. تقدير الذات وعواملها المؤثرة وأثرها على الأداء الأكاديمي والعلاقات الاجتماعية للطلاب.

ANNEXES



**SERVICE DE PSYCHIATRIE HOPITAL IBN AL HASSAN
CENTRE UNIVERSITAIRE HASSAN II FES**

Questionnaire

Estime de soi chez les étudiants en Médecine de la faculté de Médecine et de pharmacie de Fès de la 1ere année à la 7eme année

Chers étudiants,

Le questionnaire que vous avez entre les mains est l'outil de mesure d'une étude scientifique à propos de Bien-être Chez les Etudiants en Médecine de la FMPF, dans le cadre d'une thèse pour l'obtention du titre de docteur en médecine.

Nous vous prions de bien vouloir donner une dizaine de minutes de votre temps précieux pour répondre à ce questionnaire et permettre à cette étude de voir le jour.

Nous vous demandons de répondre avec précision et objectivité, honnêteté et indépendance.

Nous vous informons qu'il s'agit d'un questionnaire anonyme et que vos réponses sont confidentielles et ne seront utilisées que pour l'étude scientifique.

Nous comptons vivement sur votre collaboration.

Cordialement.

Questions :**A. Données Sociodémographiques :**

1. Votre Age :

| | |
|--|------------|
| | Ans |
|--|------------|

2. Votre sexe :

| | |
|-----------------|--|
| Masculin | |
| Féminin | |

3. Quelle est votre nationalité ?

| |
|--|
| |
|--|

4. Votre statut marital :

| | |
|--------------|--|
| Célibataire | |
| Marié (e) | |
| Divorcé (e) | |
| Veuf (veuve) | |

5. Votre type de Résidence actuel :

| | |
|--|--|
| Habite seul(e) | |
| Habite avec ses parents | |
| Habite avec un(e) colocataire (ou Co-locatrice) | |
| Cité universitaire | |

B. Données Socio-économiques :

6. Votre Niveau Socio-économique :

| | |
|-------|--|
| Élevé | |
| Moyen | |
| Bas | |

7. Revenu mensuel de votre ménage/ famille :

| | |
|-----------------------|--|
| Inférieur à 2000 Dhs | |
| 2000 – 5000 Dhs | |
| 5000 – 10000 Dhs | |
| Supérieur à 10000 Dhs | |

8. Quel est (sont) votre (vos) support (s) financier(s) ?

| | |
|--------------------|--|
| Familial | |
| Bourse | |
| Travail à mi-temps | |
| Autre | |

9. Quel est le plus haut niveau d'éducation atteint par vos parents ?

| | Père | Mère |
|---------------|------|------|
| Analphabète | | |
| Primaire | | |
| Secondaire | | |
| Universitaire | | |

C. Eléments biographiques et habitudes de vie :

10. Avant d'entreprendre les études en Médecine, où viviez-vous?

| | |
|--------|--|
| Urbain | |
| Rural | |

11. Avez-vous vécu un événement traumatisant très marquant pendant votre Enfance et/ou Adolescence ?

| | |
|-----|--|
| OUI | |
| NON | |

12. Si Oui, Veuillez le préciser.

| |
|--|
| |
|--|

13. Avez-vous souffert de Maltraitance pendant votre Enfance ?

| | |
|-----|--|
| OUI | |
| NON | |

14. Souffrez Vous d'une maladie organique/physique ?

| | |
|-----|--|
| OUI | |
| NON | |

15. Si Oui, laquelle ?

| |
|--|
| |
|--|

16. Avez-vous des ATCDs psychiatriques Personnels ?

| | |
|-----|--|
| OUI | |
| NON | |

17. **Si Oui, Veuillez le préciser.**

| |
|--|
| |
|--|

18. **Avez-vous des ATCDs psychiatriques Familiaux ?**

| | |
|-----|--|
| OUI | |
| NON | |

19. **Si Oui, Veuillez le préciser.**

| |
|--|
| |
|--|

20. **Avez-vous des habitudes toxiques ?**

| | |
|-----|--|
| OUI | |
| NON | |

21. **Si oui, veuillez préciser :**

| Fréquence | occasionnellement | parfois | souvent |
|-----------|-------------------|---------|---------|
| Tabac | | | |
| Alcool | | | |
| Cannabis | | | |
| Autres | | | |

22. Lequel des éléments suivants décrivez-vous comme source importante de stress dans votre vie ?

| | |
|---------------------------|--|
| Argent | |
| Logement | |
| Etudes | |
| Relation avec amis | |
| Relations avec la famille | |
| Apparence physique | |

D. performances Académiques :

23. Votre niveau des études médicales?

| | |
|------------------------|--|
| 1 ^{ère} année | |
| 2 ^{ème} année | |
| 3 ^{ème} année | |
| 4 ^{ème} année | |
| 5 ^{ème} année | |
| 6 ^{ème} année | |
| 7 ^{ème} année | |

24. Votre parcours en études médicales :

| | INSCRIT(é) | NON INSCRIT(é) | Tous les modules ont été validés en première session | 1 module de Rattrapage | 2 modules de Rattrapage | 3 modules ou plus de Rattrapage | Echec |
|----------------------------------|------------|-------------------|--|------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|-------|
| 1^{ère} année | | | | | | | |
| 2^{ème} année | | | | | | | |
| 3^{ème} année | | | | | | | |
| 4^{ème} année | | | | | | | |
| 5^{ème} année | | | | | | | |

25. Avez-vous connu l'échec avant les études médicales ?

| | |
|-----|--|
| OUI | |
| NON | |

26. Si Oui, combien de fois ?

| | |
|--|-------------|
| | Fois |
|--|-------------|

27. A quel niveau jugez-vous votre peur de l'échec ?

| Pas peur | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Très peur |
|----------|---|---|---|---|---|-----------|
| | | | | | | |

28. Ma formation académique me prépare bien pour ma carrière autant que Médecin

| | | | | | | |
|--------------|---|---|---|---|---|----------------------|
| Pas d'accord | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Tout à fait d'accord |
| | | | | | | |

29. Avez-vous fait les études en médecine par choix ?

| | |
|-----|--|
| OUI | |
| NON | |

30. La majorité de vos relations avec vos Professeurs ont été :

| | |
|---|--|
| Positive (Coopérations, soutien, respect) | |
| Négative (Rejet, humiliation) | |
| Inexistante (Absence de relations) | |

E. Activités de Bien-Etre :

31. Faites-vous une ou des activités Extra universitaires de façon régulière (Ex d'activité : intellectuelle, spirituelle, relaxante, sociale, hobbies ou autres) ?

| | |
|-----|--|
| OUI | |
| NON | |

32. Si Oui, quelle(s) activité(s) ?

| |
|--|
| |
|--|

33. Pratiquez-vous du sport ?

| | |
|--|--|
| Pratique sportive intense (Plus de 7h par semaine) | |
| Pratique sportive modérée (Généralement hebdomadaire mais moins que 7h/semaine) | |
| Pratique sportive rare ou occasionnelle (Moins 1h/semaine) | |
| Aucune activité sportive | |

F.Echelle d'Auto Efficacité :

