

Psychological Stress Among University Students: An Integrative Clinical Approach, Diagnostic Tools, and Therapeutic Intervention Strategies

Abdennour Elfaaize¹, Lahcen Seddik², Rachida Goujil³

Science Step Journal / SSJ

2025 / Volume 3 - Issue 11

To cite this article: Elfaaize, A., Seddik, L., & Goujil, R. (2025). Psychological Stress Among University Students: An Integrative Clinical Approach, Diagnostic Tools, and Therapeutic Intervention Strategies. Science Step Journal, 3(11). ISSN: 3009-500X. <https://doi.org/10.5281/zenodo.18165121>

Abstract

Psychological stress among university students is associated with high levels of anxiety and depressive symptoms, academic burnout, and clinically significant mental disorders, with important consequences for academic achievement, persistence, and the risk of dropout. This article is based on a narrative review of the literature conducted from an integrative clinical perspective, drawing on recent international scientific publications and articulating transactional and biological models of stress, current epidemiological data, and contributions from clinical psychology. It distinguishes stress, psychological distress, and established mental disorders by relying on a structured assessment approach that combines clinical interviews, screening tools, diagnostic interviews, and specific instruments addressing burnout, suicidal risk, global distress, and resilience. The main risk and protective factors are examined at the individual, relational, and institutional levels. Finally, evidence-based interventions, including cognitive-behavioural therapies, third-wave approaches, group programmes, and digital interventions, as well as their implications for university support and accommodation systems, are discussed within an integrative perspective of prevention and clinical care.

Keywords:

Psychological stress, university students, mental health, clinical assessment, academic burnout, evidence-based interventions, university support systems.

¹ PhD Candidate in Clinical Psychology, École Normale Supérieure of Fès, Sidi Mohammed Ben Abdellah University, Email: abdennour.elfaaize@usmba.ac.ma

² Associate Professor (Habilitated), École Normale Supérieure of Fès, Sidi Mohammed Ben Abdellah University, Email: lahcen.seddik1@usmba.ac.ma

³ Associate Professor (Habilitated), École Normale Supérieure of Fès, Sidi Mohammed Ben Abdellah University, Email: rachida.goujil@usmba.ac.ma

**Stress Psychologique chez les Étudiants Universitaires:
Approche Clinique Intégrative, Outils Diagnostiques et Stratégies d'intervention Thérapeutique**

Abdennour Elfaaize, Lahcen Seddik, Rachida Goujil

Resumé

Le stress psychologique chez les étudiants universitaires est associé à des niveaux élevés de symptômes anxieux et dépressifs, de burnout académique et de troubles mentaux caractérisés, avec des conséquences significatives sur la réussite académique, la persévérance et le risque de décrochage. Cet article s'appuie sur une revue narrative de la littérature menée dans une perspective clinique intégrative, portant sur des travaux récents de la littérature scientifique internationale et articulant modèles transactionnels et biologiques du stress, données épidémiologiques actuelles et apports de la psychologie clinique. Il distingue le stress, la détresse psychologique et les troubles mentaux constitués, en s'appuyant sur une démarche d'évaluation structurée combinant entretien clinique, outils de dépistage, entretiens diagnostiques et instruments spécifiques portant sur le burnout, le risque suicidaire, la détresse globale et la résilience. Les principaux facteurs de risque et de protection sont examinés aux niveaux individuels, relationnel et institutionnel. Enfin, les interventions fondées sur les preuves, incluant les thérapies cognitivo-comportementales, les approches de troisième vague, les programmes groupaux et les interventions numériques, ainsi que leurs implications pour les dispositifs universitaires de soutien et d'aménagement, sont discutées dans une perspective intégrative de prévention et de prise en charge.

Mots clés

Stress psychologique, étudiants universitaires, santé mentale, évaluation clinique, burnout académique, interventions fondées sur les preuves, dispositifs universitaires.

1. Introduction

Au cours des dernières années, plusieurs méta-analyses ont confirmé la forte prévalence des symptômes dépressifs, anxieux et de détresse psychologique chez les étudiants universitaires. Une synthèse récente rapporte des taux globaux d'environ 33,6 % pour la dépression et 39 % pour l'anxiété, avec des variations selon les contextes académiques et les instruments utilisés [1]. Une revue plus large, centrée sur l'ensemble des troubles mentaux chez les universitaires, met également en évidence des niveaux élevés de troubles du sommeil, de stress et de conduites suicidaires [2]. Les données de l'initiative World Mental Health International College Student (WMH-ICS) indiquent qu'environ 30 à 40 % des étudiants répondent aux critères d'au moins un trouble mental courant, avec une charge particulièrement marquée chez les femmes, les étudiants en situation de précarité économique, les étudiants internationaux et ceux appartenant à des minorités [3,4]. Ces niveaux de morbidité s'accompagnent d'un retentissement significatif sur la réussite académique, la continuité des études, l'insertion professionnelle et, plus largement, la trajectoire de vie.

En effet, le stress psychologique qui affecte les étudiants ne se réduit pas aux seules contraintes académiques. Il s'inscrit dans une période de transition développementale caractérisée par des remaniements identitaires, l'élargissement des responsabilités, l'éloignement potentiel du milieu familial, la recomposition des réseaux sociaux et, souvent, la confrontation à des contraintes économiques importantes. Les travaux récents soulignent l'imbrication de facteurs académiques (exigences de performance, évaluations fréquentes, incertitude professionnelle), de facteurs socio-économiques (précarité, emploi en parallèle des études, difficultés de logement), de facteurs relationnels (isolement, conflits, ruptures affectives) et de vulnérabilités individuelles (antécédents de troubles mentaux, traits de personnalité, événements de vie) dans la genèse du stress psychologique étudiant [4–6]. Ainsi, le stress universitaire apparaît comme un phénomène plurifactoriel, au croisement de déterminants personnels, interpersonnels et structurels. Le burnout académique illustre cette articulation : il se manifeste par un épisode émotionnel, un cynisme vis-à-vis des études et un sentiment d'inefficacité, mais s'enracine fréquemment dans un ensemble plus large de difficultés contextuelles et existentielles [5,6,11].

Dans cette perspective, le stress académique constitue un élément central mais non exclusif du stress psychologique en milieu universitaire. Celui-ci renvoie à un ensemble de contraintes et de menaces perçues qui englobent la réussite aux examens, la sécurité matérielle, la qualité des liens sociaux, le sentiment d'appartenance et les perspectives d'avenir [1–6]. Le présent article propose ainsi une revue clinique intégrative du stress psychologique chez les étudiants universitaires. Trois objectifs principaux sont poursuivis : (1) clarifier le cadre conceptuel permettant de distinguer stress, détresse, burnout académique et troubles mentaux caractérisés dans une approche transactionnelle et bio-psycho-sociale ; (2) préciser les repères d'évaluation clinique en articulant

entretien, outils psychométriques et diagnostic différentiel, en tenant compte des comorbidités et des contextes de vie ; et (3) discuter les stratégies d'intervention thérapeutique fondées sur les preuves, en les situant dans une réflexion plus globale sur la responsabilité institutionnelle et les enjeux éthiques propres aux établissements d'enseignement supérieur.