L'Échelle du sentiment d'efficacité personnelle, publiée par les psychologues Ralf Schwarzer et Matthias Jerusalem en 1995, mesure les croyances en ses capacités d'atteindre des buts et de faire face aux diverses situations qui peuvent survenir. Il s'agit d'un des tests les plus utilisés dans la recherche en psychologie :

Pour chacune des affirmations suivantes, indiquez à quel point elle est vraie pour

VOUS :

| | Pas Vrai du tout | À peine Vrai | Modérément vrai | Tout à fait vrai |
|---|-----------------------------|-------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| 1. Je peux toujours arriver à résoudre mes difficultés si j'essaie assez fort. | | | | |
| 2. Si quelqu'un s'oppose à moi, je peux trouver une façon d'obtenir ce que je veux. | | | | |
| 3. C'est facile pour moi de maintenir mon attention sur mes objectifs et réaliser mes buts. | | | | |
| 4. J'ai confiance que je peux faire face efficacement aux événements inattendus. | | | | |
| 5. Grâce à ma débrouillardise, je sais comment faire face aux situations imprévues. | | | | |
| 6. Je peux résoudre la plupart de mes problèmes si j'investis les efforts nécessaires. | | | | |
| 7. Je peux rester calme lorsque je suis confronté(e) à des difficultés car je peux me fier à mes habiletés pour faire face aux problèmes. | | | | |
| 8. Lorsque je suis confronté(e) à un problème, je peux | | | | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| habituellement trouver plusieurs solutions. | | | | |
| 9. Si je suis « coincé(e) », je peux habituellement penser à ce que je pourrais faire. | | | | |
| 10. Peu importe ce qui arrive, je suis capable d'y faire face généralement. | | | | |

G. Echelle d'Estime de Soi de ROSENBERG :

| | Tout à fait en désaccord | Plutôt en désaccord | Plutôt en accord | Tout à fait en accord |
|---|--------------------------|---------------------|------------------|-----------------------|
| 1. Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre. | | | | |
| 2. Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités. | | | | |
| 3. Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté. | | | | |
| 4. Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens. | | | | |
| 5. Je sens peu de raisons d'être fier de moi. | | | | |
| 6. J'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même. | | | | |
| 7. Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi. | | | | |
| 8. J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même. | | | | |
| 9. Parfois je me sens vraiment inutile. | | | | |
| 10. Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien. | | | | |

H.Echelle de mesure du stress :

Il faut répondre le plus spontanément possible, cocher une seule réponse par question en indiquant la réponse qui paraît la plus proche de la réalité dans le choix proposé. Certaines questions sont proches mais il existe des différences entre elles.

| | Jamais | Presque jamais | Parfois | Presque souvent | souvent |
|--|--------|----------------|---------|-----------------|---------|
| 1 -Au cours du dernier mois combien de fois, avez-vous été dérangé (e) par un évènement inattendu | | | | | |
| 2 – Au cours du dernier mois combien de fois vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ? | | | | | |
| 3 – Au cours du dernier mois combien de fois vous êtes-vous senti(e) nerveux (se) ou stressé(e) ? | | | | | |
| 4 – Au cours du dernier mois combien de fois vous êtes-vous senti(e) confiant(e) à prendre en main vos problèmes personnels ? | | | | | |
| 5 – Au cours du dernier mois combien de fois avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ? | | | | | |
| 6 – Au cours du dernier mois combien de fois avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ? | | | | | |
| 7 – Au cours du dernier mois combien de fois avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ? | | | | | |
| 8 – Au cours du dernier mois combien de fois avez-vous senti que vous dominiez la situation ? | | | | | |
| 9 – Au cours du dernier mois combien de fois vous êtes-vous senti(e) irrité(e) parce que évènements échappaient à votre contrôle ? | | | | | |
| 10 – Au cours du dernier mois combien de fois avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les contrôler ? | | | | | |

I.ÉchelleHAD : Hospital Anxiety and Depression scale

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs.

4. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)

| | |
|-----------------------|--|
| La plupart du temps 3 | |
| Souvent 2 | |
| De temps en temps 1 | |
| Jamais 0 | |

5. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :

| | |
|--------------------|--|
| Oui, tout autant 0 | |
| Pas autant 1 | |
| Un peu seulement 2 | |
| Presque plus 3 | |

3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :

| | |
|---------------------------------------|--|
| Oui, très nettement 3 | |
| Oui, mais ce n'est pas trop grave 2 | |
| Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1 | |
| Pas du tout 0 | |

4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses :

| | |
|---------------------------|--|
| Autant que par le passé 0 | |
| Plus autant qu'avant 1 | |
| Vraiment moins qu'avant 2 | |
| Plus du tout 3 | |

5. Je me fais du souci :

| | |
|--------------------------|--|
| Très souvent 3 | |
| Assez souvent 2 | |
| Occasionnellement 1 | |
| Très occasionnellement 0 | |

6. Je suis de bonne humeur :

| | |
|-----------------------|--|
| Jamais 3 | |
| Rarement 2 | |
| Assez souvent 1 | |
| La plupart du temps 0 | |

7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) :

| | |
|--------------------------|--|
| Oui, quoi qu'il arrive 0 | |
| Oui, en général 1 | |
| Rarement 2 | |
| Jamais 3 | |

8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :

| | |
|--------------------|--|
| Presque toujours 3 | |
| Très souvent 2 | |
| Parfois 1 | |
| Jamais 0 | |

9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :

| | |
|-----------------|--|
| Jamais 0 | |
| Parfois 1 | |
| Assez souvent 2 | |
| Très souvent 3 | |

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence :

| | |
|--|--|
| Plus du tout 3 | |
| Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2 | |
| Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1 | |
| J'y prête autant d'attention que par le passé 0 | |

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :

| | |
|---------------------------------|--|
| Oui, c'est tout à fait le cas 3 | |
| Un peu 2 | |
| Pas tellement 1 | |
| Pas du tout 0 | |

12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :

| | |
|-------------------------|--|
| Autant qu'avant 0 | |
| Un peu moins qu'avant 1 | |
| Bien moins qu'avant 2 | |
| Presque jamais 3 | |

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique :

| | |
|-------------------------|--|
| Vraiment très souvent 3 | |
| Assez souvent 2 | |
| Pas très souvent 1 | |
| Jamais 0 | |

14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision :

| | |
|-----------------|--|
| Souvent 0 | |
| Parfois 1 | |
| Rarement 2 | |
| Très rarement 3 | |

BIBLIOGRAPHIE

[1] Arsandaux J.

L'estime de soi chez les étudiants à l'université : liens avec les comportements de santé et les problèmes de santé mentale et physique.

Médecine humaine et pathologie. Université de Bordeaux. Français. NNT : 2019BORD0424, 2019.

[2] Rosenberg M.

Society and the adolescent self-image.

Princeton, NJ: Princeton University Press, 1965.

[3] Harter S.

Causes and consequences of low self-esteem in children and adolescents.

In Plenum series in social/clinical psychology. Self-esteem: The puzzle of low self-regard, p. 87-116, 1993.

[4] Branden N.

Six pillars of self-esteem.

Journal of Clinical Engineering, Volume 19 – Issue 4 – p 260-276, 1994.

[5] Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents

L'estime de soi et la santé mentale,

Novembre 2011. Disponible sur :

<https://studylibfr.com/doc/3232096/l-estime-de-soi-et-la-sant%C3%A9-mentale---centre-d-excellence...>

[6] Lafleur C.

La santé mentale passe par une bonne estime de soi

Mai 2013, disponible sur :

<https://www.ledevoir.com/societe/sante/377082/la-sante-mentale-passe-par-une-bonne-estime-de-soi#>

[7] Slaviero A.

Stress et stratégies de coping chez les étudiants en médecine de première et de sixième année

Faculté de médecine: Université Paris Diderot – Thèse d'exercice Médecine.
Médecine générale NNT 179282808, Paris 7, 2014.

[8] Brodar C.

Les troubles de l'estime de soi,

Disponible sur

<https://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=troubles-de-l-estime-de-soi>, 2012.

[9] André C.

Imparfais, libres et heureux : pratiques de l'estime de soi

Odile Jacob. Paris, 2006, 470p.

[10] Dupras G.

L'importance des conditions de l'estime de soi à l'adolescence pour le bien-être psychologique des jeunes et le rôle du soutien social perçu ;

Thèse du doctorat en psychologie, Université du Québec À Montréal, Janvier 2012.

[11] Bergeron M.

Définition de l'estime de soi et de son phénomène en interaction avec ses concepts associés

Thèse du doctorat en psychologie, Université du Québec, Septembre 2011.

[12] Duclos G.

L'estime de soi, un passeport pour la Vie

Le magazine enfants Québec, 2010 Page 6.

[13] Cazenave N, Peultier A.-S, Lefort G. *L'activité physique et sportive et l'estime de soi chez les adolescents handicapés : le cas de la pathologie du pied bot.*

Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, Volume 166, Issue 10, December 2008, Pages 789-793.

[14] André C, Lelord F.

L'estime de soi : S'aimer pour mieux vivre avec les autres

Editions Odile Jacob, Paris, 1999. Page 15.

[15] Rau T, Plener P, Kliemann A, Fegert JM, Allroggen M.

Suicidality among medical students – A practical guide for staff members in medical schools.

GMS Z Med Ausbild 2013.

[16] Morin I.

L'évolution de l'estime de soi à travers le processus scolaire chez des adultes ayant rencontré des difficultés d'ordre scolaire

Disponible sur <https://constellation.uqac.ca/1020/>

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC, Juin 1999.

[17] LaBenne WD, Greene BI.

Educational Implications of Self-concept Theory.

Pacific Palisades, California: Goodyear, 1969.

[18] Purkey WW.

Self-concept and school achievement.

Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1970.

[19] Bledsoe J.

Self-concepts of children and their intelligence, achievement, interests anxiety.

Journal of Individual Psychology, 1964.

[20] Rosenberg M, Simmons R.

Black and white self-esteem: The urban school child.

Rose Monograph Series. Washington, DC: American Sociological Association, 1972.

[21] Marsh H, Byrne B, Yeung A.

Causal ordering of academic self-concept and achievement: Reanalysis of a pioneering study and revised recommendations.

Educational Psychologist. Volume 34, Pages 155–167, 1999.

[22] Alves–Martins M, Peixoto F, Gouveia–Pereira M, Amaral V, Pedro I.

Self-esteem and academic achievement among adolescents.

An International Journal of Experimental Educational Psychology Volume 22, Pages 51–62, 2002.

[23] Baumeister R.F, Campbell J.D, Krueger J.I, Vohs, K.D.

Does High Self-Esteem Cause Better Performance, Interpersonal Success, Happiness, or Healthier Lifestyles?

Psychological Science in the Public Interest, vol. 4 no. 1 1–44, 2013.

[24] Lane J, Lane A. M, Kyprianou A.

Self-efficacy, self-esteem and their impact on academic performance.

Social Behavior and Personality: an international journal, Volume 32, Number 3, pp. 247–256(10), 2004.

[25] Aryana M.

Relationship between Self-esteem and Academic Achievement amongst Pre-University Students.

Journal of Applied Sciences 12/2010, vol. 10, issue 20, pp. 2474–2477, 2010.

[26] Booth MZ, Gerard JM.

Self-esteem and academic achievement: a comparative study of adolescent students in England and the United States.

Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3779915/>, 2011.

[27] Akinleke OW.

An Investigation of the Relationship between Test Anxiety, Self Esteem and Academic Performance among Polytechnic Students in Nigeria.

International Journal of Computer Applications 51(1):47–50, 2012.

[28] Twinomugisha SR.

The relationship between Self-esteem and academic achievement

Disponible sur : <http://www.academia.edu/836793>

1 /SELF_ESTEEM_AND_ACADEMIC_ACHIEVEMENT. 2008.

[29] Rosli Y, Othman H, Ishak I, Lubis S. H, Saat N. Z. M, Omar B.

Self-esteem and Academic Performance Relationship Amongst the Second Year Undergraduate Students of Universiti Kebangsaan Malaysia,

Kuala Lumpur Campus. Universiti Kebangsaan Malaysia Teaching and Learning Congress, 2011

[30] Danielsen AG, Wiium N, Wilhelmsen BU, Wold B.

Perceived support provided by teachers and classmates and students' self-reported academic initiative.

Journal of School Psychology, 48(3), 247–267., 2010.

[31] Hugues JA, Cavell TA, Jackson T.

Influence of the teacher–student relationship on childhood conduct problems: A prospective study.

Journal of Clinical Child Psychology, 28(2), 173–184. 1999.

[32] Walker BA.

Effective schoolwide screening to identify students at risk for social and behavioral problems.

Intervention in School and Clinic, 46(2), 104–110. 2010.

[33] Bru E, Stephens P, Torsheim T.

Students' perceptions of class management and reports of their own misbehavior.

Journal of School Psychology, 40(4), 287–307, 2002.

[34] Berthelot JM.

Le piège scolaire

, Paris, PUF, 1983, p. 147.

[35] Duru–Bellat M.

Le fonctionnement de l'orientation

Genève, Delachaux et Niestlé, 1988.

[36] Cooper CL, Palmer S.

Conquer Your Stress.

CIPD Publishing, 2000.

[37] Schneiderman N, Ironson G, Siegel SD.

Stress and health: psychological, behavioral, and biological determinants.

Annu Rev Clin Psychol, 2005.

[38] Lazarus S. R, & Folkman S.

Stress, appraisal and coping.

New York : Springer, 1984.

[39] Holmes TH, Rahe RH.

The social readjustment of stress.

Journal of Psychosomatic Research, 11, 213–218, 1967.

[40] Cohen LH, Burt CE, Bjorck JP.

Life stress and adjustment: Effects of life events experienced by young adolescents and their parents.

Developmental Psychology, 23, 583–592 ; 1987.

[41] Aspinwall LG, Taylor SE.

Modeling Cognitive Adaptation: A longitudinal Investigation of the Impact of Individual Differences and Coping on College Adjustment and Performance.

Journal of Personality and Social Psychology, 63, 989–1003, 1992.

[42] Chapman PL, & Mullis RL.

Adolescent coping strategies and self-esteem.

Child Study Journal, 29(1), 69–77. 1999.

[43] Frydenberg E.

Adolescent coping: advances in theory, research and practice

New-York: Taylor & Francis, 2008

[44] Modrain-Talbott MA, Pullen L, Ehrenberger H, Zandstra K, Muenchen B.