Dans ce contexte, la question centrale de cet article est la suivante : comment le stress psychologique chez les étudiants universitaires peut-il être compris dans une perspective clinique intégrative, permettant de distinguer stress, détresse psychologique, burnout académique et troubles mentaux caractérisés, et d'orienter des stratégies d'évaluation et d'intervention adaptées au milieu universitaire ?

Pour éclairer cette question, nous nous appuyons sur une revue narrative de la littérature menée dans une perspective clinique intégrative, mobilisant des travaux récents portant sur les modèles du stress, ses manifestations psychologiques, les facteurs de vulnérabilité et de protection, ainsi que les repères cliniques et psychométriques utiles à l'évaluation et à la prise en charge

2. Cadre conceptuel du stress psychologique en milieu universitaire

Le modèle transactionnel du stress proposé par Lazarus et Folkman demeure l'un des cadres les plus heuristiques pour comprendre le stress psychologique en milieu universitaire [9]. Dans ce modèle, le stress est défini comme le résultat d'une transaction entre la personne et son environnement, reposant sur deux types d'évaluations cognitives. L'évaluation primaire porte sur la signification de la situation (menace, perte, défi, situation neutre), tandis que l'évaluation secondaire concerne l'appréciation des ressources disponibles pour y faire face. Une même situation (examen, conflit relationnel, difficulté financière, rupture affective) peut ainsi être vécue comme gérable ou écrasante selon les schémas cognitifs, le sentiment d'efficacité, les expériences antérieures et le contexte de vie. Le stress psychologique étudiant ne renvoie donc pas seulement à la quantité de stresseurs, mais à la manière dont ces stresseurs sont interprétés, anticipés et intégrés dans une histoire personnelle.

Les développements autour de la notion de charge allostastique ont étendu ce modèle en y intégrant les dimensions biologiques de l'adaptation [10]. L'allostasie désigne la capacité de l'organisme à maintenir son équilibre en modifiant ses paramètres internes face aux exigences de l'environnement, tandis que la charge allostastique correspond au coût cumulatif de ces ajustements lorsque les stresseurs sont fréquents, intenses ou prolongés. Chez l'étudiant, l'exposition répétée à des contextes de forte exigence académique, à l'instabilité matérielle, aux conflits relationnels ou à la solitude peut conduire à une activation prolongée des systèmes de stress, se traduisant par des troubles du sommeil, une fatigue persistante, des plaintes somatiques et une irritabilité marquée. Ainsi, le stress psychologique ne peut être réduit à une expérience purement subjective ,car il renvoie à des processus d'adaptation qui, lorsqu'ils sont sollicités de

manière chronique, augmentent la vulnérabilité aux troubles anxieux, dépressifs et aux troubles liés à l'usage de substances.

La notion de stress perçu, introduite et opérationnalisée par Cohen et ses collaborateurs, constitue une articulation particulièrement utile entre ces niveaux psychologiques et biologiques [13]. Elle met l'accent sur le sentiment global d'imprévisibilité, d'incontrôlabilité et de surcharge de la vie quotidienne, plutôt que sur l'inventaire des stresseurs objectifs. Chez les étudiants, un niveau élevé de stress perçu est de manière répétée associé à la détresse psychologique, aux symptômes anxieux et dépressifs, au burnout académique et à l'altération du fonctionnement social [1,5]. Il traduit à la fois l'accumulation de contraintes externes (exigences académiques, précarité économique, responsabilités familiales) et la présence de vulnérabilités individuelles (schémas d'auto-exigence, faible estime de soi, antécédents de troubles mentaux). Le stress perçu peut ainsi être compris comme un indicateur synthétique de la charge psychologique globale que supporte l'étudiant.

Les travaux sur la régulation émotionnelle et les processus transdiagnostiques complètent ce cadre en précisant certains mécanismes médiateurs. Les études méta-analytiques montrent que la rumination, la suppression émotionnelle et l'évitement constituent des stratégies de régulation associées à des niveaux plus élevés de symptômes anxieux, dépressifs et de détresse, tandis que la réévaluation cognitive et l'acceptation apparaissent plus protectrices [14]. Parallèlement, les approches issues de l'Acceptance and Commitment Therapy mettent en avant la notion de flexibilité psychologique, définie comme la capacité à rester en contact avec ses expériences internes, y compris pénibles, tout en agissant de manière cohérente avec ses valeurs [32]. En milieu universitaire, une faible flexibilité psychologique et la prédominance de stratégies de régulation dysfonctionnelles peuvent contribuer à transformer des contraintes importantes mais encore gérables en une expérience de stress psychologique chronique et envahissant.

Enfin, la distinction, centrale sur le plan clinique, entre stress, détresse psychologique et trouble mental s'inscrit dans ce cadre conceptuel élargi [15]. Le stress renvoie à un processus d'ajustement aux exigences internes et externes, potentiellement adaptatif lorsque les ressources sont suffisantes. La détresse psychologique désigne un ensemble de manifestations émotionnelles, cognitives, somatiques et comportementales indiquant que les capacités d'adaptation sont dépassées de manière plus durable. Le trouble mental correspond à des tableaux symptomatiques organisés répondant à des critères nosographiques précis, associés à une souffrance cliniquement significative ou à une altération du fonctionnement. Dans le champ étudiant, le burnout académique illustre de manière paradigmatische ces articulations : il se situe à l'interface entre stress chronique, détresse persistante et recouvrements partiels avec la dépression, tout en présentant une configuration symptomatique spécifique faite d'épuisement, de cynisme et de sentiment d'inefficacité [5,6,20]. La clarté conceptuelle concernant ces distinctions est

déterminante pour éviter, d'une part, la banalisation de troubles avérés sous le terme générique de « stress » et, d'autre part, la pathologisation de réactions d'ajustement attendues.

3. Approche clinique du diagnostic

L'évaluation clinique du stress psychologique chez les étudiants universitaires s'inscrit dans une démarche structurée qui articule anamnèse, examen sémiologique, analyse contextuelle et usage raisonné d'outils psychométriques. L'entretien clinique constitue le point d'entrée central de cette démarche. Il vise à situer l'expérience de stress dans une trajectoire développementale et biographique, en explorant les antécédents personnels et familiaux de troubles anxieux, dépressifs, de conduites suicidaires, de troubles neurodéveloppementaux et de troubles liés à l'usage de substances [3,16]. Ces éléments permettent d'apprécier la vulnérabilité de base, d'identifier d'éventuels épisodes antérieurs non traités et de repérer des configurations familiales ou contextuelles susceptibles d'entretenir la souffrance psychique.