Self-esteem in adolescents treated in and outpatient mental health setting

Issues ComprPediatriNurs;21(3):159–71, 1998.

[45] Modrain-Talbott MA, Pullen L, Zandstra K, EhrenbergerH,Muenchen BA.

Study of Self-Esteem among well Adolescents: Seeking a New Direction.

Issues ComprPediatriNurs;21(4):229–41, 1998.

[46] Battle J, Jarratt L, Smit S, Precht D.

Relations among self-esteem, depression and Anxiety of Children.

Psychological Reports;62: 999–1005, 1998.

[47] Brage D, Campbell–Grossman C, Dunkel J.

Psychological correlates of adolescent depression.

J Child Adolesc Psychiatry Nurs;8(4): 23–30, 1995.

[48] Brage D, Meredith W.

A causal model of adolescent depression.

J Psychol;128(4):455–68, 1994.

[49] Dori GA, Overholser JC.

Depression, Hopelessness and Self-esteem Accounting for Suicidality in Adolescent Psychiatric Inpatients.

Suicide and Life Threatening Behavior;29(4):309–18, 1999.

[50] Orvaschel H, Beeferman D, Kabacoff R.

Depression, self-esteem, sex and age in a child and adolescent clinical sample.

Journal of Clinical child psychology 1997;26:285–9, 1999.

[51] Workman M, Beer J.

Self-esteem, depression, and alcohol dependency among high school students.

Psychol Reps;65:451–5, 1989.

[52] Pinto A, Whisman MA.

Negative affect and cognitive biases in suicidal and non-suicidal hospitalised adolescents.

Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry;35:158-65, 1996.

[53] Overholser JC, Adam DM, Lehnert KL, Brinkman DC.

Self-esteem deficits and suicidal tendencies among adolescents.

J Am Acad Child Adolesc Psychiatry;34(7):919-28, 1995.

[54] Goodyer IM, Herbert J, Tamplin A, Altham PME.

First-episode major depression in adolescents. Affective, cognitive and endocrine characteristics of risk status and predictors of onset.

British journal of psychiatry;176:142-9, 2000.

[55] Banos RM, Guillem V.

Psychometric characteristic in normal and social phobic sample for a spanish version of Rosenberg self esteem scale.

Psychol Report;87(1):269-74, 2000.

[56] Guillon MS, Crocq MA.

Estime de soi à l'adolescence : revue de la littérature

Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 52,30-36. 2004.

[57] Button EJ, Loan P, Davies J, Sonuga-Barke EJS.

Self-esteem, eating problems and psychological well being in a cohort of schoolgirls aged 15-16: a questionnaire and interview study.

J Int Eat Disord; 21(1):39-47, 1997.

[58] Tomori M, Rus-Makovec M.

Eating behavior, depression, and self-esteem in high school students.

Journal of adolescent health;26: 361-7, 2000.

[59] Button EJ, Sonuga-Barke EJ, Davies J, Thompson M.

A prospective study of self-esteem in the prediction of eating problems in adolescents schoolgirls: questionnaire finding.

Br J ClinPsychol may;35: 193-203, 1996.

[60] Harter S.

The Construction of the Self: A Developmental Perspective.

Guilford, New York, NY, USA, 1999.

[61] Sandstrom MJ, Schanberg LE,

Peer rejection, social behavior, and psychological adjustment in children with juvenile rheumatic disease.

Journal of Pediatric Psychology, 29, 29-34, 2004.

[62] Pinquart M, Teubert D.

Academic, physical, and social functioning of children and adolescents with chronic physical illness: a meta-analysis.

Journal of Pediatric Psychology, 37, 376–389, 2012.

[63] Lavigne JV, Faier-Routman J.

Psychological adjustment to pediatric physical disorders: a meta-analysis.

Journal of Pediatric Psychology, 17, 133–157, 1992

[64] Shields N, Taylor NF, Dodd KJ.

Self-concept in children with spina bifida compared with typically developing children.

Developmental Medicine and Child Neurology, 50, 733–743, 2008.

[65] Miyahara M, Piek J.

Self-esteem of children and adolescents with physical disabilities: quantitative evidence from meta-analysis.

Journal of Developmental and Physical Disabilities, 18, 219–234, 2006.

[66] LeBovidge JS, Lavigne JV, Donenberg GR, Miller ML.

Psychological adjustment of children and adolescents with chronic arthritis: a meta-analytic review.

Journal of Pediatric Psychology, 28, 29–39, 2003.

[67] Midence K, McManus C, Fuggle P, Davies S.

Psychological adjustment and family functioning in a group of British children with sickle cell disease: preliminary empirical findings and a meta-analysis.

The British Journal of Clinical Psychology, 35, 439–450, 1996.

[68] Greenley RN, Hommel KA, Nebel J, Raboin T, Li SH, Simpson P, Mackner L.

A meta-analytic review of the psychosocial adjustment of youth with inflammatory bowel disease.

Journal of Pediatric Psychology, 35, 857–869, 2010.

[69] Joachim G, Acorn S.

Stigma of visible and invisible chronic conditions.

Journal of Advanced Nursing, 32, 243–248, 2000.

[70] Pinquart M.

Self-esteem of children and adolescents with chronic illness: a meta-analysis;

Department of Psychology, Philipps University, Marburg, Germany, 2012.

[71] Cohen J.

Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences.

Erlbaum, Hillsdale, NJ, USA, 1988.

[72] Rhee H.

Prevalence and predictors of headaches in US adolescents.

Headache, 40, 528–538, 2000.

[73] Sherman BF, Bonanno GA, Wiener LS, Battles HB.

When children tell their friends they have AIDS: possible consequences for psychological well-being and disease progression.

Psychosomatic Medicine, 62, 238–247, 2000.

[74] Nassau JH, Drotar D.

Social competence in children with IDDM and asthma: child, teacher, and parent reports of children's social adjustment, social performance, and social skills.

Journal of Pediatric Psychology, 20, 187–204, 1995.

[75] Wylie RC.

The self-concept: Theory and research on selected topics.

Lincoln: University of Nebraska Press, 1979.

[76] Hansford BC., Hattie JA.

The relationship between self and achievement/performance measures.

Review of Educational Research, 52, 123–142, 1982.

[77] Davies J, Brember I.

Reading and mathematics attainments and self-esteem in years 2 and 6—an eight-year cross-sectional study.

Educational Studies, 25, 145–157, 1999.

[78] Bowles T.

Focusing on time orientation to explain adolescent self-concept and academic achievement: Part II. Testing a model.

Journal of Applied Health Behaviour, 1, 1-8, 1999.

[79] Gabriel MT, Critelli JW, Ee JS.

Narcissistic illusions in self evaluations of intelligence and attractiveness.

Journal of Personality, 62, 143-155. 1994.

[80] Simon WE, Simon MG.

Self-esteem, intelligence, and standardized academic achievement.

Psychology in the Schools, 12, 97-100. 1975.

[81] Harris MA, Orth U.

The link between self-esteem and social relationships: A meta-analysis of longitudinal studies.

Journal of Personality and Social Psychology. Advance online publication, 202-336-612, 2019.

[82] Brummelman E, Thomaes S, Nelemans SA, de Castro BO, Overbeek G, Bushman BJ.

Origins of narcissism in children.

PNAS Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 112, 3659-3662, 2015.

[83] Klima T, Repetti RL.

Children's peer relations and their psychological adjustment: Differences between close friendships and the larger peer group.

Merrill-Palmer Quarterly, 54, 151-178, 2008.

[84] Gruenfelder-Steiger A, Harris MA, Fend H.

Subjective and objective peer approval evaluations and self-esteem development: A test of reciprocal, prospective and long-term effects.

Developmental Psychology, 52, 1563-1577, 2016.

[85] Reitz AK, Motti-Stefanidi F, Asendorpf JB.

Me, us, and them: Testing sociometer theory in a socially diverse real-life context.

Journal of Personality and Social Psychology, 110, 908-920, 2016.

[86] Marshall SL, Parker PD, Ciarrochi J, Heaven PCL.

Is self-esteem a cause or consequence of social support? A 4-year longitudinal study.

Child Development, 85, 1275-1291, 2014.

[87] Harris MA, Gruenfelder-Steiger AE, Ferrer E, Donnellan, MB, Allemand M, Fend H, Trzesniewski KH.

Do parents foster self-esteem? Testing the prospective impact of parent closeness on adolescent self-esteem.

Child Development, 86, 995-1013, 2015.

[88] Orth U, Robins RW, Widaman KF.

Life-span development of self-esteem and its effects on important life outcomes.

Journal of Personality and Social Psychology, 102, 1271–1288, 2012.

[89] Schaffhuser K, Wagner J, Lüdtke O, Allemand M.

Dyadic longitudinal interplay between personality and relationship satisfaction: A focus on neuroticism and self-esteem.

Journal of Research in Personality, 53, 124–133, 2014.

[90] Mund M, Finn C, Hagemeyer B, Zimmermann J, Neyer FJ.

The dynamics of self-esteem in partner relationships.

European Journal of Personality, 29, 235–249, 2015.

[91] Luciano EC, Orth U.

Transitions in romantic relationships and development of self-esteem.

Journal of Personality and Social Psychology, 112, 307–328, 2017.

[92] Blascovich J, Tomaka J.

Measures of Self-Esteem.

Measures of personality and social psychological, Pp. 115–160. 1993.

[93] Schmitt DP, Allik J.

Simultaneous administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale in 53 nations: Exploring the universal and culture-specific features of global self-esteem.

Journal of Personality and Social Psychology, 89, 623–642. 2005.

[94] Shapurian R, Hojat M, Nayerahmadi H.

Psychometric characteristics and dimensionality of a Persian version of the Rosenberg Self-Esteem Scale.

Perceptual and Motor Skills, 65, 27–34, 1987.

[95] Vallieres EF, Vallerand RJ.

Traduction et validation canadienne française de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg.

Universitee du Québec à Montréal, Canada, 1990.

[96] Cheng ST, Hamid PN.

An error in the use of translated scales: The Rosenberg Self-Esteem Scale for Chinese.

Perceptual and Motor Skills, 81, 431–434, 1995.

[97] Prezza, M, Trombaccia FR, Armento L.

La scala dell'autostima di Rosenberg: traduzione e validazione italiana.

Bollettino di Psicologia Applicata, 223, 35–44, 1997.

[98] Von Collani G, Herzberg PY.

Eine revidierte Fassung der deutschsprachigen Skala zum Selbstwertgefühl von Rosenberg.

Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychology, 24, 3-7, 2003.

[99] Santos PJ, Maia J.

Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da escala de auto-estima de Rosenberg.

Psicologia: Teoria, Investigação e Prática, 2, 253-268, 2003.

[100] Martín-Albo J, Juan L, Núñez José G, Navarro, Grijalvo F.

The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and Validation in University Students

The Spanish Journal of Psychology Vol. 10, No. 2, 458-467. 2007.

[101] Harter S.

Developmental perspectives on the self-system.

Handbook of child psychology, Vol. 4. New York: Wiley. pp. 275-383, 1983.

[102] Wylie R.

The self-concept: A review of methodological considerations and measuring instruments,

Vol. 1. Lincoln, NE: University of Nebraska Press. 1974.

[103] Jreskög KG, Sorböm D.

Lisrel VI. Chicago, IL: National Educational Resources. 1974.

[104] Schwarzer R, Jerusalem M.

Generalized Self-Efficacy scale.

Windsor, UK: NFER-NELSON, 1995.

[105] Schwarzer R.

Self-Efficacy: Thought control of action.

Washington, DC: Hemisphere. 1992.

[106] Dumont M, Schwarzer R, Jerusalem M.

French Adaptation of the General Self-Efficacy Scale. 2000.

[107] Schwarzer R.

Everything you wanted to know about the General Self-Efficacy Scale but were afraid to ask,

Documentation of the General Self-Efficacy Scale, 2011.

[108] Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R.

A global measure of perceived stress.

Journal of Health and Social Behavior. 24 (4): 385-396. 1983.

[109] Cohen S.

Perceived Stress Scale: Measuring the self-perception of stress.

Journal of Health and Social Behavior. 24 (4): 385-396, 2005.

[110] Leon KA, Hyre AD, Ompad D, DeSalvo KB, Muntner P.

Perceived stress among a workforce 6 months following hurricane Katrina.

Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 42 (12): 1005-1011 2007.

[111] McAlonan GM, Lee AM, Cheung V, Cheung C, Tsang KWT, Sham PC, Chua SE, Josephine G.

Immediate and sustained psychological impact of an emerging infectious disease outbreak on health care workers.

The Canadian Journal of Psychiatry. 52 (4): 241–247. 2007.

[112] Cruess DG, Antoni MH, Kumar M, Ironson G, McCabe P, Fernandez JB, Fletcher M, Schneiderman N.

Cognitive-behavioral stress management buffers decreases in dehydroepiandrosterone sulfate (DHEA-S) and increases in the cortisol/DHEA-S ratio and reduces mood disturbance and perceived stress among HIV-seropositive men".

Psych neuroendocrinology. 24 (5): 537–549. 1999.

[113] Holzel BK, Carmody J, Evans KC, Hoge EA, Dusek J, Morgan L, Pitman RK, Lazar S.

Stress reduction correlates with structural changes in the amygdala.

Social Cognitive & Affective Neuroscience. 5 (1): 11–17. 2010.

[114] Lane JD, Seskevich JE, Pieper CF.

Brief meditation training can improve perceived stress and negative mood.

Alternative Therapies in Health and Medicine. 13 (1): 38–44. 2007.

[115] Marcus MT, Fine PM, Moeller FG, Khan MM, Pitts K, Swank PR, Liehr P.

Change in Stress Levels Following Mindfulness-based Stress Reduction in a Therapeutic Community.

Addictive Disorders and Their Treatment. 2 (3): 63–68. 2003.

[116] Culhane JF, Rauh V, McCollum KF, Hogan VK, Agnew K, Wadhwa PD

Maternal stress is associated with bacterial vaginosis in human pregnancy.

Maternal and Child Health Journal. 5 (2): 127–134. 2001.

[117] Garg, A, Chren M, Sands L, Matsui M, Marenus K, Feingold K, Elias P.