L'exploration chronologique des difficultés occupe une place centrale. Il s'agit de préciser à quel moment les premiers symptômes sont apparus, dans quelles circonstances, avec quelle intensité et comment ils ont évolué au fil du temps. Le clinicien s'attache à repérer les moments de rupture, les phases de répit, les événements de vie significatifs, ainsi que les variations en fonction du calendrier académique, des contextes relationnels et des contraintes matérielles. Cette approche temporelle permet de distinguer plus finement les réactions d'ajustement à un événement ponctuel, les épisodes de détresse prolongée, les trajectoires de chronicisation et l'installation de troubles mentaux caractérisés. Elle aide également à formuler des hypothèses sur les facteurs déclenchants, aggravants et protecteurs.

L'examen sémiologique vise à documenter de manière précise les différentes dimensions du vécu de l'étudiant. Sur le plan somatique, les troubles du sommeil, la fatigue persistante, les céphalées, les tensions musculaires, les plaintes digestives et les sensations de malaise diffus sont fréquents et doivent être décrits dans leur fréquence, leur intensité et leurs modalités d'apparition [2,22,25]. Sur le plan émotionnel, l'anxiété anticipatoire, la tristesse, l'irritabilité, la labilité émotionnelle et le sentiment d'épuisement apparaissent souvent intriqués. Sur le plan cognitif, les ruminations, les préoccupations d'échec, les pensées auto-dévalorisantes, les difficultés de concentration et les phénomènes de dispersion attentionnelle sont fréquemment rapportés. Sur le plan comportemental, l'isolement social, la procrastination, le surinvestissement académique, l'abandon d'activités plaisantes et les conduites de consommation peuvent être observés. La clinique gagne à articuler ces dimensions plutôt qu'à les considérer isolément, afin de dégager des configurations symptomatiques cohérentes.

L'analyse fonctionnelle des conduites joue un rôle important dans la compréhension des mécanismes qui maintiennent le stress et la détresse. Il s'agit d'identifier les comportements

d'évitement, de fuite ou de compensation qui, bien que visant à réduire le malaise à court terme, tendent à entretenir la souffrance à moyen et long terme. La procrastination, l'absentéisme, les conduites addictives ou l'hyper-investissement dans le travail peuvent, dans cette perspective, être compris comme des tentatives d'autorégulation émotionnelle qui finissent par aggraver le déséquilibre entre exigences et ressources. L'exploration des stratégies de coping permet ainsi de repérer les mécanismes transactionnels en jeu et d'orienter ultérieurement le travail thérapeutique [9,14].

Le diagnostic différentiel constitue une étape décisive. Le clinicien doit distinguer, d'une part, les troubles d'adaptation, caractérisés par une réponse émotionnelle ou comportementale disproportionnée à un ou plusieurs stresseurs identifiables, et, d'autre part, les troubles anxieux, les épisodes dépressifs, les troubles liés à l'usage de substances, les troubles neurodéveloppementaux et les configurations de burnout académique [5,6,11,15]. Cette distinction repose sur la nature et la structure de la symptomatologie, sa durée, son retentissement fonctionnel et la présence éventuelle de symptômes spécifiques tels que les attaques de panique, les obsessions et compulsions, les symptômes psychotiques ou les conduites auto-agressives. La clarification du diagnostic différentiel est d'autant plus importante que les catégories nosographiques peuvent se recouvrir partiellement, en particulier dans les tableaux où l'épuisement, la perte d'intérêt, la désespérance et la diminution de l'efficacité coexistent.

Les comorbidités doivent être recherchées de manière systématique, car elles sont fréquentes dans la population étudiante. Les troubles anxieux et dépressifs coexistent souvent, et leur association à des troubles liés à l'usage de substances, à des troubles du comportement alimentaire ou à des troubles de la personnalité majore la complexité clinique et le risque évolutif [3,16]. La présence de troubles neurodéveloppementaux, tels que le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, peut également compliquer l'organisation du travail, la gestion du temps, l'attention et la mémoire, ce qui augmente indirectement la charge de stress et le risque de décrochage. Une évaluation fine de ces comorbidités permet de mieux comprendre les impasses adaptatives et de définir des priorités d'intervention.

Enfin, le repérage du risque suicidaire constitue un volet incontournable de l'évaluation. Les données disponibles montrent une prévalence non négligeable d'idéations suicidaires et de tentatives de suicide chez les étudiants [2,16]. L'entretien clinique doit donc inclure, de manière explicite et contenante, une exploration des pensées de mort, des idées de suicide, de leur fréquence, de leur intensité, de la présence de plans ou de préparatifs, ainsi que des comportements auto-agressifs antérieurs. L'utilisation de grilles structurées, comme la Columbia-Suicide Severity Rating Scale, peut soutenir cette démarche et en renforcer la rigueur, notamment lorsque le contexte ou la symptomatologie laisse craindre un risque accru [21]. L'enjeu est de

repérer les situations à haut risque, de mettre en place des mesures de protection immédiates si nécessaire et de discuter des modalités de suivi ou d'orientation appropriées.

Dans l'ensemble, l'approche clinique du diagnostic en milieu universitaire gagne à être pensée comme un processus progressif et dynamique plutôt que comme un acte ponctuel. Elle suppose de tenir ensemble les dimensions subjectives du stress perçu, les manifestations sémiologiques, les trajectoires de vie, les ressources mobilisables et le contexte institutionnel. Cette approche intégrative crée les conditions d'une articulation cohérente avec les outils psychométriques, qui font l'objet de la section suivante, et avec le choix des interventions thérapeutiques, en évitant à la fois la banalisation de souffrances intenses et la sur-pathologisation de réactions d'ajustement.

4. Outils diagnostiques et psychométriques

Les outils psychométriques occupent une place centrale dans l'évaluation du stress psychologique et des troubles associés chez les étudiants, à condition d'être utilisés comme des compléments de l'entretien clinique et non comme des substituts. Ils remplissent principalement deux fonctions : le dépistage et le triage dans des populations larges, d'une part, et le suivi de l'évolution de la symptomatologie et du fonctionnement au cours du temps, d'autre part. En milieu universitaire, leur intérêt réside dans la possibilité de repérer précocement des étudiants en difficulté, d'objectiver certains aspects de la détresse et d'éclairer les décisions d'orientation vers des soins plus spécialisés [5,7,26].

Les questionnaires de dépistage des troubles dépressifs et anxieux sont parmi les instruments les plus utilisés. Le Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) permet d'évaluer la sévérité des symptômes dépressifs en s'alignant sur les critères diagnostiques de l'épisode dépressif majeur et présente de bonnes qualités psychométriques dans les populations étudiantes [17]. Le Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7), centré sur l'anxiété généralisée, offre une mesure brève et sensible à l'évolution clinique [18]. Ces deux outils peuvent être administrés dans des dispositifs de dépistage à large échelle, dans les services de santé universitaires ou dans des études de cohorte, puis utilisés pour suivre l'évolution de la symptomatologie au cours d'une prise en charge. Leur interprétation doit cependant tenir compte du contexte, des caractéristiques individuelles et du risque de faux positifs ou de faux négatifs, en particulier aux seuils de coupure.