Psychological stress perturbs epidermal permeability barrier homeostasis: implications for the pathogenesis of stress-associated skin disorders.

Journal of Jama Dermatology; 137(1):53–59, 2001.

[118] Kramer J, Ledolter J, Manos G, Bayless M.

Stress and metabolic control in diabetes mellitus: methodological issues and an illustrative analysis.

ann. behav. med. 22, 17–28, 2000.

[119] Cohen S, Williamson G.

Perceived stress in a probability sample of the United States.

The social psychology of health p. 31–67, 1988.

[120] Aylor, John M.

Psychometric analysis of the Ten-Item Perceived Stress Scale

Psychological Assessment, Vol 27(1).90–101, 2015.

[121] Roberti JW, Harrington LN, Storch EA.

Further Psychometric Support for the 10-Item Version of the Perceived Stress Scale.

Journal of College Counseling. 9 (2): 135-147. 2006.

[122] Zigmond A, Snaith R.

The hospital anxiety and depression scale.

Acta Psychiatrica Scandinavica. 67 (6): 361-370. 1983.

[123] Hermann C.

International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale.

A review of validation data and clinical results. 1997.

[124] Untas A, Aguirrizabal M, Chauveau P, Leguen E, AL.

Anxiété et dépression en hémodialyse : validation de l'Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

Néphrologie & Thérapeutique, Volume 5, Issue 3, June 2009, Pages 193-200.

2009

[125] Papazisis G, Nicolaou P, Tsigas E, Christoforou T, Sapountzi-Krepia D

Religious and spiritual beliefs, self-esteem, anxiety, and depression among nursing students.

Nursing & health sciences, Volume 16, Issue 2, Pages 232-238, 2013.

[126] O'Garo KGN, Morgan KAD, Hill LBK, Reid P, Simpson D, Lee H, Edwards CL

Internalization of Western Ideals on Appearance and Self-Esteem in Jamaican Undergraduate Students.

Culture, Medicine, and Psychiatry volume 44, pages249–262, 2019.

[127] Seyedi–Andi SJ, Bakouei F, Rad HA, Khafri S, Salavati A.

The relationship between self-efficacy and some demographic and socioeconomic variables among Iranian Medical Sciences students.

Adv Med Educ Pract.; 10: 645–651. 2019.

[128] Michaud J, Bégin H et McDuff P.

Construction et évaluation d'un questionnaire sur l'estime de soi sociale destiné aux jeunes adultes.

European Review of Applied Psychology, Volume 56, Issue 2, Pages 109–122, 2005

[129] Ben Ayed AK, Vandenberghe C.

Engagement au travail, estime de soi organisationnelle, et satisfaction envers la carrière : une étude prospective.

Psychologie du Travail et des Organisations, Volume 24, Issue 2, Pages 203–218, 2018.

[130] Duchesne AP.

Le rôle de l'estime de soi dans le lien entre l'insatisfaction de l'image corporelle, l'anxiété et la dépression chez les adolescents.

Université de Qubec, Thèse de Doctorat en psychologie. 2014

[131] Karcher B, Cherikh F.

Estime de soi et insatisfaction corporelle dans la prise en charge médicale et psychologique des patients boulimiques.

Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, Volume 173, Issue 8, Pages 675–680, 2015.

[132] Weber S, Puskar KR, Ren D.

Relationships between Depressive Symptoms and Perceived Social Support, Self-Esteem, & Optimism in a Sample of Rural Adolescents.

University of Pittsburgh, Pittsburgh, Pennsylvania, USA. Issues in Mental Health Nursing, 31:584–588. 2010.

[133] Dany L et Morin M.

Image Corporelle Et Estime De Soi : Étude Auprès De Lycéens Français.

Bulletin de psychologie. <https://www.cairn.info/revue-bulletin-de-psychologie-2010-5-page-321.htm>. 2010.

[134] Sa B, Ojeh N, Majumder MAA, Nunes P, Williams S, Rao SR, Youssef F

The Relationship between Self-Esteem, Emotional Intelligence, and Empathy Among Students From Six Health Professional Programs.

Teaching and Learning in Medicine. Journal homepage: Pages 536–543, 2019.

[135] Ettalbi H.

Le perfectionnisme chez les étudiants universitaires.

Faculté de médecine et de pharmacie Marrakech. Thèse N°68. 2008

[136] Perrot C.

Estime de soi et risque suicidaire.

Université Paris Descartes, 2015

[137] Friedman MA, Dixon AE, Brownell KD, Whisman MA, Wilfley DE.

Marital Status, Marital Satisfaction, and Body Image Dissatisfaction.

Fourth International Congress of Behavioral Medicine, Wash-ington, D.C.

Volume26, Issue1, Pages 81–85, 1998.

[138] Sinclair SJ, Blais MA, Gansler DA, Sandberg E, Bistis K, LoCicero A.

Psychometric Properties of the Rosenberg Self-Esteem Scale: Overall and Across Demographic Groups Living Within the United States. Evaluation & the Health Professions.

Evaluation & the Health Professions, 33(1) 56–80.2010.

[139] Housley K, Martin S, McCoy H, Greenhouse F, Stigger F, Chopin L.

Self-esteem of adolescent females as related to race, economic status, and area of residence.

Perceptual and Motor Skills. Volume: 64 issue: 2, page(s): 559–566,1987.

[140] Prendergast P, Zdep S.M et Sepulveda P.

Self-image among a national probability sample of girls.

Child Study Journal. 4, 3, 103–114, 74, 1974.

[141] Wendland MM.

Self-concept in Southern Negro and white adolescents as related to rural-urban residence.

Doctoral dissertation, University of North Carolina at Chapel Hill, 29, 2642B. 1968.

[142] Jegede OR, Bamgboye EA.

Self-concepts of young Nigerian adolescents.

Psychological Reports. Volume: 49 issue: 2, page(s): 451-454, 1981.

[143] Olsen HD, Carter DE.

Social psychological impact of geographical location among disadvantaged rural and urban intermediate grade children.

Child Study Journal. 4(2), 81-92. 1974

[144] Petersen AC, Offer D, Kaplan E.

The self-image of rural adolescent girls.

Female adolescent development. New York: Brunner/Mazel. ED168739. 1979.

[145] Reck UM.

Self-concept, school, and social setting: an indepth view of rural Appalachian and urban non-Appalachian sixth graders.

Paper presented at the annual meeting of the American Educational Research Association, New York. ED 215 849. 1982.

[146] Bannink R, Pearce A, Hope S.

Family income and young adolescents' perceived social position: associations with self-esteem and life satisfaction in the UK Millennium Cohort Study.

University Medical Center Rotterdam, pubmed: 26957529. 2016

[147] Whitbeck LB, Simons RL, Conger RD, Lorenz FO, Huck S, Elder GH.

Family Economic Hardship, Parental Support, and Adolescent Self-Esteem.

Social Psychology Quarterl. Vol. 54, No. 4, pp. 353–363, 1999.

[148] Loas G, Monestes JL, Ameller A, Bubrovsky M, Yon V, Wallier J, Berthoz S, Corcos M, Thomas P, Gardd DE.