La mesure du stress perçu occupe une place spécifique dans ce dispositif. La Perceived Stress Scale (PSS) constitue l'instrument de référence pour quantifier la perception globale d'imprévisibilité, d'incontrôlabilité et de surcharge de la vie quotidienne [13]. En milieu étudiant, des scores élevés à la PSS sont de façon répétée associés à la détresse psychologique, aux symptômes anxieux et dépressifs, au burnout académique et à des indicateurs défavorables de fonctionnement social et académique [1,5]. Cet outil présente l'intérêt de ne pas se limiter aux stresseurs académiques, mais d'intégrer l'ensemble des contraintes psychologiques auxquelles l'étudiant se sent exposé. Il est

particulièrement adapté aux recherches sur le stress psychologique global et aux programmes de prévention, à condition d'être interprété en lien avec l'entretien clinique et les autres dimensions de l'évaluation.

Lorsque la complexité clinique ou les enjeux de la décision l'exigent, le recours à des entretiens diagnostiques structurés ou semi-structurés est indiqué. Le Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID-5), développé à partir des critères du DSM, offre un cadre systématique pour l'évaluation des principaux troubles mentaux et permet d'améliorer la fiabilité du diagnostic, notamment dans les contextes de recherche ou d'évaluation spécialisée [15]. Le Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI) constitue une alternative plus brève, couvrant un large spectre de troubles anxieux, dépressifs et liés à l'usage de substances, avec une bonne validité et une passation relativement rapide [19]. En milieu universitaire, ces entretiens peuvent être mobilisés dans les services de santé mentale pour clarifier des tableaux complexes, documenter des comorbidités ou étayer des demandes d'aménagements académiques, au prix toutefois d'une formation spécifique et d'un temps clinique suffisant.

Le repérage du burnout académique repose principalement sur le Maslach Burnout Inventory – Student Survey (MBI-SS), qui transpose aux étudiants la structure classique du burnout en trois dimensions : épuisement émotionnel, cynisme vis-à-vis des études et sentiment d'inefficacité [20]. Cet instrument permet de distinguer, au sein d'une population étudiante, des profils de risque marqué, tout en documentant la variabilité interindividuelle des réponses aux contraintes académiques. Les travaux récents invitent toutefois à interpréter les scores de burnout en articulation avec les mesures de dépression et de détresse globale, afin de ne pas confondre un burnout isolé avec un épisode dépressif caractérisé [5,6,11]. En pratique, l'usage conjoint du MBI-SS, du PHQ-9 et de la PSS peut fournir un tableau plus nuancé des différentes facettes de la souffrance étudiante.

L'évaluation du risque suicidaire justifie, lorsque le contexte l'indique, le recours à des outils spécifiques. La Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) offre un cadre structuré pour explorer la présence d'idéations suicidaires, leur fréquence, leur intensité, l'existence de plans, de comportements préparatoires et d'antécédents de tentatives [21]. Son utilisation en appui de l'entretien clinique permet de systématiser le repérage du risque, de documenter l'évolution et de soutenir la prise de décision en matière de protection, d'orientation et de suivi. Elle est particulièrement utile lorsque la symptomatologie dépressive est sévère, que des conduites auto-agressives sont évoquées ou que le contexte de vie cumule plusieurs facteurs de risque.

Des instruments plus transversaux de mesure de la détresse et du fonctionnement complètent ce dispositif. L'Outcome Questionnaire-45 (OQ-45), par exemple, fournit une évaluation globale de la symptomatologie, des difficultés interpersonnelles et du fonctionnement social [22]. Il permet de suivre l'évolution d'un étudiant au cours d'une prise en charge psychothérapeutique et de repérer

les situations où l'amélioration n'est pas au rendez-vous, malgré l'engagement dans un traitement. De même, des échelles de résilience telles que la Connor-Davidson Resilience Scale peuvent aider à identifier les ressources sur lesquelles s'appuyer dans le travail thérapeutique, tout en offrant une mesure de l'évolution de la capacité d'adaptation au fil du temps [23].

En pratique, une utilisation pertinente des outils psychométriques en milieu universitaire consiste à organiser leur déploiement selon une logique de paliers. Dans un premier temps, des instruments brefs de dépistage (PHQ-9, GAD-7, PSS) peuvent être proposés à large échelle, dans des enquêtes ou des dispositifs de repérage précoce. Dans un second temps, pour les étudiants présentant des scores élevés ou une détresse manifeste, une évaluation clinique approfondie est réalisée, éventuellement complétée par des entretiens diagnostiques structurés (SCID-5, MINI) et des mesures plus spécifiques (MBI-SS, C-SSRS, OQ-45, échelles de résilience). Cette organisation graduée permet de concilier la nécessité de repérer un grand nombre d'étudiants en difficulté avec les contraintes de temps et de ressources propres aux services universitaires.

Enfin, il importe de rappeler que ces outils ne sont pas neutres. Leur passation, leur interprétation et la communication des résultats doivent être pensées dans une perspective éthique et clinique. Une utilisation purement instrumentale ou bureaucratique peut renforcer la stigmatisation, induire des inquiétudes injustifiées ou, au contraire, banaliser des situations graves si les scores sont interprétés sans tenir compte du contexte et de la subjectivité de l'étudiant [7,8]. La valeur ajoutée de ces instruments réside dans leur articulation avec un regard clinique informé, capable d'intégrer les profils obtenus dans une compréhension globale de la trajectoire, des ressources et des vulnérabilités de la personne.

5. Facteurs de risque et de protection

L'analyse des facteurs de risque et de protection du stress psychologique en milieu universitaire suppose de considérer simultanément les dimensions intrapersonnelles, comportementales, relationnelles et institutionnelles. Les données épidémiologiques montrent que les troubles anxieux, dépressifs et le burnout étudiant ne résultent pas d'un seul déterminant isolé, mais d'une combinaison de vulnérabilités individuelles et de contraintes contextuelles qui s'additionnent au fil du temps [1–5]. La clinique gagne dès lors à penser le stress étudiant en termes de trajectoires, plutôt qu'en termes de traits fixes ou de « fragilité » personnelle.

Sur le plan intrapersonnel, plusieurs traits et schémas cognitifs augmentent la probabilité de développer une détresse psychologique en contexte universitaire. Le perfectionnisme, la pensée dichotomique, le catastrophisme et les schémas d'auto-exigence rigide sont régulièrement associés à des niveaux plus élevés de stress, d'anxiété, de dépression et de burnout [5,6,14]. Ils contribuent à une interprétation des exigences comme absolues et à une focalisation sur les erreurs et les échecs, au détriment des réussites. La tendance à la rumination, c'est-à-dire à repasser de manière

répétitive sur les échecs passés ou les menaces futures, entretient les affects dépressifs et anxieux et interfère avec les capacités de résolution de problèmes [14]. Dans ce contexte, la manière dont l'étudiant se parle à lui-même, juge ses performances et anticipe l'avenir joue un rôle déterminant dans la construction du stress psychologique.