Traduction et étude de validation de la version française de l'échelle d'expérience temporelle du plaisir (EETP, Temporal Experience of Pleasure Scale[TEPS], Gard et al., 2006) : étude chez 125 étudiants et chez 162 sujets présentant un trouble psychiatrique.

Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, Volume 167, Issue 9, Pages 641–648, 2009

[149] Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent DA, Kaufman J, Dahl RE, Perel J, Nelson B.

Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I.

Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Volume 35, Issue 11, Pages 1427–1439. 1996.

[150] Blairy S, Linotte S, Souery D, Papadimitriou G.N, Dikeos D, Lerer B, Kaneva R, Milanova V, Serretti A, Macciardi F, Mendlewicz J.

Social adjustment and self-esteem of bipolar patients: a multicentric study.

Journal of Affective Disorders 79. Volume 79, Issues 1-3, Pages 97-103 2004.

[151] Gourani M.

Approche épidémiologique de la toxicomanie en milieu universitaire à Marrakech.

Faculté de médecine et de pharmacie Marrakech. Thèse N° 17. 2007

[152] El Yaakoubi A.

Toxicophilie, Enquête auprès des étudiants de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat.

FMPR, These N°:47. 2016

[153] Kaichouch M.

Les troubles des conduites alimentaires chez les étudiants en médecine.

Faculté de médecine et de pharmacie Fès. These N° 172/15. 2015

[154] Chakroun N, Doron J, Swendsen J.

Fréquences de la consommation de substances psycho actives et de la psychopathologie chez les jeunes adultes en première Année d'université.

Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique, Volume 165, Issue 10, Pages 714-718.2007.

[155] Wechsler H, Lee Je, Kuo M, Seibring M, Lee H.

Trends in college binge drinking during a period of increased prevention efforts. Findings from 4 Harvard school of public health college alcohol study surveys: 1993– 2001.

J.Am.Coll.Health. Pages 203–217. 2002.

[156] Adlaf Em, Gliksman L, Demers A, Newton T.

Cigarette use among canadian undergraduates Can.

Canadian Journal of Public Health. 94, pages22–24. 2003.

[157] Adlaf Em, Gliksman L, Demers A, Newton T.

Illicit drug use among canadian university undergraduates Can.

Canadian Journal of Nursing Research Archive, CJNR Vol 35 Issue 1, 2003.

[158] Reynaud M.

Traité d'addictologie.

Paris, France: Flammarion. 2006.

[159] Dorard G, Bungener C, Corcos M, Berthoz S.

Estime de soi, coping, soutien social perçu et dépendance au cannabis chez l'adolescent et le jeune adulte.

L'Encéphale, Paris. Volume 40, Issue 3, Pages 255–262. 2014.

[160] Stein JA, Leslie MB, Nyamathi A.

Relative contributions of parent substance use and childhood maltreatment to chronic homelessness, depression, and substance abuse problems among homeless women: mediating roles of self-esteem and abuse in adulthood.

Child abuse & neglect, 26(10). Vol 26, Issue 10, Pages 1011–1027. 2002

[161] Omar A.

L'estime de soi d'adolescents ayant subi une expérience violente : étude interculturelle franco-syrienne.

Thèse de Doctorat en Psychologie Clinique, Psychopathologie et Psychanalyse. Université Paris V – René Descartes. (2014)

[162] Brubeck D, Beer J.

Depression, Self-esteem, Suicide ideation, Death anxiety, and GPA in high school students of divorced and nondivorced parents.

Psychological Reports. Volume: 71 issue: 3, page(s): 755–763, 1992.

[163] Polce-Lynch M, Myers BJ, Kliewer W, Kilmartin C.

Adolescent Self-Esteem and Gender: Exploring Relations to Sexual Harassment, Body Image, Media Influence, and Emotional Expression.

Journal of Youth and Adolescence, Vol. 30, No. 2. 2001.

[164] Bouchard EM, Tourigny M, Joly J, Hebert M, Cyr M.

Les conséquences à long terme de la violence sexuelle, physique et psychologique vécue pendant l'enfance.

Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique 56. Volume 56, Issue 5, Pages 333–344. 2008.

[165] Moeller TP, Bachman GA, Moeller JR.

The combined effects of physical, sexual, and emotional abuse during childhood: long-term health consequences for women.

Child Abuse Negl. olume 17, Issue 5, Pages 623–640 1993.

[166] Walker EA, Gelfand A, Katon WJ, Koss MP, Von Korff M, Bernstein D, Russo J.

Adult health status of women with histories of childhood abuse and neglect.

The American Journal of Medicine, Volume 107, Issue 4, Pages 332–339, 1999.

[167] Widom CS.

Posttraumatic stress disorder in abused and neglected children grown up.

The American Journal of Psychiatry. 156:1223–1229, 1999.

[168] Goodwin R, Stein MB.

Association between childhood trauma and physical disorders among adults in the United States.

Psychol Med. Vol. 34, N° 3, 509–20, 2004.

[169] Bolger KE, Patterson CJ, Kupersmidt JB.

Peer Relationships and Self-Esteem among Children Who Have Been Maltreated.

Child Development. Volume 69, Issue 4, Pages 1171–1197. 1998.

[170] Kim J, Cicchetti D.

A Longitudinal Study of Child Maltreatment, Mother-Child Relationship Quality and Maladjustment: The Role of Self-Esteem and Social Competence.

Journal of Abnormal Child Psychology volume 32, pages 341–354. 2004.

[171] Leyrit A.

Comprendre le rôle des stratégies de protection de soi dans la relation entre facteurs scolaires et estime de soi : un enjeu pour la prévention de l'échec scolaire chez les adolescents.

Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive, Volume 22, Issue 4, Pages 161–168. 2012.

[172] Salamon R, Mathilde M, Husky MM, Swendsen JD.

Estime de soi et bien-être émotionnel des élèves en difficulté scolaire: une étude en vie quotidienne.

Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive. Volume 23, Issue 1, Pages 24–30. 2012.

[173] Peixoto F, Almeida LS.

Self-concept, self-esteem and academic achievement: strategies for maintaining self-esteem in students experiencing academic failure.

European Journal of Psychology of Education vol 25, pages 157-175, 2010.

[174] Alves M et Peixoto F.

Self-esteem, social identity and school achievement in adolescence.

Psychology: The Journal of the Hellenic Psychological Society. Educational Psychology 22(1):51 - 62, 2000.

[175] Peixoto F.

Auto-conceito(s), auto-estima e resultados escolares: A influência da repetência no(s) auto-conceito(s) e na auto-estima de adolescentes [Self-concept(s), self-esteem and school achievement: The influence of retention in adolescents' self-concept(s) and self-esteem].

Actas do IX Colóquio de Psicologia e Educação, 1998.

[176] Robinson WP, Tayler CA, Piolat M.

School attainment, self-esteem and identity: France and England.

European Journal of Social Psychology. Pages 387-403. 1990.

[177] Senos J.

Identidade social, auto-estima e Resultados Escolares [Social identity, self-esteem and school achievement].

Análise Psicológica. ISSN 0870-8231, 1997.

[178] Senos J et Diniz T.

Auto-estima, resultados escolares e indisciplina. Estudo exploratório numa amostra de adolescentes [Self-esteem, school achievement and misbehavior. Exploratory study with adolescents].

Análise Psicológica. ISSN 0870-8231, 1998.

[179] Bowker A.

The Relationship between Sports Participation and Self-Esteem During Early Adolescence.

Canadian Journal of Behavioural Science Copyright 2006 by the Canadian Psychological Association. 38(3), 214-229. 2006.

[180] Bowker A, Findlay L.

The link between competitive sport participation and self-esteem in early adolescence: A consideration of gender and sport orientation.

Journal of Youth and Adolescence volume 38, pages29-40, 2009.

[181] Koivula N.

Sport participation: Differences in motivation and actual participation due to gendertyping.

Journal of Sport Behavior. Sep99, Vol. 22 Issue 3, p360. 21p. 4 Charts, 1999.

[182] Taylor D.

A comparison of college athletic participants and nonparticipants on self-esteem.

Journal of College Student Development, 36(5), 444-451. 1995

[183] Jackson SA, Marsh HW.

Athletic or antisocial? The female sport experience.

Journal of Sport Psychology. Volume 8: Issue 3, 198–211, 1986.

[184] Piran NA.

The Relationship between Self-concept, Self-efficacy, Self-esteem and Reading Comprehension Achievement: Evidence from Iranian EFL learners.

International J. Soc. Sci. & Education. Vol.5 Issue 1, ISSN: 2223–4934, 2014.

[185] Lawrence D.

Improving self-esteem and reading.

Educational Research. Volume 27, 1985 – Issue 3. 2006.

[186] Ghaith G.

Effects of the Learning Together Model of Cooperative Learning on English as a Foreign Language Reading Achievement, Academic Self-Esteem, and Feelings of School Alienation.

Bilingual Research Journal. Journal homepage: Pages 451–474, 2003.

[187] Monteiro LA, Novaes JS, Santos ML, Fernandes HM.

Body Dissatisfaction and Self-Esteem in Female Students Aged 9–15: The Effects of Age, Family Income, Body Mass Index Levels and Dance Practice.

Journal of Human Kinetics. Physical Activity, Sport & Health. Volume 43: Issue 1, 2014.

[188] Tracy AJ, Erkut S.

Gender And Race Patterns In The Pathways From Sports Participation To Self-Esteem.

Pacific Sociological Association. Volume: 45 issues: 4, page (s): 445–466, 2002.

[189] Saleh D, Romo L et Camart N.

Validation de l'échelle du sentiment d'auto-efficacité (GSE : General Self-EfficacyScale) chez des étudiants universitaires français.

EA4430 CLIPSYD, 2016.

[190] Chen G, Gully SM, Eden D.

General self-efficacy and self-esteem: toward theoretical and empirical distinction between correlated self-evaluations.

Journal of Organizational Behavior. Vol.25, Issue3, Pages 375–395, 2004.

[191] Bandura A.

Self-efficacy: The exercise of control.

New York: W.H. Freeman. (1997).

[192] Dodgson PG Wood JV.

Self-esteem and the cognitive accessibility of strengths and weaknesses after failure.

Journal of Personality and Social Psychology, 75(1), 178–197, 1998.

[193] Lane AM, Jones L, Stevens M.

Coping with failure: The effects of self-esteem and coping on changes in self-efficacy.

Journal of Sport Behavior. Vol. 25, N° 4, 331–345. 2002.

[194] Saleh D, Camart N, Romo L.

Relation entre le PSS et « Big Five » chez les étudiants universitaires.

EA4430 CLIPSYD, 2016

[195] Haag P, Shankland R, Osin E, boujut E, Cazalis F, Bruno AS, Vrignaud P, Gay MC.

Stress perçu et santé physique des doctorants dans les universités françaises.

Pratiques Psychologiques, Volume 24, Issue 1, Pages 1–20, 2012.

[196] Dugué M, Garnarczyk C, Dosseville F.

Déterminants psychologiques du stress chez les étudiants en soins infirmiers.

Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, Pages 347–354, 2017.

[197] Hubbs A, Doyle EI, Bowden RG, Doyle RD.

Relationships among self-esteem, stress, and physical activity in college students.

Psychological Reports. Volume: 110 issue: 2, page(s): 469–474, 2012.

[198] Hayman JW, Kurpius SR, Befort C, Nicpon MF, Hull-Blanks E, Sollenberger S, Huser L.

Spirituality among college freshmen: relationships to self-esteem, body image, and stress.

Counseling and Values. Pages 55–70, 2007.

[199] Pittman LD, Richmond A.

University belonging, friendship quality, and psychological adjustment during the transition to college.

Journal of Experimental Education. Pages 343–362, 2008.

[200] Pritchard M, Wilson G, Yamnitz B.

What predicts adjustment among college students a longitudinal panel study?

Journal of American College Health. Pages 15–22, 2007.

[201] Lo R.

A longitudinal study of perceived level of stress, coping, and self-esteem of undergraduate nursing students: an Australian case study.

Journal of Advanced Nursing. Volume 39, Issue 2, Pages 119–126, 2002.

[202] Yildirim N, Karaca A, Cangur S, Acikgoz F, Akkus D.

The relationship between educational stress, stress coping, self-esteem, social support, and health status among nursing students in Turkey: a structural equation modeling approach.

Nurse Education Today. Volume 48, Pages 33–39, 2016.

[203] Vaysse B, Gignon M, Zerkly S, Ganr O.

Alcool, Tabac, Cannabis, Anxiété Et Dépression Des Etudiants En 2eme Année De Médecine.

Repérer Pour Agir. (Vol. 26), pages 613 à 620, 2013.

[204] Snene H, Zayen K, Blibech H, Abdellatif S, Saidane A, Daghfous J, Rafrafi R, Mehiri N, Ben salah N, Louzir B.

Dépistage des troubles du sommeil et des troubles anxio-dépressifs chez les externes en médecine.

Revue des Maladies Respiratoires Actualités, Volume 12, Issue 1, Pages 262–263.2020.

[205] Button EJ, Loan P, Davies J, Sonuga-Barke EJS.

Self-esteem, eating problems and psychological well-being in a cohort of schoolgirls aged 15–16: a questionnaire and interview study.

J Int Eat Disord; 21(1):39–47, 1997

[206] Paulhus DL.

Socially desirable responding: The evolution of a construct. In H. I. Braun & D. N. Jackson (Eds.), the role of constructs in psychological and educational measurement.

NJment: Erlbaum. 2002.

تقدير الذات لدى طلبة الطب بكلية الطب والصيدلة بفاس

الأطروحة

قدمت و نوقشت علانية يوم 2021/01/04

من طرف

الأنسة دريسي سهام
المزدادة في 17 نونبر 1995 بأرفود

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات المفتاحية

تقدير الذات - طلبة - الطب

اللجنة

| | |
|-----------|--|
| الرئيس | السيد الصقلي الحسيني طارق أستاذ في علم أمراض الكلي |
| المشرف | السيد اعوان رشيد أستاذ في علم الأمراض النفسية |
| أعضاء | السيدة أعراب شادية أستاذة مبرزة في علم الامراض النفسية |
| | السيدة أمزيان كاميليا أستاذة مؤهلة في علم الأوبئة السريري |
| عضو مشارك | السيد بوت أمين أستاذ مساعد في علم الامراض النفسية |