La régulation émotionnelle constitue un autre mécanisme clé. Les travaux métá-analytiques montrent que certaines stratégies, comme la suppression des émotions, l'évitement expérientiel ou la rumination, sont liées à une détresse plus élevée, alors que la réévaluation cognitive, l'acceptation et l'auto-compassion s'accompagnent de niveaux plus faibles de symptômes anxieux et dépressifs [14]. La flexibilité psychologique, telle qu'elle est définie dans les approches d'Acceptance and Commitment Therapy, renvoie à la capacité à accueillir les expériences internes difficiles tout en maintenant un engagement dans des actions cohérentes avec ses valeurs [32]. Dans un environnement universitaire exigeant, une faible flexibilité psychologique favorise le sentiment d'être submergé par le stress, tandis qu'une flexibilité plus grande permet de tolérer l'incertitude et l'échec, de renégocier ses objectifs et de mobiliser des ressources adaptées.

Les comportements de santé modulent également de façon importante l'exposition au stress et la capacité à y faire face. Les troubles du sommeil sont très fréquents chez les étudiants et corrélés à la détresse psychologique, à la baisse des performances cognitives et à l'augmentation du risque de symptômes anxioc-dépressifs [22,25]. La restriction chronique de sommeil, les horaires irréguliers et l'utilisation intensive des écrans en soirée contribuent à une augmentation de la charge allostataque et à une moindre tolérance aux stresseurs quotidiens [10,25]. De même, la diminution de l'activité physique et l'abandon des activités de loisir participent à la réduction des sources de régulation positive de l'humeur, alors que l'exercice régulier est associé à une meilleure santé mentale et à une diminution des symptômes anxieux et dépressifs [24]. Les consommations d'alcool, de cannabis ou d'autres substances, fréquemment utilisées comme tentatives d'apaisement ou de gestion des émotions, s'accompagnent, à moyen terme, d'une aggravation de la détresse et d'un risque accru d'évolution vers des troubles liés à l'usage de substances [16]. La clinique doit donc intégrer l'exploration des habitudes de sommeil, de l'activité physique, des consommations et de la place des loisirs dans l'évaluation du stress psychologique.

Sur le plan relationnel, le soutien social perçu constitue l'un des facteurs protecteurs les plus robustes. Les étudiants qui se sentent soutenus par leur famille, leurs pairs, leurs enseignants ou des figures institutionnelles rapportent des niveaux plus faibles de détresse, de symptômes dépressifs et de comportements suicidaires [8,23]. Le soutien social agit à la fois comme ressource émotionnelle, en offrant un espace d'expression et de validation des difficultés, et comme ressource instrumentale, en facilitant l'accès à des informations, à des aménagements ou à des soins. À l'inverse, l'isolement social, l'absence de réseau, les conflits familiaux ou les ruptures affectives constituent des facteurs de risque importants, en particulier lorsque l'étudiant se trouve

éloigné de son milieu d'origine ou dans un environnement culturel nouveau [3,4]. Les étudiants internationaux, ceux issus de milieux socio-économiquement défavorisés ou appartenant à des minorités sexuelles ou ethniques sont plus exposés à des expériences de discrimination, de marginalisation et de discontinuité culturelle, ce qui augmente le risque de stress psychologique et de troubles mentaux [3-5,8].

Les facteurs institutionnels et socio-économiques jouent également un rôle déterminant dans la genèse et le maintien du stress étudiant. La densité des programmes, la fréquence et la concentration des évaluations, la compétition perçue, la clarté des attentes académiques et la qualité des feedbacks contribuent de manière directe à la charge de stress [4-6]. Les difficultés financières, la nécessité de cumuler emploi et études, l'insécurité du logement et l'accès limité aux ressources matérielles accentuent encore cette charge et réduisent la disponibilité mentale pour les apprentissages [3,4]. Dans ces conditions, le stress psychologique ne peut pas être compris uniquement comme un problème de « gestion individuelle », car il reflète aussi des contraintes structurelles pesant sur certains groupes d'étudiants de manière disproportionnée.

Les dispositifs institutionnels de soutien peuvent toutefois jouer un rôle de protection, à condition d'être accessibles, visibles et adaptés aux besoins. L'existence de services de santé mentale universitaires, de dispositifs de tutorat, de référents pédagogiques, d'aménagements pour les étudiants en situation de handicap ou présentant des troubles psychiques, ainsi que de programmes de sensibilisation à la santé mentale, contribue à réduire la charge de stress perçue et à faciliter le recours aux soins [5,7,26]. Cependant, ces dispositifs restent parfois peu connus, difficiles d'accès ou porteurs d'une forte charge de stigmatisation, ce qui limite leur impact réel. La mise en place de politiques institutionnelles explicites en matière de santé mentale étudiante, accompagnées d'actions de communication et de formation des personnels, apparaît dès lors comme un élément central de la prévention.

Les facteurs de protection ne se limitent pas à l'absence de vulnérabilité. Des ressources comme la résilience, la flexibilité psychologique, le sentiment d'efficacité personnelle, la clarté des valeurs et l'appartenance à une communauté soutenante peuvent atténuer l'impact des stresseurs et favoriser une adaptation plus ajustée [23,32]. La résilience, définie non comme invulnérabilité mais comme capacité à se reconstruire après des expériences difficiles, est étroitement liée à la possibilité d'accéder à des relations sécurisantes, à des modèles identificatoires et à des opportunités d'action significative. En milieu universitaire, la participation à des associations, à des groupes d'entraide ou à des projets collectifs peut renforcer ce sentiment d'appartenance et de compétence, et contribuer à modérer l'impact du stress psychologique.

Dans ce cadre, le stress étudiant apparaît comme le résultat d'une interaction dynamique entre vulnérabilités individuelles, ressources disponibles et contraintes environnementales. Une approche strictement centrée sur les facteurs individuels risque de sous-estimer le poids des

déterminants socio-économiques et institutionnels, tandis qu'une approche exclusivement structurelle ne rendrait pas compte des différences interindividuelles de trajectoires. La clinique du stress psychologique en milieu universitaire gagne ainsi à intégrer ces différents niveaux d'analyse, afin de formuler des hypothèses explicatives nuancées et de concevoir des interventions qui agissent à la fois sur les ressources personnelles, les environnements relationnels et les conditions institutionnelles.

6. Interventions thérapeutiques et programmes institutionnels

Les interventions visant à réduire le stress psychologique, la détresse et le burnout chez les étudiants universitaires s'inscrivent dans un paysage clinique et institutionnel hétérogène. Elles vont de prises en charge psychothérapeutiques individuelles ou groupales à des programmes de prévention et de promotion de la santé mentale, en passant par des dispositifs numériques et des aménagements académiques. L'enjeu, pour la psychologie clinique, est de penser ces interventions non comme des réponses ponctuelles à une « mauvaise gestion du stress », mais comme des composantes d'une stratégie globale de prise en charge et de transformation des conditions d'étude [5,24,26].

Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) constituent une première ligne de traitement pour les étudiants présentant des symptômes anxieux, dépressifs ou un niveau élevé de stress perçu. Les méta-analyses montrent que les programmes TCC, qu'ils soient individuels ou groupaux, produisent des effets significatifs, de taille faible à modérée, sur la réduction de la détresse, de l'anxiété et de la dépression chez les étudiants [26]. Ces interventions s'attachent à identifier et modifier les pensées dysfonctionnelles (catastrophisme, dévalorisation, pensée dichotomique), à réduire les comportements d'évitement et de procrastination, à renforcer les compétences de résolution de problèmes et d'organisation du travail, et à développer des stratégies plus adaptées de gestion des émotions. Lorsque les schémas perfectionnistes et les croyances d'auto-exigence sont au premier plan, des protocoles TCC ciblés peuvent contribuer à diminuer la pression interne, à assouplir les standards irréalistes et à prévenir l'évolution vers des épisodes dépressifs ou un burnout académique [5,6,14].

Les approches dites de « troisième vague » complètent ce dispositif. Les interventions basées sur la pleine conscience, telles que le Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) ou le Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT), adaptées aux étudiants, ont montré des effets favorables sur la détresse psychologique, le stress perçu, certains symptômes anxieux et dépressifs, ainsi que sur des indicateurs de bien-être et de résilience [27,31]. En développant la capacité à porter une attention soutenue et non jugeante aux expériences internes, ces programmes visent à réduire la ruminaction, l'évitement expérientiel et l'auto-critique. Ils sont particulièrement pertinents dans des contextes où le stress psychologique est diffus, lié à l'accumulation de contraintes plus qu'à un seul événement, et où les étudiants se décrivent comme « submergés » plutôt que clairement

déprimés ou anxieux. Toutefois, les effets observés restent de taille modérée et dépendent fortement de l'adhésion et de la régularité de la pratique [27,31].

Les interventions inspirées de l'Acceptance and Commitment Therapy (ACT) s'inscrivent, de leur côté, dans une logique de flexibilité psychologique [32]. Elles cherchent moins à modifier directement le contenu des pensées qu'à transformer la relation de l'étudiant à ses expériences internes, en travaillant la capacité à tolérer l'incertitude, l'échec et les émotions pénibles tout en restant engagé dans des actions cohérentes avec ses valeurs. En milieu universitaire, ces approches peuvent aider à sortir d'une logique de contrôle rigide des performances et des émotions, au profit d'une perspective plus large sur le sens attribué aux études et aux choix de vie. Elles apparaissent particulièrement adaptées lorsque la souffrance se cristallise autour de conflits de valeurs, de remises en question identitaires ou de trajectoires de vie perçues comme fragmentées.

Les programmes groupaux de gestion du stress, de prévention du burnout et de promotion des compétences psychosociales occupent une place croissante dans les universités. Ils combinent généralement des éléments de psychoéducation (informations sur le stress, la santé mentale et les ressources disponibles), des techniques issues des TCC et de la pleine conscience, ainsi que des espaces d'échange entre pairs [5,6,26,27]. Les résultats des études suggèrent que ces programmes produisent des effets modestes à modérés sur le stress perçu, la détresse psychologique et certains indicateurs de fonctionnement académique, tout en contribuant à normaliser les difficultés et à réduire la stigmatisation associée à la souffrance psychique [26,27]. Leur intérêt tient aussi au fait qu'ils permettent de toucher un plus grand nombre d'étudiants que les prises en charge individuelles et qu'ils favorisent le sentiment d'appartenance et de soutien social, qui constituent des facteurs protecteurs essentiels [8,23].

Les interventions numériques constituent un autre versant important de l'offre de soins et de prévention. Les programmes de TCC en ligne, les applications de pleine conscience, les modules psychoéducatifs et les plateformes de soutien numérique ont montré des effets significatifs, bien que généralement modestes, sur les symptômes anxiodepressifs et la détresse chez les adolescents et les étudiants [24,28-30]. Les méta-analyses indiquent que les interventions en ligne, qu'elles soient auto-guidées ou accompagnées, peuvent réduire la symptomatologie de manière cliniquement pertinente, en particulier pour des niveaux de détresse légers à modérés, tout en améliorant l'accessibilité et la flexibilité temporelle des soins [28-30]. Elles constituent ainsi une ressource potentielle pour des étudiants qui, autrement, ne consulteraient pas en présentiel, en raison de contraintes matérielles, de la stigmatisation ou de la crainte de répercussions académiques.

Cependant, ces dispositifs numériques soulèvent plusieurs enjeux cliniques et éthiques. Les taux d'adhésion et de complétion sont souvent faibles, en particulier lorsque les programmes sont entièrement auto-guidés et peu intégrés dans un cadre institutionnel plus large [28,29]. De plus,

les interventions purement numériques ne sont pas appropriées pour les étudiants présentant des troubles sévères, des comorbidités complexes ou un risque suicidaire élevé, pour lesquels une évaluation clinique directe et une prise en charge spécialisée sont nécessaires [16,21,29]. Leur usage responsable suppose une clarification des indications, des limites et des modalités d'articulation avec des services de santé mentale en présentiel, ainsi qu'une politique claire de gestion des situations de crise.

Au-delà des interventions à visée thérapeutique stricto sensu, les programmes institutionnels et les politiques universitaires jouent un rôle déterminant dans la régulation du stress psychologique. La mise en place de services de santé mentale accessibles, dotés de ressources suffisantes et de professionnels formés à la clinique étudiante, constitue une condition de base [7,26]. Les dispositifs de tutorat et de mentorat, les aménagements pédagogiques pour les étudiants présentant des troubles psychiques ou des handicaps, ainsi que les politiques explicites en matière de santé mentale contribuent à réduire la charge de stress et à favoriser le recours aux soins [3-5,7]. Les initiatives visant à assouplir certaines modalités d'évaluation, à mieux répartir les examens, à améliorer la clarté des attentes académiques et à renforcer la participation des étudiants aux décisions qui les concernent peuvent également agir sur les déterminants structurels du stress.

L'articulation entre interventions individuelles et transformations institutionnelles est ici centrale. Des programmes efficaces sur le plan clinique risquent de voir leurs effets limités si les étudiants retournent dans des environnements académiques où la surcharge, l'insécurité matérielle et l'isolement restent la norme. Inversement, des réformes institutionnelles ambitieuses peuvent ne pas suffire à réduire la souffrance psychique si elles ne s'accompagnent pas de dispositifs d'accompagnement psychologique et psychosocial adaptés. La prévention et la prise en charge du stress psychologique en milieu universitaire requièrent ainsi une approche multi-niveaux, qui associe interventions cliniques fondées sur les preuves, actions de promotion de la santé mentale, soutien social et réflexion sur les conditions structurelles de l'enseignement supérieur.

Ainsi, la psychologie clinique est appelée à jouer un rôle de médiation entre l'individu et l'institution. Elle peut contribuer à l'élaboration de programmes basés sur des données probantes, à la formation des personnels universitaires, à la conception d'outils de repérage adaptés et à la construction de dispositifs de prise en charge articulant soins, prévention et politiques éducatives. L'enjeu n'est pas seulement de traiter des troubles déjà constitués, mais de transformer les conditions dans lesquelles le stress psychologique étudiant devient, ou non, un facteur de risque psychopathologique durable.

7. Discussion

Les données examinées confirment que le stress psychologique en milieu universitaire doit être compris comme un phénomène complexe, excédant largement la seule dimension académique et s'accompagnant de niveaux élevés de symptômes dépressifs, anxieux, de troubles du sommeil, de détresse psychologique et de conduites suicidaires [1–4,16]. Ces éléments témoignent d'une vulnérabilité importante, qui s'inscrit à l'articulation de facteurs individuels, relationnels et institutionnels. En effet, la tendance à banaliser le « stress étudiant » comme une composante normale, voire nécessaire, de la vie universitaire apparaît cliniquement et éthiquement problématique, car elle peut masquer des trajectoires marquées par le décrochage académique et, dans certains cas, le passage à l'acte suicidaire [2–4,16].

L'un des apports majeurs de ce travail réside dans l'articulation, au sein d'un même cadre conceptuel, du modèle transactionnel du stress, de la notion de charge allostastique et de la mesure du stress perçu [9,10,13]. Le stress psychologique des étudiants ne peut ainsi être réduit à une variable individuelle de « résistance » ou de « fragilité ». Il apparaît plutôt comme le produit de transactions répétées entre la personne et un environnement marqué par des exigences académiques, économiques et relationnelles parfois considérables [3–6]. La charge allostastique permet de rendre compte des effets cumulatifs de ces transactions sur l'organisme, tandis que le stress perçu offre une mesure synthétique de la manière dont l'étudiant évalue l'imprévisibilité et l'incontrôlabilité de sa vie quotidienne [1,5,10,13]. Dès lors, le stress psychologique se présente moins comme un état ponctuel que comme un processus dynamique, susceptible d'évoluer vers la détresse persistante et les troubles mentaux lorsqu'aucun ajustement adaptatif ou soutien suffisant n'est disponible.

Sur le plan clinique, la distinction entre stress, détresse psychologique et trouble mental apparaît déterminante pour éviter à la fois la banalisation de tableaux sévères et la pathologisation excessive de réactions d'ajustement [11,15]. Le burnout académique illustre de manière paradigmatische cette tension : il se situe à l'interface entre stress chronique et dépression, tout en présentant une configuration symptomatique spécifique [5,6,20]. Il ne peut, de ce fait, être appréhendé ni comme un simple épisode passager, ni comme un équivalent strict d'épisode dépressif. L'approche proposée insiste dès lors sur la nécessité d'une évaluation hiérarchisée, combinant entretien clinique, examen sémiologique, analyse des trajectoires, repérage des comorbidités et usage raisonné d'outils psychométriques [13,15,17–23]. Une telle démarche permet de repérer les situations dans lesquelles le stress psychologique s'inscrit dans un trouble caractérisé, de différencier burnout et dépression, et de guider les décisions en matière d'orientation, d'aménagements et de prise en charge.

L'analyse des facteurs de risque et de protection met en évidence le rôle central de processus transdiagnostiques tels que les schémas perfectionnistes, la rumination, les difficultés de

régulation émotionnelle, la faible flexibilité psychologique, les troubles du sommeil, la réduction de l'activité physique, l'isolement social et la précarité économique [5,8,10,14,22–25,32]. Par ailleurs, certains groupes d'étudiants – notamment les étudiants internationaux, ceux issus de milieux défavorisés ou appartenant à des minorités – sont exposés à une combinaison particulièrement lourde de stresseurs, incluant les discriminations et les obstacles d'accès aux ressources [3–5,8]. Le stress psychologique étudiant ne peut dès lors être interprété uniquement comme le reflet de caractéristiques individuelles ; il renvoie aussi à des inégalités structurelles et à des contextes d'étude plus ou moins favorables.

Les interventions recensées, qu'il s'agisse de thérapies cognitivo-comportementales, d'approches basées sur la pleine conscience, d'interventions inspirées de l'ACT, de programmes groupaux ou de dispositifs numériques, montrent qu'il est possible de réduire la détresse, le stress perçu, les symptômes anxioc-dépressifs et certains indicateurs de burnout chez les étudiants [24,26–30,31,32]. Néanmoins, les effets observés sont le plus souvent de taille faible à modérée et fortement dépendants des conditions de mise en œuvre, de l'adhésion des participants et de leur insertion dans un dispositif institutionnel cohérent [26–30]. De plus, les étudiants les plus vulnérables, en particulier ceux qui cumulent difficultés économiques, isolement social et antécédents de troubles mentaux, restent parfois à distance de ces programmes ou les interrompent précocement [2–4,7,8]. Il apparaît donc nécessaire de penser les interventions non comme des réponses standardisées, mais comme des composantes d'une offre graduée, adaptée à la diversité des profils et des trajectoires.

Les dispositifs numériques illustrent de manière paradigmique cette ambivalence. Ils améliorent l'accessibilité des ressources psychologiques, en particulier pour des étudiants qui ne consulteraient pas spontanément en présentiel, et produisent des effets cliniquement pertinents pour des niveaux de détresse légers à modérés [24,28–30]. Toutefois, leur utilisation isolée auprès d'étudiants en situation de souffrance sévère, de comorbidités complexes ou de risque suicidaire élevé pose des enjeux éthiques considérables [16,21,29]. Les interventions numériques ne peuvent donc être envisagées que comme un élément d'une stratégie plus large, articulée à des services de santé mentale en présentiel, à des dispositifs de crise et à une politique explicite de prise en charge des situations à haut risque.

En outre, les résultats de cette revue soulignent l'importance de l'échelon institutionnel. Les politiques d'évaluation, l'organisation des cursus, la densité des programmes, la qualité du soutien pédagogique, la lisibilité des parcours, l'existence ou non de services de santé mentale et de dispositifs d'aménagement contribuent de manière directe à la charge de stress et aux possibilités d'y faire face [3–7,26]. Une approche strictement centrée sur les compétences individuelles de « gestion du stress » risque, dans cette perspective, de renforcer la tendance à responsabiliser l'étudiant pour des difficultés qui relèvent aussi de dysfonctionnements organisationnels et de

contraintes structurelles. La prévention et la prise en charge du stress psychologique en milieu universitaire exigent au contraire une réflexion conjointe sur les interventions cliniques et sur les conditions matérielles, pédagogiques et sociales de la vie étudiante.

Cette revue clinique narrative intégrative présente cependant plusieurs limites. Elle ne repose pas sur une méthodologie de revue systématique exhaustive, et les travaux mobilisés proviennent majoritairement de contextes nord-américains et européens, ce qui limite la généralisation des conclusions à d'autres régions du monde. Les études disponibles s'appuient par ailleurs largement sur des auto-questionnaires, avec des risques de biais de sélection et de déclaration. Enfin, les données concernant l'efficacité à long terme des interventions, en particulier numériques, demeurent encore limitées [24,28-30]. Néanmoins, l'intégration des perspectives conceptuelles, cliniques et institutionnelles proposée ici permet de dégager des repères utiles pour la pratique et pour la politique de santé mentale en milieu universitaire.

8. conclusion

Le stress psychologique chez les étudiants universitaires constitue un enjeu majeur de santé mentale et un défi central pour les systèmes d'enseignement supérieur. Loin d'être une simple difficulté transitoire d'adaptation, il renvoie à des processus transactionnels complexes impliquant des vulnérabilités individuelles, des dynamiques relationnelles et des contraintes institutionnelles. À la lumière des données épidémiologiques, des modèles contemporains du stress et des observations cliniques, il apparaît nécessaire de distinguer rigoureusement le stress, la détresse psychologique, le burnout académique et les troubles mentaux caractérisés afin d'orienter de manière appropriée l'évaluation, le diagnostic différentiel et les décisions thérapeutiques.

Sur le plan clinique, une démarche d'évaluation structurée, hiérarchisée et contextualisée, associant entretien clinique, analyse sémiologique, prise en compte des trajectoires développementales et des comorbidités, ainsi que l'usage raisonné d'outils psychométriques validés, permet de repérer précocement les situations à risque. Une telle approche offre les conditions d'une prise en charge ajustée, évitant à la fois la banalisation de souffrances sévères et la sur-pathologisation de réactions d'ajustement attendues.

Les interventions fondées sur les preuves – thérapies cognitivo-comportementales, programmes basés sur la pleine conscience, approches issues de l'Acceptance and Commitment Therapy, dispositifs groupaux et interventions numériques – contribuent à la réduction de la détresse, au renforcement de la flexibilité psychologique et au soutien des trajectoires académiques. Leur efficacité reste toutefois conditionnée à leur intégration dans des dispositifs gradués, coordonnés et articulés à des services de santé mentale accessibles en présentiel. Dans cette perspective, la responsabilité institutionnelle des établissements d'enseignement supérieur apparaît centrale dans la mise en place de politiques cohérentes de promotion de la santé mentale, incluant le

développement de services de soutien, les aménagements pédagogiques, les dispositifs de repérage et d'accompagnement, la formation des personnels et l'amélioration des conditions de vie étudiante.

Les perspectives de recherche futures devront privilégier les études longitudinales, la validation interculturelle des outils de mesure et l'évaluation rigoureuse des dispositifs hybrides combinant interventions numériques et prises en charge présentielles. Enfin, une réponse à la hauteur des enjeux suppose une coopération étroite entre cliniciens, chercheurs, responsables institutionnels, décideurs publics et étudiants, afin de construire des environnements universitaires plus favorables à l'ajustement, à la réussite académique et à la santé mentale.

Références

- [1] Li, W., Zhao, Z., Chen, D., Peng, Y., Lu, Z., & Yu, W. (2022). Prevalence and associated factors of depression and anxiety symptoms among college students: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(11), 1222–1230.
- [2] Paiva, U. D., et al. (2025). Prevalence of mental disorder symptoms among university students: An umbrella review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*.
- [3] Auerbach, R. P., Mortier, P., Bruffaerts, R., et al. (2018). WHO World Mental Health Surveys International College Student project: Prevalence and distribution of mental disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 127(7), 623–638.
- [4] Mason, A., et al. (2025). Prevalence, age-of-onset, and course of mental disorders among university students in the World Mental Health International College Student Initiative. *Journal of Psychiatric Research*.
- [5] Pascoe, M. C., Hetrick, S. E., & Parker, A. G. (2020). The impact of stress on students in higher education: A review of the literature. *International Journal of Adolescence and Youth*, 25(1), 104–112.
- [6] Chong, L. Z., et al. (2025). Student burnout: A review on factors contributing to burnout in various student populations. *Behavioral Sciences*, 15(2), 1–18.
- [7] Hunt, J., & Eisenberg, D. (2010). Mental health problems and help-seeking behavior among college students. *Journal of Adolescent Health*, 46(1), 3–10.
- [8] Hefner, J., & Eisenberg, D. (2009). Social support and mental health among college students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 79(4), 491–499.
- [9] Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- [10] McEwen, B. S. (1998). Protective and damaging effects of stress mediators. *New England Journal of Medicine*, 338(3), 171–179.
- [11] Zhang, J., et al. (2025). The relationship between stress and academic burnout in college students: The mediating roles of perceived social support and self-esteem. *Frontiers in Psychology*, 16, 1517920.
- [12] Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745–774.
- [13] Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385–396.
- [14] Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217–237.
- [15] American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^e éd.). American Psychiatric Publishing.
- [16] Eisenberg, D., Gollust, S. E., Golberstein, E., & Hefner, J. L. (2007). Depression, anxiety, and suicidality among university students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(4), 534–542.

- [17] Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613.
- [18] Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097.
- [19] Sheehan, D. V., Leclercq, Y., Sheehan, K. H., et al. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(Suppl 20), 22–33.
- [20] Schaufeli, W. B., Martínez, I. M., Pinto, A. M., Salanova, M., & Bakker, A. B. (2002). Burnout and engagement in university students: A cross-national study. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 33(5), 464–481.
- [21] Posner, K., Brown, G. K., Stanley, B., et al. (2011). The Columbia–Suicide Severity Rating Scale: Initial validity and internal consistency findings from three multisite studies. *American Journal of Psychiatry*, 168(12), 1266–1277.
- [22] Lambert, M. J., Burlingame, G. M., Umphress, V., et al. (1996). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 3(4), 249–258.
- [23] Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76–82.
- [24] Biddle, S. J. H., & Asare, M. (2011). Physical activity and mental health in children and adolescents: A review of reviews. *British Journal of Sports Medicine*, 45(11), 886–895.
- [25] Lund, H. G., Reider, B. D., Whiting, A. B., & Prichard, J. R. (2010). Sleep patterns and predictors of disturbed sleep in a large population of college students. *Journal of Adolescent Health*, 46(2), 124–132.
- [26] Regehr, C., Glancy, D., & Pitts, A. (2013). Interventions to reduce stress in university students: A review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 148(1), 1–11.
- [27] Madigan, D. J., Kim, L. E., & Curran, T. (2024). Interventions to reduce burnout in students: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychology of Education*, 39(2), 519–544.
- [28] Harrer, M., Adam, S. H., Baumeister, H., et al. (2019). Internet interventions for mental health in university students: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 28(2), e1759.
- [29] Madrid-Cagigal, A., et al. (2025). Digital mental health interventions for university students with ongoing mental health difficulties: A systematic review and meta-analysis. *Early Intervention in Psychiatry*.
- [30] Wang, Q., et al. (2023). A systematic review and meta-analysis of Internet-based self-help interventions on the mental health of adolescents and college students. *Technology in Society*, 74, 102332.
- [31] Galante, J., Dufour, G., Vainre, M., et al. (2018). A mindfulness-based intervention to increase resilience to stress in university students (the Mindful Student Study): A pragmatic randomised controlled trial. *The Lancet Public Health*, 3(2), e72–e81.

- [32] Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.